

XXVIII CONGRESO NACIONAL DE LA SOCIEDAD ESPAÑOLA DE MEDICINA INTERNA (SEMI)

y

XII CONGRESO CATALANO-BALEAR DE MEDICINA INTERNA

Barcelona, 21-24 de noviembre de 2007

COMITÉ ORGANIZADOR

Presidente: Dr. Ramón Pujol Farriols

Dr. Josep A. Capdevila Morell
Dr. Pedro Conthe Gutiérrez
Dr. Jordi Delás Amat
Dr. Germán Delgado Moreno
Dr. Vicent Fonollosa Pla
Dr. Alfons López Soto
Dr. Carles Miret Mas
Dr. Santiago Montull Morer
Dr. César Morcillo Serra
Dr. Ferran Nonell Gregori
Dr. Lucio Pallarés Ferreres
Dr. Emilio Salgado García
Dra. Roser Solans i Laque
Dr. Antonio Vidaller Palacín
Dr. Miguel Vilardell Tarrés

COMITÉ CIENTÍFICO

Presidente: Dr. Antonio Vidaller Palacín

Dr. Miguel Ángel Berdún Chéliz
Dr. Josep A. Capdevila Morell
Dr. Ricard Cervera Segura
Dr. Pedro Conthe Gutiérrez
Dr. Adolfo Díez Pérez
Dr. Francesc Formiga Pérez
Dr. Javier García Alegría
Dr. Víctor González Ramallo
Dr. Joan Lima Ruiz
Dr. Alfons López Soto
Dr. Manuel Monreal Bosch
Dr. Manuel Montero Pérez-Barquero
Dra. Blanca Pinilla Llorente
Dr. Ramón Pujol Farriols
Dra. Pilar Román Sánchez
Dr. Ángel Sánchez Rodríguez
Dr. Carles Tolosa Vilella

COMUNICACIONES ORALES

ENFERMEDADES INFECCIOSAS

A-14

FACTORES DE ASOCIACIÓN CON LA ESTEATOSIS HEPÁTICA EN PACIENTES COINFECTADOS POR EL VIH Y EL VHC

J. Pascual Pareja¹, A. Caminoa², J. Arribas¹, J. Larrauri², M. López Diéguez¹, O. Madridano¹, J. Paño¹ y J. Peña¹

¹Servicio de Medicina Interna, ²Servicio de Anatomía-Patológica. Hospital Universitario la Paz. Madrid.

Objetivos. La esteatosis es un hallazgo frecuente en las biopsias hepáticas de los pacientes coinfectados por el VIH y el VHC. Investigamos los factores asociados a la presencia y a la severidad de la esteatosis y la asociación con otros parámetros histológicos: la fibrosis y la actividad necroinflamatoria.

Material y métodos. Estudio retrospectivo de 163 pacientes coinfectados por el VIH y el VHC a los cuales se les realizó biopsia hepática para valorar el daño hepático con fin de plantear tratamiento del VHC. La actividad necroinflamatoria y el grado de fibrosis eran medidos según el sistema de Scheuer. La esteatosis era estimada acorde con el % de hepatocitos afectados. Los criterios de exclusión eran antígeno de superficie de hepatitis B positivo y tratamiento previo de VHC. Se realizó un análisis de regresión logística para determinar las variables asociadas a la presencia y a la severidad de la esteatosis (más del 30% de los hepatocitos).

Resultados. Las principales características de la muestra eran: 76% hombres, 99% exADVP, media de edad de 38 ± 4 años, mediana de duración estimada de la infección por VHC de 20 años (16-22), 56% tenían diagnóstico de SIDA, 15% abuso previo de alcohol, 22% consumo actual de alcohol, 53% tenían genotipo 1 de VHC, 28% tipo 3, mediana de CD4 de 486 (357-650), el 44% tenían carga viral VIH indetectable, 83% habían recibido TARGA y un 78,5% lo recibían actualmente. Un 25% de las biopsias hepáticas tenían fibrosis avanzada (35 F3, 6 F4), 28% tenían una actividad necroinflamatoria de 3 ó 4 y un 65% mostraban esteatosis (17% en > 30% de hepatocitos). Los factores asociados ($p < 0,05$) con la presencia de esteatosis en el análisis multivariante fueron un peso > 75 kg con una OR de 6,4 (2,4-17,1) y una $p = 0,001$, el consumo actual de alcohol con una OR de 5,7 (1,6-20) y una $p = 0,006$, el tratamiento actual con D4T con una OR de 3,1 (1,3-7,5) y una $p = 0,012$, el tratamiento actual con lopinavir-ritonavir con una OR de 0,2 (0,1-0,7) y una $p = 0,008$, y la presencia de fibrosis avanzada (F3y4) con una OR de 9 (2,8-29,4) y una $p = 0,001$. Los factores asociados con la presencia de esteatosis moderada-severa (> 30% de los hepatocitos) en el análisis multivariante fueron: un consumo actual de alcohol con una OR de 4,1 (1,5-11,3) y una $p = 0,006$, una viremia VHC > 140.000 con una OR de 3,6 (1,2-10,3) y una $p = 0,018$, el genotipo 3 con una OR 6,3 (2,1-18,5) y una $p = 0,001$, y la presencia de fibrosis avanzada con una OR de 3 (1,2-8,1) y una $p = 0,024$. No hubo asociación estadísticamente significativa entre los diferentes tipos de tratamiento antirretroviral y la presencia de esteatosis moderada-severa.

Discusión. Debido a que tanto la presencia de esteatosis como la severidad de la misma tienen una clara asociación con la fibrosis

avanzada; conocer y, si es posible, evitar los factores asociados a la esteatosis, podría tener un beneficio en la progresión de la hepatopatía. En el análisis univariante la actividad necroinflamatoria está asociada con la presencia de esteatosis; aunque no se demuestra en el multivariante, por la fuerte asociación entre la actividad necroinflamatoria y la fibrosis con una de OR de 27,4 (10,9-69,2) y una $p < 0,001$. Entre los factores evitables asociados a la presencia de esteatosis se encuentran: el consumo de alcohol, el sobre peso y el tratamiento con D4T. El tratamiento con lopinavir-ritonavir podría ser un factor protector de esteatosis, estudios prospectivos y aleatorizados serían necesarios para demostrarlo. La severidad de la esteatosis tiene un claro componente de origen viral, demostrada por la asociación de ésta con la carga viral del VHC elevada y el genotipo 3.

Conclusiones. La presencia de fibrosis avanzada está asociada tanto a la esteatosis como a la severidad de la misma. El consumo de alcohol, el mayor peso, el tratamiento con D4T y la ausencia de tratamiento con lopinavir-ritonavir están asociados a la presencia de esteatosis. El consumo de alcohol, el genotipo 3 y la carga viral elevada del VHC se asocia a la severidad de esteatosis.

A-34

EVOLUCIÓN TEMPORAL DE LA AFECTACIÓN RENAL EN VIH. ESTUDIO NECRÓPSICO DE 100 PACIENTES

M. Nicolau¹, F. Martínez¹, C. Fernández¹, V. Giner², F. Alcacer³, M. Galindo³, C. Monteagudo⁴ y J. Redón¹

¹Servicio de Medicina Interna, ²Unidad de Enfermedades Infecciosas, ³Servicio de Anatomía Patológica. Hospital Clínico Universitario. Valencia. ⁴Servicio de Medicina Interna. Hospital Virgen de los Lirios. Alcoy/Alcoi, Alicante.

Objetivos. Actualmente, la afectación renal en los pacientes con VIH incluye no sólo la nefropatía asociada al VIH sino también la afectación por inmunocomplejos, la nefrotoxicidad asociada al TARGA y otros fármacos así como la debida a comorbilidades tales como diabetes, hipertensión y coinfección por virus de la hepatitis B y C. El objetivo de nuestro estudio es evaluar de forma temporal la afectación renal en el VIH de una serie necrósica incluyendo pacientes de la eras pre y post-TARGA.

Material y métodos. Se han revisado retrospectivamente datos de las autopsias de 100 sujetos infectados por el VIH entre los años 1984 y 2006. Los sujetos fueron clasificados según un criterio temporal en 3 etapas: pre-TARGA (fallecidos antes de 1997), primeros años del TARGA (fallecidos entre 1997-1999) y en la etapa actual (2000-2006). La totalidad de las muestras autopsicas renales han sido revisadas específicamente. Para las comparaciones entre los grupos se han utilizado el ANOVA y el Chi-cuadrado para variables cuantitativas y cualitativas, respectivamente.

Resultados. 61 pacientes pertenecían a la era pre-TARGA, 22 a primera etapa del TARGA y 17 a la etapa actual; 78% varones; mediana de edad 36,5 años; 95% estadio C2-C3; vía de contagio ADVP (59%); causas de muerte: infecciones (70%), seguida de las neoplasias (14%) y de las hepatopatías (9%). Ninguno de los pacientes incluidos en la era pre-TARGA llevaba tratamiento antirretroviral. En la era TARGA, la información del tratamiento antirretroviral faltaba en un 15% de pacientes. De los restantes, un 46% nunca habían

recibido TARGA, mientras que cerca de un 39% lo habían tomado en algún momento de la evolución. Comparando la etapa pre-TARGA con la era TARGA, la edad de fallecimiento fue significativamente mayor en la era TARGA (40,1 a vs 36,1 a, $p = 0,036$) produciéndose además una disminución de las muertes por infecciones (81,7% vs 53,8%), y un aumento de fallecidos por neoplasias (10% vs 20,5%) y por otras causas incluyendo las hepatopatías (8,3% vs 25,6%, $p = 0,011$). No hubo diferencias significativas en la vía de contagio, niveles de creatinina, ni en el número de pacientes con insuficiencia renal en el momento de la muerte entre grupos. Al comparar las lesiones histológicas renales entre las 3 etapas, encontramos una tendencia a un mayor número de lesiones glomerulares e intersticiales en las etapas del TARGA (60,7%, 63,6% y 76,5%, para las lesiones glomerulares y 65,6%, 77,3% y 82,4% para las lesiones intersticiales) aunque sin alcanzar significación estadística ($p = 0,486$ y $p = 0,308$, respectivamente). En los túbulos la frecuencia de lesiones fue muy similar (96,7%, 95,5% y 94,1%, $p = 0,880$) así como las categorías de diagnóstico final, aunque se observó una tendencia a la reducción del número de casos de nefritis séptica en las etapas del TARGA (21,8%, 20% y 11,8%, $p = 0,754$). Se encontraron 4 casos de nefropatía asociada al VIH, 2 en la etapa pre-TARGA y un caso en cada uno de los siguientes periodos ambos en pacientes tratados. No se encontraron diferencias en la afectación renal entre los pacientes con TARGA y los no tratados.

Conclusiones. Las lesiones histológicas renales en la infección por VIH son muy prevalentes, presentando escasa repercusión en la función renal valorada por los niveles de creatinina plasmática. La coexistencia en la mayor parte de los pacientes de lesiones a varios niveles, sugiere la etiología multifactorial del daño renal posiblemente en relación tanto a las causas de muerte como a los posibles tratamiento nefrotóxicos que estaban recibiendo en el momento del éxitus. No hemos encontrado diferencias en la afectación renal pre y pos-TARGA pese a la edad más avanzada de los pacientes de la era TARGA, la disminución de las muertes por infecciones y la historia previa de toma de fármacos antirretrovirales nefrotóxicos. Finalmente, la NAVIH es muy poco frecuente en nuestro medio.

A-36 CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS DE LOS PACIENTES COINFECTADOS VIH-VHC QUE HAN RECIBIDO TRATAMIENTO FRENTE AL VHC

F. Jaén Águila, M. Zamora Pasadas, C. García García, D. Esteva Fernández, V. Manzano, C. Hidalgo Tenorio, J. Pasquau Liaño y M. López Ruz

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

Objetivos. Introducción: la hepatitis crónica por el virus de la hepatitis C (VHC) es una de las principales causas de morbi-mortalidad en pacientes infectados por el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) en países occidentales. Los pacientes coinfectados presentan una evolución más rápida a cirrosis, un mayor riesgo de toxicidad hepática del tratamiento antirretroviral y una menor eficacia del tratamiento de la hepatitis C. **Objetivos:** analizar las características clínicas y analíticas, la eficacia del tratamiento y la incidencia de efectos secundarios en los pacientes coinfectados VIH-VHC tratados en nuestro hospital.

Material y métodos. Estudio descriptivo de los pacientes coinfectados VIH-VHC que han recibido tratamiento para la hepatitis crónica por VHC en el Hospital Virgen de las Nieves desde 2002 hasta 2006. Revisión de la base de datos de nuestro Hospital aplicando el programa SPSS.

Resultados. De los 594 pacientes VIH en seguimiento por nuestra Unidad, 271 presentaba coinfección VIH-VHC (45,6%). De ellos habían iniciado tratamiento 48 (17,7%). La edad media era 41,74 ($\pm 4,6$) años. 81% eran varones. El 80% recibía tratamiento antirretroviral de alta eficacia (TARGA). La media de CD4 al inicio del tratamiento era de 546 cel/mL. El 40% presentaba genotipo 3; un 5,7% el genotipo 2; el 31,4% un genotipo 1 y el 22,9% un genotipo 4. La carga viral del VHC antes del tratamiento era de 1.655.000 UI/mL. Se realizó biopsia hepática al 85% de los pacientes con indicación de tratamiento, siendo el grado histológico más frecuente la

hepatitis crónica activa periportal G2 E2. Hubo un 45% de interrupciones del tratamiento, el 17,2% por efectos secundarios, un 18,2% por no respuesta y un 10% por abandono voluntario. Los efectos adversos más frecuentes que obligaron al abandono del tratamiento fueron un intenso cuadro pseudogripal (38,5%), la mielosupresión (30%) y los trastornos psiquiátricos (23%). El 76,3% fueron tratados con interferon pegilado alfa 2a más ribavirina y el resto con interferon pegilado alfa 2b más ribavirina. De los pacientes que iniciaron el tratamiento, el 48,1% respondió al final del tratamiento y el 31,8% mantiene una respuesta virológica sostenida a los seis meses. Los genotipos con mejor tasa de respuesta fueron el 2 y el 3 (con un 100% y un 63,6% respectivamente), seguidos por genotipo 1 con un 20% y el tipo 4 con un 33,3%.

Conclusiones. La prevalencia de coinfección VIH-VHC en nuestra serie fue algo mayor que la detectada en Europa Occidental (33%) y algo inferior con respecto a otras series españolas. La mayoría de los pacientes presentaban un buen estado inmunológico antes de comenzar el tratamiento de la hepatitis C, estando un 80% con TARGA. El porcentaje de respuesta al tratamiento fue del 48,1% (mejor respuesta genotipos 2 y 3). Este porcentaje era inferior al observado en estudios controlados, pero parecido al observado en algunas series llevadas a cabo en condiciones reales. No había datos suficientes para estimar cuál de los dos interferones utilizados era el más eficaz.

A-124 PSEUDOMONAS AERUGINOSA EN EL ESPUTO DE PACIENTES HOSPITALIZADOS POR EPOC. IMPLICACIONES PRONÓSTICAS

M. Salvadó Soro¹, C. García Vidal¹, M. Rodríguez Carballeira¹, E. Cuchi², J. Heredia³ y P. Almagro¹

¹Servicio de Medicina Interna, ²Servicio de Microbiología,

³Servicio de Neumología. Hospital Mutua de Terrasa. Terrasa, Barcelona.

Objetivos. A pesar de que el aislamiento de *Pseudomonas aeruginosa* (PA) en el esputo durante la exacerbación se ha relacionado con un mayor deterioro funcional respiratorio en pacientes con EPOC existen pocos datos acerca del valor pronóstico de estos aislamientos. El objetivo de nuestro estudio fue analizar la mortalidad tras el alta hospitalaria en pacientes ingresados por exacerbación de EPOC y que presentan PA en el esputo de ingreso.

Material y métodos. Se estudiaron prospectivamente todos los pacientes que ingresaron en nuestro centro por exacerbación de su EPOC entre el 1 de junio del 2003 y el 30 de septiembre del 2004. Al ingreso se registraron los datos epidemiológicos y se recogió un cultivo de esputo. Al mes del alta se realizó una espirometría basal con prueba broncodilatadora. La mortalidad se evaluó con los registros hospitalarios y/o contacto telefónico con el paciente o familia. El seguimiento se completó durante el mes de Enero del 2007. Los pacientes en los que se aisló PA al menos una vez (grupo PA) fueron comparados con aquellos en los que no se aisló PA (grupo no-PA). Para el análisis estadístico se utilizaron las curvas de Kaplan-Meier y el análisis de regresión logística de Cox. Este último se utilizó también para el análisis multivariante.

Resultados. Se incluyeron 188 pacientes (178 hombres), con una media de 72 años (DE 11). El 75% eran exfumadores mientras que el 23% eran fumadores activos. Según la clasificación GOLD, 65 (34,6%) pacientes presentaban una EPOC moderada, 95 (50,5%) severa y 26 (13,8%) muy severa. Se obtuvo un cultivo de esputo de buena calidad en 119 pacientes, de ellos en el 55% de los casos se aisló flora saprófita. PA fue el microorganismo patógeno más frecuente (23%), seguido de *S. pneumoniae* y *H. influenzae* (ambos 9%) y *M. catharralis* y enterobacterias (ambos 2%). La mediana de seguimiento fue de 923 días (mínimo 4-máximo 1.280; rango intercuartil 25%-75%: 555-1081). La mortalidad fue del 61,3% en el grupo PA y 37,2% en el grupo no-PA ($p = 0,0039$, OR 2,18; IC 95%: 1,28-3,71). La significación estadística persistía en el modelo multivariante, después de ajustar por edad y FEV1.

Conclusiones. Los pacientes en los que se aisló PA en el esputo durante una hospitalización por exacerbación de EPOC presentan una mortalidad en los 3 años siguientes significativamente mayor que el resto, independientemente de la edad y el FEV1.

PACIENTE PLURIPATOLÓGICO/EDAD AVANZADA

EA-2

SITUACIÓN NUTRICIONAL DEL PACIENTE ANCIANO QUE INGRESA CON NEUMONÍA EXTRAHOSPITALARIA DURANTE EL EPISODIO Y TRAS EL ALTA

H. Mendoza Ruiz de Zuazu¹, C. Martín-Muñoz¹, O. Abdallaoui¹ y G. Tiberio López²

¹Servicio de Medicina Interna. Hospital Nuestra Señora de Sonsoles. Ávila. ²Servicio de Medicina Interna. Hospital Virgen del Camino. Pamplona/Iruña, Navarra.

Objetivos. Analizar la situación nutricional básica de la Neumonía en el anciano (NEA) durante el ingreso y a los 6 meses tras el alta y su relación con la mortalidad durante el episodio y al año del alta.

Material y métodos. Estudio prospectivo en todos los pacientes mayores de 65 años con neumonía ingresados en Medicina Interna durante dos años. Se registraron sus datos demográficos, clínicos y la situación basal de los siguientes parámetros nutricionales: Peso, Talla, Índice de Masa Corporal (IMC), Impedanciometría, Circunferencia media del brazo (CMB), Pliegue tricípital (PT), linfocitos totales, albúmina, proteínas totales, transferrina, ferritina, hemoglobina, colesterol. Se dividieron dos grupos en función del IMC > o < 20 y albuminemia > o < 30 g/L. A los seis meses tras el alta se determinó la evolución de los parámetros nutricionales. A los seis meses y al año se estudió la asociación entre la situación nutricional y la mortalidad mediante estadística bivariable y multivariante.

Resultados. Se registraron 125 pacientes. El 9% falleció durante la NEA. El 30% falleció en el seguimiento ambulatorio. La edad media fue de 77,8 años. Un 21% estaba desnutrido (IMC < 20) en el momento del ingreso y un 30,4% tenía una albuminemia < 30 g/L. El peso, IMC, CMB, PT, proteínas y albúmina se recuperaron significativamente a los 6 meses tras el alta (p < 0,01) (tabla 1). Los pacientes que fallecieron tras el alta tenían al ingreso menos peso (p = 0,046), CMB (p = 0,001), PT (p = 0,048) y niveles de albuminemia (p = 0,02) y hemoglobina (p = 0,0009) que los que sobrevivieron. Los pacientes que tenían un IMC < 20 o una albuminemia < 30 g/L fallecieron más (39%; p = 0,045, 43%; p = 0,04) Tras ajustar por edad en un modelo multivariante, la CMB sigue significativamente asociada con la mortalidad al año.

Discusión. En nuestro estudio la mortalidad fue baja (9%) aunque la mortalidad en los 12 meses tras el alta fue del 30% en los que los valores antropométricos recogidos durante la NEA fueron significativamente menores que los vivos habiendo una mayor mortalidad en el grupo con IMC < 20 y albuminemia < 30 g/L. Todos los valores nutricionales estudiados muestran una recuperación significativa lo que hace pensar que la NEA deteriora la situación nutricional del anciano y que esta se recupera progresivamente tras la superación de esta y, por sí, tiene valor pronóstico al alta ya que a mayor desnutrición la mortalidad ambulatoria es mayor.

Conclusiones. Puntuaciones bajas en peso, IMC, CMB, PT hemoglobina y albuminemia pueden considerarse factores asociados con la mortalidad ambulatoria tras el episodio de NEA independientemente de la edad. Los valores nutricionales estudiados se recuperan a los 6 meses tras el episodio de NEA.

Tabla 1. Comparación de valores durante la NEA y a los 6 meses (EA-2).

	NEA	6 meses	p
Peso (kg)	66	69	< 0,001
IMC	24,1	25,3	< 0,001
CMB	27	28,4	< 0,001
PT	11,7	13	< 0,007
Impedanciometría (Khz)	545	511	< 0,001
Proteínas g/L	61	72,8	< 0,001
Albúmina g/L	32,8	43,6	< 0,001

EA-23

PREVALENCIA DE LA ANEMIA Y ASOCIACIÓN CON LA MORTALIDAD AL AÑO EN PACIENTES MAYORES DE 70 AÑOS HOSPITALIZADOS POR UNA PATOLOGÍA MÉDICA EN UN HOSPITAL DE AGUDOS

M. Cabré Roure¹, M. Delgado Capel¹, V. Marta Becerra², E. Palomera Fanegas³, M. Serra Prat³ y J. Capdevila Morell¹

¹Servicio de Medicina Interna; ²Residente de Medicina Familiar y Comunitaria; ³Unidad de Investigación. Consorci Sanitari del Maresme; ⁴Residente de Medicina Interna. Hospital de Mataró. Mataró, Barcelona.

Objetivos. La anemia por lo general es considerada como un valor anormal de laboratorio, y que la morbilidad y mortalidad está relacionada con la enfermedad subyacente. Sin embargo, cada vez más, la evidencia indica que la anemia es común en la población anciana y además afecta desfavorablemente la morbilidad y mortalidad. El incremento de la prevalencia en ancianos y su impacto sobre la supervivencia todavía es confuso. El objetivo del estudio es conocer la prevalencia de la anemia en pacientes hospitalizados en una unidad geriátrica de agudos dentro del servicio de medicina interna y si la anemia está relacionada con la mortalidad al año.

Material y métodos. Estudio observacional prospectivo de seguimiento durante un año. Población estudiada de 1/1/2003 hasta el 31/3/2006. La anemia se definió por los criterios de la OMS como una concentración de hemoglobina de menos de 13 g/dL en hombres y menos de 12 g/dL en mujeres. Se evaluaron las comorbilidades, síndromes geriátricos y la presencia de insuficiencia renal que se definió como una concentración de creatinina superior a 1,5 mg/dL (132,6 micromol/L) para los hombres y superior a 1,3 mg/dL (114,9 micromol/L) para las mujeres. Se registró la mortalidad hospitalaria y se realizaron controles de seguimiento presencial o telefónico a los 12 meses del ingreso a todos los pacientes.

Resultados. Se reclutaron 1.102 pacientes (60,1% mujeres), edad media de 84,4 (DE 7) años. Se observó anemia en el 53,5% de los casos. Fue más frecuente en varones 58% versus 51% de mujeres (p 0,05). La presencia de anemia se asoció de forma estadísticamente significativa con: cáncer [OR 1,77 (1,08-2,90)], hepatopatía crónica [OR 2,26 (1,11-4,61)], úlceras por presión [OR 1,84 (1,1-3,1)], e insuficiencia renal [OR 2,10 (1,59-2,78)]. La mortalidad al año de los pacientes con anemia fue del 40% contra el 32,5% de los pacientes sin anemia, [Log Rank (p 0,0118)].

Conclusiones. En pacientes ancianos hospitalizados por una patología médica, la anemia es muy prevalente y su presencia incrementa la mortalidad al año de forma significativa.

EA-24

ANEMIA Y RELACIÓN CON EL ESTADO FUNCIONAL Y NUTRICIONAL EN PACIENTES MAYORES DE 70 AÑOS HOSPITALIZADOS POR UNA PATOLOGÍA MÉDICA EN UN HOSPITAL DE AGUDOS

M. Cabré Roure¹, M. Delgado Capel², J. Fernández Fernández², E. Palomera Fanegas³, M. Serra-Prat³ y J. Capdevila Morell¹

¹Servicio de Medicina Interna, ²Residente de Medicina Interna, ³Unidad de Investigación. Consorci Sanitari del Maresme. Hospital de Mataró. Mataró, Barcelona.

Objetivos. La anemia es común en la población anciana y afecta desfavorablemente la morbilidad y mortalidad. El incremento de la prevalencia en ancianos y su relación con el estado funcional y nutricional es poco conocido. El objetivo del estudio es conocer si existe una asociación con el estado funcional y nutricional en pacientes hospitalizados en una unidad geriátrica de agudos dentro de un servicio de Medicina Interna.

Material y métodos. Estudio observacional de pacientes ancianos hospitalizados de forma consecutiva desde 1/1/2003 hasta 30/9/2006 en una unidad geriátrica de agudos dentro de un servicio de Medicina Interna. La anemia se definió por los criterios de la OMS como una concentración de hemoglobina de menos de 13 g/dL en hombres y menos de 12 g/dL en mujeres, se registraron las comorbilidades, síndromes geriátricos, la presencia de insuficiencia renal que se definió como una concentración de creatinina superior a 1.5

mg/dL (132.6 micromol/L) para los hombres y superior a 1.3 mg/dL (114.9 micromol/L) para las mujeres. Se evaluó el estado nutricional con el *Mini Nutritional Assessment* (MNA) y la capacidad funcional con el índice de Barthel (IB).

Resultados. Se reclutaron 1.304 pacientes (60,1% mujeres), edad media de 84,4 (DE 7) años. Se observó anemia en el 54% de los casos. La media de IB preingreso de los pacientes sin anemia fue de 68,44 ± 31,4 y con anemia 66,01 ± 30,8 (p 0,10), IB preingreso inferior a 40 entre pacientes con anemia y sin anemia no mostró diferencias significativas, 54,0% y 46,0% respectivamente (p 0,89). El 23% de los pacientes estaban desnutridos (MNA < 17), el 59,6% a riesgo de desnutrición (MNA 18-23,5) y bien nutridos el 17,4% (MNA > 23,5). La desnutrición fue más frecuente en pacientes con anemia (65,6% versus 34,4%) (p 0,001). La presencia de anemia en el análisis bivariado, se asoció de forma estadísticamente significativa con: la desnutrición (MNA < 17) [OR 1,78 (1,28-2,50)], cáncer [OR 1,72 (1,13-2,63)], hepatopatía crónica [OR 2,48 (1,33-4,2)], úlceras por presión [OR 1,75 (1,10-2,79)], e insuficiencia renal [OR 2,10 (1,590-2,78)]. En el análisis multivariado la presencia de anemia se asoció de forma independiente con la desnutrición (MNA < 17) [OR 1,65 (1,16-2,35)], el cáncer [OR 2,04 (1,25-3,32)], la hepatopatía crónica [OR 2,22 (1,11-4,44)], y la presencia de insuficiencia renal [OR 1,91 (1,40-2,61)], y no las úlceras por presión [OR 1,59 (0,89-2,87)].

Conclusiones. En pacientes ancianos hospitalizados por una patología médica la anemia no se asocia con el estado funcional previo al ingreso pero sí de forma independiente con la desnutrición. Estos hallazgos sugieren que debería hacerse una evaluación e intervención nutricional a los pacientes ancianos hospitalizados por una patología aguda que presentan anemia.

vo de solicitud de la coronariografía fue ICC en 11 casos (55%), MCD en 8 (40%) y EAP en uno (5%). La clase funcional de ICC previa al procedimiento era NYHA I en 1 paciente (5%), II en 6 (30%), III en 12 (60%) y IV en 1 paciente (5%). Tras un seguimiento medio de 5.5 meses (rango 1-12) se encontró mejoría de dos grados de la NYHA en 9 pacientes (45%) y 1 grado en uno (5%) y una tendencia no significativa a la reducción de los diámetros ventriculares y mejoría de fracción de eyección en el ecocardiograma. Se encontraron 3 muertes cardiovasculares (2 por ICC y 1 tras cirugía revascularización), una no cardiovascular y un reingreso por insuficiencia cardíaca. No hubo complicaciones tras la ICP.

Discusión. A falta de resultados de ensayos multicéntricos, la revascularización miocárdica no ha demostrado modificar el pronóstico en pacientes con insuficiencia cardíaca. Algunos estudios observacionales sugieren que dicho procedimiento podría condicionar mejoría sintomática en casos de etiología isquémica. Nuestro trabajo reabre el debate sobre la utilidad de revascularizar pacientes sin evidencia de isquemia y sugiere que en pacientes ingresados por ICC, la ICP podría mejorar situación funcional y favorecer el remodelado ventricular.

Conclusiones. El intervencionismo coronario percutáneo constituye una opción terapéutica segura y probablemente útil en pacientes con ICC sin evidencia de isquemia significativa, ya que podría mejorar la clase funcional y los parámetros ecocardiográficos.

IC-24

NT-PROBNP EN PACIENTES CON EPOC

M. Sánchez Marteles¹, J. Morales Rull², A. Flamarique Pascual¹, A. Cecilio Irazola¹, E. Bermejo Saiz³, A. Molina Medina³, R. Nuviola Mateo⁴ y J. Pérez Calvo¹

¹Servicio de Medicina Interna, ²Bioquímica y Análisis Clínicos. Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa. Zaragoza.

³Servicio de Medicina Interna. Hospital Universitari Arnau de Vilanova. Lleida. ⁴Servicio de Medicina Interna. Hospital General Virgen de la Luz. Cuenca.

Objetivos. Conocer los valores que tiene el NT-proBNP en una población con Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica (EPOC) en sus episodios de descompensación.

Material y métodos. Estudio prospectivo y descriptivo en el que se incluyeron de forma consecutiva 99 pacientes ingresados por descompensación de EPOC, de entre 45 y 85 años desde el 1 de Noviembre de 2004 al 1 de mayo de 2007. Fueron criterios de exclusión la presencia de insuficiencia cardíaca (IC) conocida, hipertiroidismo, Síndrome de Cushing, tromboembolismo pulmonar, insuficiencia renal con Creatinina > 2 mg/dl, cardiopatía isquémica, valvulopatía mitral y aórtica y neoplasias. La selección de los pacientes fue llevada a cabo por 2 médicos expertos según criterios clínicos y en caso de duda se consultaba a un tercero. Todos los pacientes firmaron consentimiento informado. A todos los pacientes se les realizó encuesta y recogida de datos antropométricos y peristáticos y una extracción de sangre en ayunas y decúbito supino de NT-proBNP en plasma-EDTA K3. El análisis estadístico se realizó con el programa SPSS para Windows versión 13.0, aplicando el test de Kolmogorov-Smirnov y de acuerdo a sus resultados posteriormente los tests de U-Mann-Whitney y Chi-cuadrado.

Resultados. La edad media de los pacientes fue de 74 años (DE: 8 años) y el 79,8% de ellos eran hombres. El 20% de los pacientes presentaban fibrilación auricular (FA), y el 69,7% presentaban sobrepeso u obesidad. El valor medio del índice de masa corporal (IMC) fue de 27,19 (DE: 4,83) y el de NT-proBNP 1.289,74 pg/ml (DE: 1875). Se observaron diferencias estadísticamente significativas entre los niveles de NT-proBNP con o sin fibrilación auricular (p < 0,001) y según la edad, tanto en mayores de 65 años (p = 0,02), como por tramos de edad (subdivisión entre 45-55 años, 56-65 años, 66-75 años, 76-85 años; p = 0,002). No hubo diferencias significativas para las distintas categorías del índice de masa corporal (categorizadas como delgadez, normalidad, sobrepeso, obesidad; p = 0,671), según el sexo (p = 0,62) ni con la presencia de insuficiencia renal (creatinina menor o mayor de 1,2 mg/dl; p = 0,725).

Discusión. El NT-proBNP es un péptido natriurético utilizado fundamentalmente en el diagnóstico de la Insuficiencia cardíaca, si bien ha demostrado también valor pronóstico y en el seguimiento de la

INSUFICIENCIA CARDÍACA

IC-16

EVOLUCIÓN CLÍNICA Y ECOCARDIOGRÁFICA TRAS INTERVENCIÓN CORONARIO EN PACIENTES CON INSUFICIENCIA CARDÍACA

P. Aguiar Souto¹, S. Valero González², R. Ocaranza Sánchez³, J. Fernández Díaz¹, J. Oteo Domínguez¹, J. Domínguez Puente¹ y J. Goicolea Ruigómez¹

¹Servicio de Cardiología, ²Servicio de Medicina Interna. Hospital Universitario Puerta de Hierro. Madrid. ³Servicio de Cardiología Intervencionista. Hospital do Meixoeiro. Vigo, Pontevedra.

Objetivos. El intervencionismo coronario percutáneo (ICP) constituye una valiosa herramienta terapéutica en la revascularización de pacientes con cardiopatía isquémica estable o isquemia importante documentada. Aunque la coronariografía diagnóstica podría estar indicada en casos de insuficiencia cardíaca aguda o reanudación grave (shock o edema agudo de pulmón) de insuficiencia cardíaca crónica, el presente estudio evalúa la relevancia clínica del ICP en este contexto en el que las guías de práctica clínica todavía no han alcanzado consenso.

Material y métodos. Evaluación retrospectiva clínica y mediante ecocardiograma de pacientes sometidos a ICP en un hospital de tercer nivel entre enero de 2005 y abril de 2006 con diagnóstico de insuficiencia cardíaca (ICC), miocardiopatía dilatada (MCD) o edema agudo de pulmón (EAP) sin evidencia de isquemia en el momento del procedimiento.

Resultados. Se incluyeron 20 pacientes de edad media 68 ± 9,6 años de edad, 17 de ellos varones (85%) con múltiples factores de riesgo cardiovascular (65% eran hipertensos, 75% diabéticos) con ventrículo izquierdo dilatado (DTDVI 61 ± 15 mm y DTSVI 50 ± 16 mm) y con disfunción ventricular severa (FEVI 36% ± 13,6). El moti-

misma, así como valor utilidad en otras patologías (C. isquémica, valvulopatías, etc.). Su variabilidad inter e intraindividual es importante, habiéndose descrito como factores que modifican sus niveles la presencia o no de fibrilación auricular, el sexo, la edad, el IMC y la insuficiencia renal. Sin embargo, son pocos los estudios acerca de la influencia de otros factores como la EPOC y los niveles basales de dicho péptido en este tipo de pacientes. Nuestro estudio demuestra una importante variabilidad del mismo, confirma lo descrito en la literatura respecto a la variación en función de FA y de la edad, pero no en cuanto al IMC o al sexo. De todo ello se pueden derivar múltiples hipótesis, acerca de la existencia o no de otros factores que modifiquen los niveles del BNP/NT-proBNP o incluso que la propia EPOC sea en sí misma un factor a tener en cuenta que modifique los niveles basales de este péptido. Se necesitan más estudios en el análisis para intentar conseguir dar respuesta a estas preguntas.

Conclusiones. 1) Los pacientes con EPOC sin IC presentan niveles elevados de BNP, con gran variabilidad; 2) Los niveles de NT-proBNP se modifican en los pacientes con EPOC en función de la FA y la edad; 3) Son necesarios más estudios para conocer la influencia de la EPOC y otros posibles factores en los niveles de NT-proBNP.

IC-30

HOSPITALIZACIÓN Y COSTES ASOCIADOS A LA INSUFICIENCIA CARDÍACA EN ESPAÑA. SITUACIÓN ACTUAL Y PROYECCIÓN A UNA DÉCADA

J. Montes-Santiago¹, C. Fernández Méndez¹, G. Rey Martínez² y A. Mediero Domínguez²

¹Servicio de Medicina Interna, ²Documentación Clínica. Hospital do Meixoeiro. Vigo, Pontevedra.

Objetivos. Analizar las tendencias en las altas por Insuficiencia Cardíaca (IC) en los hospitales del Sistema Nacional de Salud (SNS), determinar sus costes de hospitalización y elaborar predicciones para dichos parámetros en la década venidera.

Material y métodos. Se han analizado las altas por IC según datos publicados por el Ministerio de Sanidad y Consumo (MSC) correspondientes al Conjunto Mínimo Básico de Datos al alta Hospitalaria (CMBD) de los Hospitales del SNS, durante el período 1997-2005. Se analizaron para ellos los Grupos de Diagnóstico Relacionados (GDRs) 127 y 544 correspondientes primariamente a una hospitalización por IC. En la atribución de costes se utilizaron los precios oficiales establecidos por el MSC a dichos GDRs en el período 1999-2003. Para el cálculo de precios correspondientes al resto de los años se consideró una tasa anual de inflación del 3%. Se elaboró una gráfica de regresión con proyección hasta el año 2015 para las previsibles altas y costes asociados a la hospitalización por IC en el SNS. Resultados. Durante el período considerado se ha producido un incremento del 49% en las hospitalizaciones por IC (de 60.563 (1997) a 90.479 (2005)) (Como comparación en el mismo período de tiempo se produjo un incremento del 63% de dichas hospitalizaciones en Galicia). Esto se ha traducido en un incremento de costes en el SNS del 137% (87% descontando los debidos a la inflación). Las hospitalizaciones y costes siguieron una tendencia lineal en este período [$R^2 = 0,971$ para los costes y $R^2 = 0,875$ para las altas por GDRs del MSC] lo que permite extrapolar unas 120.000 altas por IC y unos costes hospitalarios de 680 millones € para el año 2015.

Discusión. Hay una tendencia creciente a la hospitalización por IC que en el momento actual adquiere caracteres de verdadera epidemia. Debido al progresivo envejecimiento poblacional y a la elevada prevalencia de IC en las poblaciones ancianas, se estima un sustancial aumento de las hospitalizaciones por dicha patología en la década venidera, sobre todo en ciertas comunidades autónomas. Los costes asociados a tal patología supondrán una carga considerable para los servicios sanitarios y sociales.

Conclusiones. Se observa una tendencia lineal en la hospitalización por IC en el SNS, previéndose para el año 2015 unas 125000 altas, con unos costes asociados cercanos a los 700 millones de €. Se impone la adopción de medidas pertinentes que permitan afrontar de manera adecuada este creciente problema.

IC-41

COMPARACIÓN DE LAS CAUSAS DE MORTALIDAD ENTRE PACIENTES ANCIANOS CON INSUFICIENCIA CARDÍACA CON FRACCIÓN DE EYECCIÓN REDUCIDA Y CONSERVADA

M. Yebra Yebra¹, L. Cornide Santos¹, J. Fresneda Moreno¹, S. García Ortego², M. Muro Fernández¹, D. Sánchez Mateos¹, J. Perales Rodríguez¹ y L. Manzano Espinosa¹

¹Servicio de Medicina Interna, ²Servicio de Cardiología. Hospital Ramón y Cajal. Madrid.

Objetivos. Comparar las causas de muerte en los pacientes ancianos con insuficiencia cardíaca con fracción de eyección (FE) conservada y disminuida.

Material y métodos. Se estudiaron todas las muertes en pacientes ancianos con insuficiencia cardíaca seguidos por nuestra unidad desde 11/2004 hasta 5/2007. Los pacientes fueron categorizados en dos grupos predefinidos: aquellos con fracción de eyección (FE) menor del 50% (insuficiencia cardíaca con FE disminuida) y aquellos con una FE mayor o igual de 50% (insuficiencia cardíaca con fracción de eyección preservada). Se recogieron las características clínicas así como las causas de muerte de cada paciente. Se definieron cuatro causas de muerte: 1) insuficiencia cardíaca; 2) Muerte súbita; 3) otras causas de muerte cardiovascular (ictus, infarto agudo de miocardio, o tromboembolismo pulmonar) y 4) otras causas no incluidas en las categorías anteriores.

Resultados. En el período de tiempo definido se siguieron a 289 pacientes con el diagnóstico de insuficiencia cardíaca. Se incluyeron en el grupo de insuficiencia cardíaca con FE conservada 199 pacientes y 88 en el de FE disminuida. Ocurrieron 30 muertes, de las cuales 18 correspondieron a pacientes con FE preservada (FE media 63,4%) y 12 con FE reducida (FE media de 36,5%). La edad media fue de 80 en ambos grupos. El tiempo medio del fallecimiento tras el diagnóstico fue de 26 y 28 meses. Los pacientes con FE conservada tuvieron una mayor prevalencia de hipertensión arterial (96,2% vs. 66,6%, $p = 0,011$) y menor de cardiopatía isquémica (18% vs. 50% $p = 0,044$). La mortalidad causada por insuficiencia cardíaca fue significativamente inferior en los enfermos con FE conservada (20%) respecto a aquellos con disfunción sistólica (41%), ($p < 0,05$). Con relación a muerte súbita (22,2% vs. 25%), y otras causas de muerte cardiovascular (16,6% vs 16,6%) no hubo diferencias entre ambos grupos. Por el contrario la mortalidad de origen no cardiovascular fue muy superior en los pacientes con FE conservada (50% vs. 16,6%; $p < 0,05$).

Discusión. Existe controversia en cuanto a la diferencia en el pronóstico entre la insuficiencia cardíaca con FE conservada y FE disminuida. En gran medida esta discusión está motivada por el desconocimiento de las causas de muerte de los pacientes con disfunción diastólica. En este estudio comprobamos que aunque la mortalidad global pudiera ser similar en ambos grupos, los motivos de éxitus fueron muy diferentes. En los pacientes con insuficiencia cardíaca con FE conservada la causa predominante no estuvo condicionada por la enfermedad cardiovascular sino por otras causas relacionadas con la comorbilidad asociada.

Conclusiones. Los pacientes ancianos con insuficiencia cardíaca con FE conservada fallecen principalmente por causas no cardiovasculares.

INFLAMACIÓN/ENFERMEDADES AUTOINMUNES

IF-18

INFECCIONES EN PACIENTES CON TRATAMIENTO BIOLÓGICO

J. Pérez-Silvestre¹, G. Lostaunau Costa¹, J. Calvo Catalá², C. Campos Fernández², A. Baixauli Rubio², M. González-Cruz², D. Pastor Cubillo² y A. Herrera Ballester¹

¹Servicio de Medicina Interna, ²Sección de Reumatología y Metabolismo Óseo. Medicina Interna. Consorcio Hospital General Universitario de Valencia. Valencia.

Objetivos. Los pacientes con artropatía inflamatoria tienen mayor susceptibilidad para desarrollar infecciones, y con la aparición de los

tratamientos biológicos se ha conseguido la disminución de la actividad inflamatoria y destrucción articular, pero se ha visto un incremento del riesgo de infecciones, sobretudo de infecciones por microorganismos intracelulares (micobacterias) por alterar la inmunidad celular. Nuestro objetivo es describir y analizar las infecciones que presentan los pacientes afectados de artropatías inflamatorias con tratamiento biológico.

Material y métodos. Estudio descriptivo, retrospectivo y observacional de las infecciones desarrolladas por los 186 pacientes afectados de artropatías inflamatorias con tratamiento biológicos, controlados en nuestra Sección de Reumatología y metabolismo óseo, ocurridos en el período 2000-2007.

Resultados. Los pacientes controlados en consultas son 186 pacientes, con una edad media 51,1 años (12,82 DE), fueron 57,5% mujeres y el 42,5% hombres. El diagnóstico más frecuente fue la artritis reumatoide 51,6%, artropatía psoriásica 23,7%, espondilitis anquilosante 19,9%, y otras (Beçhet, ACJ,...) 4,8%. Con una mediana de años de evolución de enfermedad 10,31 años (6,77 DE). Las comorbilidades más frecuentes fueron las alteraciones del metabolismo óseo 12,4%, dislipemia 9,7%, hipertensión arterial 9,1%, y diabetes mellitus 1,1%. El fármaco más utilizado fue adalimumab 41,4%, etanercept 33,3% e infliximab 25,3%. Se cambió el tratamiento en 44 pacientes (23,7%), por ineficacia 12,9%, y por efectos secundarios 10,8%; y se utilizó como segunda opción el adalimumab 45,7%, etanercept 42,9%, e infliximab 11,4%. La mediana de tratamiento fue 25,32 meses. El tratamiento de fondo acompañante fue corticoides 46,7% de los pacientes, con una mediana de dosis 11,44 mg/24 horas (5,03 DE); metotrexate 37,4%, con una mediana de dosis 10 mg; y leflunomida 32,5%, con una mediana de dosis 19,5 mg/24 horas (DE 2,21). En todos los pacientes se realizó mantoux y Rx Tórax previo al inicio del tratamiento, con 15,1% (28) mantoux positivos, recibiendo todos isoniazida 300 mg durante 6 meses, sin ninguno desarrollar enfermedad tuberculosa durante el período de tratamiento biológico. Dos pacientes tuvieron tuberculosis activa en el momento del inicio del tratamiento, tratándose con cuatro fármacos de primera línea. Presentaron 8 pacientes (4,3%) reacciones cutáneas a la administración de etanercept o adalimumab. En cuanto a las infecciones, se presentaron 10 (5 cutáneas, 3 urinarias, y 2 articulares), siendo dos graves (las dos articulares y por *S. aureus*, en tratamiento con infliximab y adalimumab respectivamente), sin ningún éxito. Los microorganismos implicados fueron *S. aureus* 44,4%, *E. coli* 33,3%, y Herpes 22,2%. Un 80% de las infecciones estaban asociadas a adalimumab, siendo estadísticamente significativo $p = 0,039$. La patología de base más frecuente asociada a infecciones fue la artritis reumatoide, sin ser estadísticamente significativa $p = 0,229$.

Conclusiones. Porcentaje de infecciones graves es similar al descrito por el registro nacional de pacientes en tratamiento biológico (BIOBADASER). Las infecciones se producen mayoritariamente en enfermos con artritis reumatoide, y en tratamiento con adalimumab. Las infecciones graves en nuestros pacientes con tratamientos biológicos son relativamente infrecuentes en nuestra población, siendo en un 44% por *S. aureus*. Ningun paciente ha desarrollado por el momento infecciones por micobacterias, siendo estas las más frecuentes asociadas al tratamiento biológico.

IF-52

INFLUENCIA DE LAS CARACTERÍSTICAS VIRALES (GENOTIPO, CARGA Y COINFECCIÓN VIRAL) EN LAS MANIFESTACIONES VASCULÍTICAS DE LA CRIOGLOBULINEMIA ASOCIADA A LA INFECCIÓN CRÓNICA POR EL VIRUS DE LA HEPATITIS C

P. Brito Zerón¹, A. Bové¹, X. Fornés², A. Vargas¹, M. Ruiz¹, M. Laguno³, J. Yagüe⁴ y J.M⁵ Sánchez Tapias²

¹Servicio de Enfermedades Autoinmunes, ²Hepatología,

³Servicio de Enfermedades Infecciosas. Hospital Clínic i Provincial de Barcelona. Barcelona. ⁴Laboratorio de Enfermedades Autoinmunes "Josep Font". Depart.

Instituto de Investigaciones Biomédicas "August Pi i Sunyer" (IDIBAPS). Barcelona.

Objetivos. Analizar de qué manera la expresión clínica e inmunológica de la crioglobulinemia asociada a infección crónica por virus de la hepatitis C (VHC) puede verse influenciada de acuerdo a la carga viral y genotipo del VHC o a la existencia de coinfección por VIH.

Material y métodos. Se han analizado 340 pacientes VHC+ (188 mujeres y 152 hombres, edad media 49 años) diagnosticados consecutivamente en el hospital entre los años 1993 y 2003. La infección por VHC se confirmó mediante la determinación sérica del RNA-VHC en todos los pacientes.

Resultados. Dosecientos cuarenta y ocho (73%) pacientes presentaron crioglobulinemia asintomática y 92 (27%) síndrome crioglobulinémico. Los pacientes con genotipo 1 del VHC tenían una mayor edad media en el momento del diagnóstico de la crioglobulinemia (48.2 vs 40.2 años, $p < 0.001$) y una prevalencia mayor de síntomas crioglobulinémicos (25% vs 10%, $p = 0.02$), especialmente de manifestaciones vasculíticas (19% vs 5%, $p = 0.014$). En comparación con el resto de pacientes, aquellos con coinfección VHC-VIH presentaron una menor edad media en el momento del diagnóstico de la crioglobulinemia (40.4 vs 52.8 años, $p < 0.001$) y una menor frecuencia de síndrome crioglobulinémico (15% vs 34%, $p < 0.001$), vasculitis (10% vs 28%, $p < 0.001$), enfermedad autoinmune sistémica asociada (3% vs 14%, $p = 0.001$), FR+ (30% vs 70%, $p = 0.001$) e hipocomplementemia (50% vs 78%, $p = 0.01$). En los pacientes VHC-VIH, la presencia de una carga viral del VHC elevada (> 800.000 copias/mL) se asoció con una mayor frecuencia de crioglobulinemia sintomática, especialmente en los pacientes que además presentaban una carga viral elevada del VIH (50% vs 7%, $p = 0.001$).

Conclusiones. Los pacientes con crioglobulinemia asociada al genotipo 1 del VHC presentan con más frecuencia síntomas relacionadas con la crioglobulinemia, especialmente manifestaciones vasculíticas. Por el contrario, los pacientes coinfectados VHC-VIH presentan una prevalencia tres veces inferior de vasculitis. La coinfección por VIH parece atenuar las principales manifestaciones clínicas e inmunológicas crioglobulinémicas, excepto en los pacientes con carga viral elevada para ambos virus.

OSTEOPOROSIS

O-2

MORTALIDAD DE LA FRACTURA OSTEOPORÓTICA DE CADERA Y FACTORES PREDISPONENTES, TRAS UN AÑO DE SEGUIMIENTO

M. González Rozas¹, J. Pérez Castrillón² y M. García Alonso³

¹Servicio de Medicina Interna, ²Servicio de Medicina Interna,

³Servicio de Traumatología. Hospital Universitario Río Hortega. Valladolid.

Objetivos. Estudiar la mortalidad por fractura de cadera y los factores de riesgo asociados que determinan dicha mortalidad, en un hospital terciario, tras el seguimiento de un grupo de pacientes durante un año de evolución.

Material y métodos. Se recogieron datos de 170 pacientes, ingresados en el servicio de Traumatología, entre el año 2005 y 2006. Se valoraron diferentes factores: hábitos tóxicos, edad de menarquia, edad de menopausia, amenorrea, número de abortos, número de hijos, factores de riesgo cardiovascular, fracturas previas, agudeza visual, deterioro cognitivo, situación funcional previa, enfermedades concomitantes, ingesta de calcio y lácteos, exposición al sol, realización de ejercicio y toma de fármacos. Al año se realizó una entrevista telefónica protocolizada y se consultó el sistema informático del hospital, para valorar mortalidad, morbilidad, necesidad de ingresos posteriores y grado de capacidad funcional.

Resultados. De un total de 170 pacientes, 21 eran hombres y 149 mujeres. Fallecieron 50 pacientes, 9 hombres y 41 mujeres, constituyendo una mortalidad total del 29.31% con un 42.8% de mortalidad en varones y un 27.52% en mujeres. La mortalidad el primer mes fue de 36%, 24% entre el 2^o-6^o mes, 28% entre 6-12 meses y un 12% en el que se desconoce el momento concreto de fallecimiento. Al realizar el análisis se constataron diferentes factores asociados a la mortalidad, estadísticamente significativos: tabaquismo (IC 95%, $p = 0.045$), deterioro cognitivo previo (IC 95%, $p = 0.05$), trastorno

locomotor previo (IC 95%, 0.047), patología respiratoria (IC 95%, p 0.047) y edad de menarquia (IC 95%, p 0.047). Posteriormente se realizó un análisis de regresión logística, ajustando los parámetros significativos, siendo la patología respiratoria previa el único con significación estadística.

Discusión. En el conjunto de las fracturas de osteoporóticas, la fractura de cadera presenta una mayor mortalidad, alcanzando en algunas series cifras cercanas al 50%, además genera una importante morbilidad, necesidades asistenciales y consumo de recursos económicos. Se han hecho distintos estudios descriptivos incidiendo en la mortalidad, pero existen pocos que valoren los factores de riesgo que determinan esta evolución. En nuestro estudio se ha determinado la asociación de ciertos factores relacionados con la mortalidad, objetivándose que el deterioro previo tanto locomotor como cognitivo, junto con una serie de enfermedades concomitantes, confiere una vulnerabilidad especial, siendo la patología respiratoria previa, la que se ha asociado significativamente a una mayor mortalidad.

Conclusiones. Se evidencia cifras de mortalidad similares a otros estudios existentes, a excepción de la mortalidad al primer mes que fue mucho más elevada y se observó que la existencia de patología respiratoria previa se ha asociado a mayor mortalidad.

**O-6
MANEJO DE LA OSTEOPOROSIS EN LOS PACIENTES CON FRACTURA DE CADERA**

J. Blázquez¹, I. Hermida¹, J. Llabrés¹, L. Sáez¹, A. Gato¹, R. Delgado², L. Navarro³ y J. Solera¹

¹Servicio de Medicina Interna, ²Servicio de Traumatología, ³Análisis Clínicos. Complejo Hospitalario Universitario de Albacete. Albacete.

Objetivos. Fundamento: resulta de utilidad conocer el grado de diagnóstico y tratamiento previo de la osteoporosis en los pacientes con fractura de cadera. Asimismo, la asistencia médica durante el ingreso es una oportunidad para la prevención secundaria de nuevas fracturas mediante el tratamiento de la osteoporosis. **Objetivos:** 1) conocer el grado de diagnóstico y tratamiento previo de la osteoporosis en los pacientes con fractura de cadera; 2) evaluar los resultados de nuestra actividad en cuanto a la prescripción de tratamiento al alta para la osteoporosis en dichos pacientes.

Material y métodos. El Servicio de Medicina Interna de nuestro hospital realiza una labor de asistencia médica al paciente con fractura de cadera durante el ingreso, principalmente enfocada a la patología médica aguda. El tratamiento de la osteoporosis al alta aún no está protocolizado, si bien se ha implementado desde principios del presente año, procurando seguir las mismas pautas los distintos miembros del equipo. Los pacientes menos ancianos y con buena situación general son derivados a la consulta de osteoporosis para estudio y seguimiento. Hemos analizado los datos referentes al manejo de la osteoporosis en los pacientes ingresados por fractura de cadera durante el período enero-junio de 2007. El diagnóstico de osteoporosis se recogió como tal según lo referido en la anamnesis. No se verificó si el paciente se había realizado en algún momento una densitometría.

Resultados. Características generales. Nº de pacientes: 225. Sexo: 154 mujeres (68,4%) y 71 varones (31,6%). Edad: 47-98 años, media 81,3 ± 8 años. El resto de factores epidemiológicos generales y factores de riesgo de fractura son objeto de otra comunicación. Referían diagnóstico previo de osteoporosis 27 pacientes (12,0%). Estaban en tratamiento 20 pacientes (8,9) %. Al alta se prescribió tratamiento a 79 (35,1%), con la distribución que aparece en la tabla la tabla 1. Asimismo se derivaron a la consulta de osteoporosis 10 pacientes (4,4%).

Conclusiones. 1) El grado de diagnóstico previo de osteoporosis en los pacientes con fractura de cadera, en nuestro medio, es muy bajo. 2) El porcentaje de pacientes con tratamiento previo también es muy bajo. 3) Hemos conseguido mejorar de forma notoria, aunque insuficiente, la situación en cuanto al tratamiento. 4) Es necesaria una pauta de actuación protocolizada, conjuntamente con Traumatología

y Atención Primaria, para evitar la aparición de nuevas fracturas en estos pacientes.

**O-8
INFLUENCIA DE LA ABSTINENCIA SOBRE LA OSTEOPATÍA DEL PACIENTE ALCOHÓLICO**

J. Alvisa Negrín, E. González Reimers, E. Rodríguez Rodríguez, E. García-Valdecasas Campelo, M. Sánchez Pérez, A. Martínez Riera, A. López Lirola y F. Santolaría Fernández

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

Objetivos. El alcoholismo crónico se asocia a una osteopatía metabólica con un descenso de la masa ósea por efecto directo del etanol al inhibir la síntesis ósea. Las consecuencias de la abstinencia alcohólica sobre la masa ósea son poco conocidas por lo que hemos analizado la evolución de la masa ósea de 64 pacientes alcohólicos ingresados en nuestro hospital y hemos evaluado su relación con la abstinencia etílica en un período de 6 meses tras el alta hospitalaria.

Material y métodos. A los pacientes incluidos en el estudio se les interrogó en relación al patrón de consumo de bebidas alcohólicas, así como historia previa de síndrome de abstinencia o intento de desintoxicación, una Densitometría ósea una vez estables en planta y a los 6 meses tras el alta hospitalaria (sólo a 41 de ellos). Se determinaron a su vez niveles séricos de Osteocalcina, PTH, Hormonas tiroideas, Cortisol, Vitamina D, Telo péptido, IGF-1 además de pruebas de función hepática durante su ingreso. Las determinaciones se repitieron al sexto mes. Comparamos los resultados obtenidos con los de un grupo control de similar edad y sexo. **Resultados.** Encontramos que los pacientes alcohólicos presentaban una disminución de la masa ósea en relación con los controles sanos en la mayoría de las áreas analizadas, así como niveles más bajos de vitamina D y osteocalcina. Después de 6 meses los pacientes abstinentes presentaron una mejoría significativa a nivel del triángulo de Ward (p < 0,05), pelvis (p < 0,007) así como en otras áreas analizadas; además de un incremento marcado de osteocalcina (p < 0,03) y vitamina D (p < 0,01).

Conclusiones. Estos resultados muestran que la abstinencia alcohólica puede mejorar la osteopatía mediada por alcohol, así como las hormonas involucradas en la síntesis ósea.

RIESGO VASCULAR

**RV-51
RIESGO CORONARIO MEDIO DE PACIENTES CON SÍNDROME METABÓLICO, HIPERGLUCEMIA DE AYUNO Y DIABETES. ¿PUEDEN DEFINIRSE SUBGRUPOS DE ALTO RIESGO?**

F. Del Valle Gutiérrez¹, Y. Schmolling Guinovart², A. Moreno Fernández¹, M. Aylas Guzmán¹, B. Otero Perpiñá¹, R. Sánchez Windt¹ y J. Flordelis de la Sierra¹

¹Servicio de Medicina Interna. Hospital 12 de Octubre. Madrid. ²Atención primaria. CS La Solana, Talavera de la Reina, Toledo.

Objetivos. Determinar el riesgo cardiovascular global medio (SCORE y REGICOR) de los pacientes con síndrome metabólico (SM), y estratificarlo según sexo, edad, número de criterios, hiperglucemia y diabetes, a fin de separar subgrupos con riesgo alto, sin necesidad de otras determinaciones.

Material y métodos. En mayores de 50 años de un cupo médico de AP (94,6% del total) realizamos historia, exploración y pruebas complementarias necesarias para calcular el riesgo cardiovascular (RCV) según tablas SCORE y REGICOR y diagnosticar SM según los criterios esta-

Tabla 1. Tratamiento de la osteoporosis al ingreso y al alta (N = 225) (O-6).

Tratamiento	Calcio+ Vit. D global	Calcio+ Vit. D solo	Alendronato	Risedronato	Otros	Total
Ingreso N (%)	18 (8,0%)	5 (2,2%)	6 (2,7%)	6 (2,7%)	3 (1,3%)	20 (8,9%)
Alta N (%)	77 (34,2%)	50 (22,2%)	14 (6,2%)	13 (5,9%)	2 (0,9%)	79 (35,1%)

Tabla 1. RCV medio de pacientes con SM según sexo y edad (RV-51).

	SCORE H (72)	SCORE M (83)	SCORE Total (155)	REGICOR H (72)	REGICOR M (83)	REGICOR Total (155)
50-59	2,86%	1,5%	2,29%	6,61%	6,64%	6,52%
60-69	7,45%	5,33%	6,32%	10,2%	6,55%	8,24%
70-79	7,58%	5,20%	5,98%	8,73%	7%	7,58%

Tabla 2. RCV medio según número de criterios (RV-51).

Criterios	Tres (54,8%)	Cuatro (34,2%)	Cinco (11%)	p
SCORE	4,74%	4,45%	7,76%	0,013
REGICOR	7,0%	7,04%	11,12%	0,007

blecidos por el ATP-III. Comparamos el RCV medio de los pacientes con SM (diabéticos y no diabéticos) con el de un grupo control. Para el análisis de datos utilizamos el paquete estadístico SPSS.

Resultados. Incluimos 581 pacientes, de los cuales 179 (30,8%) tenían SM. En sujetos no diabéticos, el RCV medio fue mayor en los pacientes con SM ($p < 0,001$), pero aún fue insuficiente para considerarlos de riesgo alto. Sin embargo, si estratificamos por edades (tabla 1), según REGICOR los hombres entre 60 y 70 años tuvieron un RCV medio alto, mientras que con las SCORE todos los varones mayores de 60 años tuvieron dicho riesgo. En sujetos diabéticos el RCV medio con y sin SM superó el nivel de riesgo alto y las diferencias no fueron significativas ($p = 0,171$). Finalmente, para ambas tablas, el RCV medio de los pacientes (tabla 2) con cinco criterios de SM, supera el nivel de riesgo alto y además es más elevado ($p = 0,028$) que el riesgo medio de los subgrupos con tres y cuatro criterios.

Discusión. La presencia de SM no es suficiente para diagnósticar riesgo alto. Sin embargo, los varones con SM y 60 a 70 años, cinco criterios o Diabetes Mellitus, deberían ser considerados de alto riesgo y subsidiarios de terapéutica intensiva. Estos hallazgos nos permiten reestratificar más 25% de los pacientes, evitando pruebas especiales. No hemos encontrado, en contra de lo señalado previamente, mayor riesgo en los pacientes con cuatro criterios.

Conclusiones. Los varones con SM de 60 a 69 años, o con cinco criterios diagnósticos presentes o diabetes, deberían ser considerados de alto riesgo sin necesidad de realizar otro tipo de pruebas, y por tanto ser sometidos a terapéutica intensiva

**RV-111
CARACTERÍSTICAS DIFERENCIALES DE PACIENTES CON RIESGO CARDIOVASCULAR DISCORDANTE SEGÚN LAS ESCALAS SCORE Y REGICOR**

D. López Carmona¹, S. Jansen Chaparro¹, L. Valiente de Santis¹, A. Baca Osorio², A. Villalobos Sánchez¹, R. Guijarro Merino¹, J. Cuende Melero³ y R. Gómez Huelgas¹

¹Servicio de Medicina Interna, ²Centro de Salud Ciudad Jardín. Complejo Hospitalario Carlos Haya. Málaga. ³Servicio de Medicina Interna. Complejo Asistencial de Palencia. Palencia.

Objetivos. Comparar las características de los sujetos catalogados en las distintas categorías de riesgo cardiovascular mediante el empleo de dos escalas distintas (SCORE y REGICOR).

Material y métodos. Estudio analítico transversal en sujetos mayores de 18 años de ambos sexos pertenecientes a una muestra aleatoria de la población atendida en un Centro de Salud urbano del área Norte

de Málaga capital. Las variables incluidas en el estudio fueron edad, sexo, colesterol total, colesterol-HDL, tensión arterial sistólica (TAS), hábito tabáquico y diabetes mellitus. Se excluyeron del análisis los sujetos con antecedentes de cardiopatía isquémica, enfermedad cerebrovascular o arteriopatía periférica. En pacientes con diabetes mellitus la puntuación obtenida con la escala SCORE se multiplicó por 2 en varones y por 4 en mujeres. Se dividió a la muestra en cuatro grupos según fuesen clasificados de alto riesgo por ambas escalas, por una sola de ellas o por ninguna. Se consideró alto riesgo cardiovascular una puntuación de SCORE igual o mayor de 5% o una puntuación REGICOR igual o mayor de 20%. Se utilizó el paquete estadístico SPSS, versión 14.0, para llevar a cabo las comparaciones entre los grupos mediante regresión logística policotómica, uni y multivariante. **Resultados.** Se incluyeron en el análisis 1.133 sujetos (37% varones). Veinticuatro pacientes (2,1%), fueron catalogados de alto riesgo por ambas escalas (SA/RA), 207 (18,3%) fueron clasificados de alto riesgo por SCORE pero no por REGICOR (SA/RB), y 902 (79,6%) fueron considerados de no alto riesgo por las dos escalas (SB/RB). No hubo pacientes que fuesen catalogados de alto riesgo por REGICOR y no lo fuesen por SCORE (SB/RA). En el análisis multivariante, el grupo SA/RB solo mostró diferencias en los valores de HDL-Colesterol al compararlo con el grupo SA/RA ($p = 0,003$). Por el contrario, este grupo SA/RB presentaba diferencias en los valores de la edad ($p < 0,001$), colesterol total ($p < 0,001$), colesterol-HDL ($p = 0,039$), TAS ($p < 0,001$), diabetes ($p < 0,001$) y tabaquismo ($p < 0,001$), cuando se comparó con el grupo SB/RB. Las características de los tres grupos se presentan en la tabla 1.

Conclusiones. En nuestra población, la escala SCORE incluye a más sujetos con riesgo vascular elevado que la escala REGICOR. Los pacientes clasificados de alto riesgo con ambas escalas presentan cifras de HDL-colesterol más bajas que los catalogados sólo con la escala SCORE.

**RV-112
EFECTO DE TRES PRODUCTOS LÁCTEOS ENRIQUECIDOS EN ESTEROLES VEGETALES, OMEGA-3 Y OLEICO, Y ÁCIDO FÓLICO SOBRE LA RESISTENCIA A INSULINA Y EL METABOLISMO DEL COLESTEROL EN SUJETOS CON HIPERCOLESTEROLEMIA POLIGÉNICA**

E. Galán Dorado, J. García Quintana, P. Pérez Martínez, A. Ortiz, J. Ruano, F. Fuentes Jiménez, J. López Miranda y F. Pérez Jiménez

Servicio de Medicina Interna. Hospital Universitario Reina Sofía. Córdoba.

Objetivos. Estudiar el efecto tres productos lácteos enriquecidos en esteroleos vegetales, omega-3 y oleico, y ácido fólico sobre la resistencia a insulina. Secundariamente, evaluar la influencia de esta intervención en función del perfil del metabolismo del colesterol.

Material y métodos. Estudio de intervención dietética, aleatorizado, cruzado, simple ciego, realizado con 29 pacientes con hipercoleste-

Tabla 1. Datos sociodemográficos y clínico-analíticos de los 1.133 pacientes según las tres categorías establecidas por las dos escalas de puntuación de riesgo cardiovascular (RV-111).

	SA/RA 24 (2,1%)	SA/RB 207 (18,3%)	SB/RB 902 (79,6%)
Edad (años)*	71 ± 6	70 ± 7	44 ± 14
Sexo (varón/mujer)**	24 (100)/0 (0)	100 (48,3)/107 (51,7)	294 (32,6)/608 (67,4)
Fumadores**	3 (12,5)	37 (17,9)	206 (22,8)
Colesterol total (mg/dl)*	225 ± 34	222 ± 43	203 ± 41
HDL-colesterol (mg/dl)*	45 ± 14	54 ± 14	55 ± 14
TAS (mmHg)*	146 ± 16	139 ± 18	124 ± 16
Diabéticos**	9 (37,5)	60 (29)	20 (2,2)

*Media ± ds; **Número (%).

Tabla 1. Datos en los que se encuentra una diferencias estadísticamente significativas con una p (RV-117).

	Hombres 1º Tertil (HDL-c: 27-39)	Hombres 2º Tertil (HDL-c: 40-46)	Hombres 3º Tertil (HDL-c: 47-71)	Mujeres 1º Tertil (HDL-c: 25-50)	Mujeres 2º Tertil (HDL-c: 51-65)	Mujeres 3º Tertil (HDL-c: 66-97)
Edad	43,95	40,60	42,11	48,92	51,25	44,38
IMC	26,9	27,02	26,48	23,82	25,44	23,49
Colesterol total	362,47	358,96	352,33	367,04	381,89	378,92
HDL	35	43,44 (*)	55,78 (*)	42,62	57,79 (*)	77,46 (*)
TG	158,63	109,72	111,22	138,19	103,11	93,92
IMT	1,07	0,81	0,84	1,067	1,13 (*)	0,913 (*)

rolemia poligénica. Se administraron 3 dietas (con un seguimiento de 4 semanas cada una) consistentes en una alimentación de tipo mediterráneo y 500 ml de 3 productos lácteos diferentes según la dieta: enriquecido en esteroides vegetales, con ácidos grasos omega-3 y oleico, y enriquecido en ácido fólico. Se determinó al final de cada período de intervención, glucosa basal e insulina, estimándose la resistencia insulínica mediante el índice HOMA (homeostasis model assessment) aplicando el modelo original (HOMA1) y el modelo informatizado (HOMA2) utilizando el programa informático HOMA2-calculator v2.2. Se analizaron también mediante cromatografía de gases, los niveles plasmáticos de fitoesteroides (para evaluar el seguimiento): campesterol, sitosterol y estigmasterol; y el de los precursores de colesterol: lathosterol, Lanosterol y desmosterol, reflejando la síntesis hepática de colesterol.

Resultados. Al comparar el período con esteroides vegetales (EV) frente al de omega-3 y oleico (N-3) y al de ácido fólico (AF), observamos, en el grupo de intervención con esteroides vegetales, un aumento de los niveles plasmáticos de insulina (mU/l) (EV: $7,19 \pm 2,89$ vs N-3: $6,05 \pm 2,37$ vs Pb $6,09 \pm 2,22$, $p = 0,03$) así como de la resistencia a la insulina determinada a través de los índices HOMA 1 (EV: $1,65 \pm 0,73$ vs. N3: $1,33 \pm 0,54$ vs Pb: $1,37 \pm 0,52$; $p = 0,03$) y HOMA 2 (EV: $0,96 \pm 0,45$ vs N-3: $0,78 \pm 0,3$ vs. Pb: $0,78 \pm 0,28$; $p = 0,03$). El seguimiento de la dieta se confirmó por el aumento de fitoesteroides plasmáticos en el grupo de EV (Campesterol (mg/dl): EV: $0,94 \pm 0,42$ vs N-3: $0,59 \pm 0,24$ vs AF: $0,66 \pm 0,24$; $p = 0,001$. Sitosterol (mg/dl): EV: $0,83 \pm 0,43$ vs N-3: $0,6 \pm 0,27$ vs AF: $0,65 \pm 0,25$; $p = 0,005$). No hubo influencia significativa de ninguna intervención sobre los precursores de síntesis de colesterol. Al analizar por tertiles observamos que el aumento de resistencia a insulina con la intervención con esteroides vegetales es sólo significativa en el tertil superior de lathosterol ($p = 0,025$), Lanosterol ($p = 0,001$) y desmosterol ($p = 0,03$) que traducen una mayor síntesis hepática de colesterol.

Discusión. Recientes estudios realizados por el grupo finlandés de Jussi Pihlajamäki & Co. demuestran que los sujetos con resistencia a insulina se caracterizan por una absorción disminuida de colesterol y un aumento de su síntesis hepática. Los sujetos con un metabolismo del colesterol caracterizado por un aumento de la síntesis hepática del mismo (elevadas concentraciones plasmáticas de precursores del colesterol) podrían presentar un aumento de resistencia a la insulina al administrarles productos lácteos enriquecidos en esteroides vegetales. Harían falta más estudios para profundizar o descartar una posible relación entre esteroides vegetales y omega-3, y los estados de resistencia a insulina.

Conclusiones. Los resultados obtenidos sugieren que una dieta con lácteos enriquecidos en esteroides vegetales podría aumentar la resistencia a insulina, en pacientes con hipercolesterolemia poligénica, en comparación con omega-3 y oleico, y ácido fólico; especialmente en pacientes con una predisposición a la resistencia a insulina, marcada por una síntesis hepática de colesterol aumentada.

RV-117

RELACIÓN ENTRE NIVELES DE HDL-COLESTEROL Y GROSOR DE LA INTIMA MEDIA CARÓTIDA (IMT) MEDIDA A TRAVÉS DE ECOGRAFÍA COMO FACTOR DE RIESGO CARDIOVASCULAR EN POBLACIÓN CON HIPERCOLESTEROLEMIA FAMILIAR (FH)

E. Valero¹, M. Vallejo¹, E. Jarauta² y F. Civeira²

¹Servicio de Medicina Interna, ²Unidad de Lípidos. Servicio de Medicina Interna. Hospital Universitario Miguel Servet. Zaragoza.

Objetivos. Conocer si el grosor de IMT se relaciona con la concentración sanguínea de HDL-c, y probar que los niveles elevados de HDL-c actúan como factor protector cardiovascular.

Material y métodos. Se seleccionaron 157 pacientes HF con diagnóstico genético procedentes de la consulta de lípidos del Hospital Universitario Miguel Servet y 166 individuos control. A todos se les realizó ecografía carotídea alta resolución y se obtuvieron datos clínicos y analíticos. Se dividieron en 2 grupos según sexo y a su vez estos se distribuyeron en 3 grupos según sus niveles de HDL-c.

Resultados. En cuanto al perfil lipídico, no se observaron diferencias en las cifras medias de HDL-c en ambas muestras, siendo de 52,78 mg/dL (IC: +15,091) en grupo FH y de 52,95 mg/dL (IC: +13,948) en grupo control. En cuanto al resto de factores de riesgo cardiovascular el IMC medio era similar en ambas muestras. Las cifras de tensión arterial sistólica (TAS) y diastólica (TAD) eran mayores en el grupo FH, así como en consumo medio de cigarrillos. Los resultados los presentamos en la tabla de datos adjunta.

Discusión. La FH es una enfermedad autosómica dominante que se caracteriza por una elevación de la concentración del LDL-c. Los pacientes FH presentan riesgo cardiovascular más elevado que el resto de la población. Numerosos estudios han probado que niveles séricos bajos de HDL-c suponen un factor independiente de mayor riesgo cardiovascular. El aumento del grosor de IMT es un fenómeno temprano en el desarrollo de la arterioesclerosis. Su medición por medio de ecografía ha demostrado ser un predictor de mortalidad cardiovascular.

Conclusiones. Los niveles elevados de HDL-c se asocian con un menor grosor de intima media carotídea en mujeres pero no en hombres. Nuestros resultados sugirieron que el HDL-c alto es un factor de protección cardiovascular en las mujeres con HF pero no en hombres.

RV-124

AUMENTO EN LA PROFUNDIDAD DE LA PRESIÓN ARTERIAL Y MORBIMORTALIDAD CARDIOVASCULAR: ESTUDIO MAPEC

R. Hermida¹, M. Rodríguez², D. Ayala¹, J. López², L. Chayán², M. Fontao¹, M. Romero² y C. Calvo²

¹Laboratorio de Cronobiología y Bioingeniería. Universidad de Vigo. Vigo, Pontevedra. ²Unidad de Hipertensión y Riesgo Vascular. Hospital Clínico Universitario. Santiago de Compostela, A Coruña.

Objetivos. La correlación entre el nivel de presión arterial (PA) y el riesgo cardiovascular (RCV) es mayor para las medidas ambulatorias (MAPA) que para la medida clínica de PA. La reducción de profundidad de la PA (descenso nocturno con respecto a la media diurna de la PA) en valores inferiores al 10% (perfil circadiano no-dipper) está asociada con aumento en el daño en los órganos diana en el paciente hipertensode (corazón, cerebro y riñón). La posible reducción del RCV asociada a la modulación del perfil circadiano de la PA (aumentando la profundidad) es un tema objeto de debate. El estudio MAPEC (Monitorización Ambulatoria de la Presión arterial y Eventos Cardiovasculares) fue diseñado para investigar si la normalización del perfil circadiano de la PA hacia un patrón dipper, aplicando temporalización del tratamiento antihipertensivo (cronoterapia), reduce el RCV.

Material y métodos. En este estudio prospectivo participan 2.848 sujetos del área sanitaria de Santiago de Compostela, 1.427 hombres y 1.421 mujeres, de $52,0 \pm 14,2$ años de edad. En el momento de su inclusión, la PA se monitorizó durante 48 horas consecutivas. La actividad física se monitorizó simultáneamente cada minuto con un actígrafo de muñeca, y la información así obtenida se utiliza para calcular las medias diurna y nocturna de PA para cada paciente, en función de su horario individual de actividad y descanso. El día de comienzo de la MAPA se realizó una evaluación clínico-biológica de cada paciente, que se repite anualmente o, con mayor frecuencia

(cada 3 meses), si hay que modificar el tratamiento antihipertensivo. **Resultados.** La mediana del tiempo de seguimiento hasta el momento actual es de 3,9 años (rango 0,5 a 6,8). En función de la MAPA basal, la morbi-mortalidad cardiovascular fue mayor en los pacientes dipper-extremo (1,8 eventos por 100 pacientes-año) que en los dipper (1,0) y, aumentó significativamente en los no-dipper (2,2) y todavía, mucho más, en los riser (6,6). Cuando la morbilidad se evaluó en función del perfil de MAPA más próximo al evento (o el último perfil disponible en los pacientes sin evento), los resultados indicaron una disminución de riesgo en los pacientes dipper-extremo (0,5) y un aumento de morbilidad en los pacientes no-dipper (2,4) y risers (6,9), sin que se observen cambios en los sujetos dipper (1,1). La profundidad de la PA sistólica aumentó durante el tiempo de seguimiento en los pacientes que no presentaron eventos y disminuyó en un 23% en los pacientes que desarrollaron eventos cardiovasculares ($p < 0,001$ entre grupos).

Conclusiones. La probabilidad de supervivencia sin evento cardiovascular se correlaciona, de forma significativa, con la profundidad de la PA, lo que apoya la utilidad de la MAPA para la valoración de riesgo cardiovascular de los pacientes hipertensos. Los resultados indican que aumentar la profundidad hacia un patrón dipper mediante la temporalización del tratamiento antihipertensivo (cronoterapia) disminuye el riesgo cardiovascular, mientras que disminuir la profundidad (asociado frecuentemente con la utilización de fármacos antihipertensivos en administración sólo matutina) puede aumentar la morbilidad y la mortalidad cardiovascular.

RV-125 PRONÓSTICO CARDIOVASCULAR Y PROFUNDIDAD DE LA PRESIÓN ARTERIAL AMBULATORIA: ESTUDIO MAPEC

C. Calvo¹, J. López², M. Rodríguez¹, L. Chayan¹, M. Romero¹, M. Fontao², D. Ayala² y R. Hermida²

¹Unidad de Hipertensión y Riesgo Vascular. Hospital Clínico Universitario. Santiago de Compostela, A Coruña. ²Laboratorio de Cronobiología y Bioingeniería. Universidad de Vigo. Vigo, Pontevedra.

Objetivos. Los resultados de un estudio en sujetos japoneses, no confirmados en otras poblaciones occidentales, sugieren que la disminución en la profundidad (descenso nocturno con respecto a la media diurna de la presión arterial, PA) es un factor de riesgo de mortalidad cardiovascular independiente del valor medio de la PA a lo largo de las 24 horas [J Hypertens. 2002;20:2183-9]. Sin embargo, la posible reducción de riesgo cardiovascular asociada al aumento de profundidad no ha sido todavía demostrada. Por ello, hemos evaluado el valor pronóstico de la profundidad de la PA en sujetos, clasificados en función del valor medio de su PA ambulatoria (MAPA), participantes en el estudio MAPEC (Monitorización Ambulatoria de la Presión arterial y Eventos Cardiovasculares), diseñado para investigar si la normalización del perfil circadiano de la PA hacia un patrón dipper, con cronoterapia antihipertensiva, reduce el riesgo cardiovascular.

Material y métodos. En este estudio prospectivo participan 2848 sujetos del área sanitaria de Santiago de Compostela, 1.427 hombres y 1.421 mujeres, de $52,0 \pm 14,2$ años de edad. En el momento de su inclusión, la PA se monitorizó durante 48 horas. La actividad física se monitorizó simultáneamente cada minuto con un actígrafo de muñeca, y la información así obtenida se utiliza para calcular las medias diurna y nocturna de PA para cada paciente, en función de su horario individual de actividad y descanso. El día de comienzo de la MAPA se realizó una evaluación clínico-biológica de cada paciente, que se repite anualmente o con mayor frecuencia (cada 3 meses), si hay que modificar el tratamiento antihipertensivo. Los sujetos fueron clasificados, según la media de 24 horas de PA (MAPA), en 2 grupos: Grupo de PA baja y Grupo de PA alta, utilizando un umbral de 125/80 mmHg.

Resultados. Después de un tiempo medio de seguimiento de 3,9 años (rango 0,5 a 6,8) y en función de la MAPA basal, los pacientes dipper del grupo PA baja, presentaron la menor morbi-mortalidad cardiovascular (1,4 eventos por 100 pacientes-año), aumentando ligeramente en los pacientes dipper con PA elevada (1,8). La morbilidad fue significativamente mayor en los sujetos no-dipper con PA baja (3,2) y, sobre todo, en los no-dipper con PA alta (6,2; $p < 0,001$). En función del perfil de MAPA más próximo al evento (o el último perfil disponible en los pacientes que no presentaron evento), el riesgo cardiovascular disminuyó en los sujetos dipper y aumentó

en los no-dipper con independencia de que la media de la PA en la MAPA fuese baja (3,5) o alta (7,7).

Conclusiones. El riesgo cardiovascular está más relacionado con la disminución de la profundidad, asociada a la alteración en la regulación nocturna de la PA, que con la propia elevación de la PA. Los pacientes hipertensos no-dipper con PA ambulatoria en niveles de normotensión, tienen un riesgo cardiovascular casi dos veces mayor que el de los pacientes hipertensos dipper. Estos resultados indican que la profundidad de la PA debe ser considerada como un objetivo terapéutico complementario a la propia reducción de PA.

RV-126 PRESIÓN ARTERIAL AMBULATORIA Y RIESGO VASCULAR: ESTUDIO MAPEC

R. Hermida¹, D. Ayala¹, M. Rodríguez², J. López², L. Chayan², M. Romero², M. Fontao¹ y C. Calvo²

¹Laboratorio de Cronobiología y Bioingeniería. Universidad de Vigo. Vigo, Pontevedra. ²Unidad de Hipertensión y Riesgo Vascular. Hospital Clínico Universitario. Santiago de Compostela, A Coruña.

Objetivos. Actualmente no existe consenso en los umbrales propuestos por las distintas Guías para el diagnóstico de hipertensión (HTA) utilizando medidas de presión arterial (PA) ambulatorias (MAPA). Así, el JNC-VII americano recomienda umbrales diferentes para las medias diurna y nocturna de la PA y las Guías Europeas basan el diagnóstico de HTA en la media de 24 horas. Sin embargo, en los últimos años, varios estudios han concluido que la media nocturna de la PA es mejor predictor de riesgo cardiovascular (RCV) que las medias diurna o de 24 horas de la PA. Un aspecto común en todos los estudios, es que el valor pronóstico de la MAPA está basado en un solo registro basal en cada paciente incluido, sin valorar las posibles modificaciones en el perfil de PA con el tratamiento y su valor pronóstico. Por ello, en el presente estudio MAPEC (Monitorización Ambulatoria de la Presión arterial y Eventos Cardiovasculares), hemos comparado el valor pronóstico de las medias diurna y nocturna de PA. El estudio MAPEC ha sido diseñado para investigar si la normalización del perfil circadiano de la PA hacia un patrón más dipper mediante la temporalización del tratamiento antihipertensivo (cronoterapia) reduce el RCV.

Material y métodos. En este estudio prospectivo participan 2.848 sujetos del área sanitaria de Santiago de Compostela, 1.427 hombres y 1.421 mujeres, de $52,0 \pm 14,2$ años de edad. En el momento de su inclusión, la PA se monitorizó durante 48 horas. La actividad física se monitorizó simultáneamente cada minuto con un actígrafo de muñeca, y la información así obtenida se utiliza para calcular las medias diurna y nocturna de PA para cada paciente, en función de su horario individual de actividad y descanso. El día de comienzo de la MAPA se realizó una evaluación clínico-biológica de cada paciente, que se repite anualmente o con mayor frecuencia (cada 3 meses), si hay que modificar el tratamiento antihipertensivo. El tiempo de supervivencia sin evento cardiovascular se analizó mediante el modelo de Cox.

Resultados. La mediana del tiempo de seguimiento es de 3,9 años (rango 0,5-6,8). En función de la MAPA basal y después de ajustar el modelo de Cox en función de la edad, sexo, diabetes, tratamiento antihipertensivo y valores de PA clínica, el riesgo relativo (HR) por cada 10 mmHg de aumento en la PA sistólica fue 1,10 (0,99-1,23; $p = 0,080$) para la media de PA diurna y 1,28 (1,18-1,39; $p < 0,001$) para la media de PA nocturna. Por cada 5 mmHg de aumento en la PA diastólica, el HR fue 1,10 (1,02-1,18; $p = 0,018$) para la media de PA nocturna y no significativo para la media de PA diurna. Cuando las medias de PA diurna y nocturna se incluyeron simultáneamente en el mismo modelo de Cox, sólo la PA nocturna predijo de forma significativa la morbilidad cardiovascular. El riesgo de evento estuvo todavía más relacionado con la media nocturna de la PA sistólica cuando los datos se analizaron en función de la MAPA más próxima al evento (HR = 1,35; 1,25-1,45; $p < 0,001$).

Conclusiones. La media nocturna de la PA tiene mayor valor predictivo de riesgo cardiovascular que la media de PA diurna. Además, la media nocturna de la PA sistólica tiene mayor valor predictivo que la media de la PA diastólica. El valor pronóstico de la media de PA nocturna aumenta durante el seguimiento de los pacientes. Los resultados también demuestran que, disminuir la media de PA nocturna, reduce riesgo cardiovascular más allá de la reducción esperada por la propia disminución del nivel medio de PA.

RV-128**BENEFICIOS DE LA CRONOTERAPIA EN LA HIPERTENSIÓN RESISTENTE: ESTUDIO MAPEC****R. Hermida¹, C. Calvo², J. López², M. Rodríguez², L. Chayan², M. Romero², M. Fontao¹ y D. Ayala¹**¹Laboratorio de Cronobiología y Bioingeniería. Universidad de Vigo. Vigo, Pontevedra. ²Unidad de Hipertensión y Riesgo Vascular. Hospital Clínico Universitario. Santiago de Compostela, A Coruña.

Objetivos. Los pacientes con hipertensión resistente (HR) tienen mayor riesgo de accidente cerebrovascular, insuficiencia renal y eventos cardiovasculares que los pacientes cuya presión arterial (PA) está bien controlada. En contra de la tendencia habitual de prescribir todos los fármacos antihipertensivos en dosis solamente matutinas, hemos demostrado que la temporalización del tratamiento (cronoterapia) permite aumentar el grado de control de la PA y disminuir la prevalencia de un patrón no-dipper en los pacientes con HR [Hypertension. 2005;46:1053-9]. Hasta el momento se desconoce cuál puede ser el posible impacto de esta estrategia terapéutica sobre el riesgo cardiovascular (RCV). Por ello, hemos analizado cómo la hora de la administración de los fármacos antihipertensivos, en pacientes con HR participantes en el estudio MAPEC (Monitorización Ambulatoria de la Presión arterial y Eventos Cardiovasculares), va a influir en el pronóstico y supervivencia de los pacientes.

Material y métodos. En este estudio prospectivo participan 2.848 sujetos del área sanitaria de Santiago de Compostela. De ellos, 486 (232 hombres y 254 mujeres, de 60,6 ± 11,1 años de edad) fueron incluidos por hipertensión resistente. En el momento de su inclusión, la PA se monitorizó durante 48 horas. La actividad física se monitorizó simultáneamente cada minuto con un actígrafo de muñeca, y la información así obtenida se utiliza para calcular las medias diurna y nocturna de PA para cada paciente, en función de su horario individual de actividad y descanso. El día de comienzo de la MAPA se realizó una evaluación clínico-biológica de cada paciente, que se repite anualmente o con mayor frecuencia (cada 3 meses), si hay que modificar el tratamiento antihipertensivo. El tiempo de supervivencia sin evento cardiovascular se analizó mediante el modelo de Cox.

Resultados. La mediana del tiempo de seguimiento es de 3,9 años (rango 0,5 a 6,8). En función de la MAPA basal y después de ajustar el modelo de Cox en función de la edad, sexo, diabetes y valores de PA clínica, la probabilidad de supervivencia sin evento fue significativamente menor en los pacientes que tomaban toda su medicación al levantarse que en aquellos que tomaban al menos un fármaco al acostarse (log-rank = 5,9, p = 0,014). La morbimortalidad cardiovascular estuvo todavía mucho más relacionada con la toma de medicación en dosis solo matutinas, cuando los datos se analizaron en función de la MAPA más próxima al evento (log-rank = 15,6, p < 0,001). La hora del día de tratamiento (al menos un fármaco al acostarse frente a todos al levantarse) fue mejor predictor de supervivencia que la PA clínica (riesgo relativo 1,86; 1,27-2,73; p < 0,001).

Conclusiones. En pacientes con hipertensión resistente, el tratamiento farmacológico debería tener en cuenta el ciclo de actividad y descanso de cada paciente para temporalizar el tratamiento antihipertensivo, dando preferencia a la administración nocturna de fármacos. La Cronoterapia no sólo mejora el grado de control y disminuye la prevalencia del patrón no-dipper, sino que también reduce de forma significativa el riesgo cardiovascular de estos pacientes.

RV-129**HIPERTENSIÓN ARTERIAL RESISTENTE: VALOR PRONÓSTICO DE LA PRESIÓN ARTERIAL CLÍNICA Y AMBULATORIA EN EL ESTUDIO MAPEC****R. Hermida¹, C. Calvo², D. Ayala¹, J. López², M. Rodríguez², L. Chayan², M. Fontao¹ y M. Romero²**¹Laboratorio de Cronobiología y Bioingeniería. Universidad de Vigo. Vigo, Pontevedra. ²Unidad de Hipertensión y Riesgo Vascular. Hospital Clínico Universitario. Santiago de Compostela, A Coruña.

Objetivos. Diversos estudios prospectivos han demostrado que la correlación entre el nivel de presión arterial (PA) y el riesgo cardiovascular (RCV) es mayor para las medidas ambulatorias (MAPA) que para la PA clínica. Además, varios estudios han concluido que la

media nocturna de la PA es un mejor predictor de riesgo cardiovascular que las medias diurna o de 24 horas. Hasta el momento, sólo un pequeño estudio ha demostrado la superioridad de la MAPA frente a la PA clínica en la predicción de eventos cardiovasculares en pacientes con hipertensión resistente (HR) [Hypertension. 1998;31:712-8]. Por ello, hemos comparado el valor pronóstico de la PA clínica y PA con MAPA en pacientes con HR participantes en el estudio MAPEC (Monitorización Ambulatoria de la Presión arterial y Eventos Cardiovasculares), diseñado para investigar si la normalización del perfil circadiano de la PA hacia un patrón dipper mediante la temporalización del tratamiento antihipertensivo (cronoterapia) reduce el riesgo cardiovascular.

Material y métodos. En este estudio prospectivo participan 2.848 sujetos del área sanitaria de Santiago de Compostela. De ellos, 486 (232 hombres y 254 mujeres, de 60,6 ± 11,1 años de edad) fueron incluidos por hipertensión resistente. En el momento de su inclusión, la PA se monitorizó durante 48 horas. La actividad física se monitorizó simultáneamente cada minuto con un actígrafo de muñeca, y la información así obtenida se utiliza para calcular las medias diurna y nocturna de PA para cada paciente, en función de su horario individual de actividad y descanso. El día de comienzo de la MAPA se realizó una evaluación clínico-biológica de cada paciente, que se repite anualmente o con mayor frecuencia (cada 3 meses), si hay que modificar el tratamiento antihipertensivo. El tiempo de supervivencia sin evento cardiovascular se analizó mediante el modelo de Cox.

Resultados. La mediana del tiempo de seguimiento es de 3,9 años (rango 0,5 a 6,8). En función de la MAPA basal y después de ajustar el modelo de Cox en función de la edad, sexo, diabetes y valores de PA clínica, el riesgo relativo (HR) por cada 10 mmHg de aumento en la PA sistólica fue 1,07 (0,95-1,21; p = 0,260) para la media de PA diurna y 1,19 (1,08-1,31; p < 0,001) para la media de PA nocturna. La PA clínica y la PA diastólica ambulatoria no fueron predictores de evento. La morbi-mortalidad cardiovascular estuvo todavía más relacionada con la media nocturna de la PA sistólica cuando los datos se analizaron en función de la MAPA más próxima al evento (HR = 1,40; 1,27-1,54; p < 0,001).

Conclusiones. En pacientes con hipertensión resistente, la MAPA es superior a la medida clínica de PA en la predicción de morbilidad y mortalidad cardiovascular. Después de ajustar el modelo por diversos factores de riesgo cardiovascular relevantes, sólo la media nocturna de la PA sistólica predice significativamente el riesgo de evento cardiovascular. Además, el valor pronóstico de la media de PA nocturna aumenta significativamente durante el seguimiento de los pacientes. Los resultados también indican que, en pacientes con hipertensión resistente, disminuir la media nocturna de la PA sistólica reduce el riesgo cardiovascular más allá de la reducción esperada por la propia disminución del nivel medio de PA.

ENFERMEDAD TROMBOEMBÓLICA

T-7**CÁNCER Y ETEV: UNA ASOCIACIÓN BIDIRECCIONAL****V. Vílchez, B. Rodríguez, M. Mir y C. Suárez**

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

Objetivos. La asociación entre las enfermedades neoplásicas y la Enfermedad tromboembólica venosa (ETE) se describió ya hace mucho tiempo. Por un lado los pacientes con cáncer presentan mayor riesgo de desarrollar episodios de ETEV, y por otro, la activación de la coagulación puede influir en el crecimiento y la diseminación tumoral. El objetivo de este trabajo es describir las características basales, el tratamiento y los eventos clínicos a los 3 meses del diagnóstico de la ETEV en los pacientes con cáncer.

Material y métodos. Es un estudio observacional, descriptivo de una cohorte retrospectiva de pacientes, con antecedentes personales de neoplasia y que ingresan en el Hospital Universitario de la Princesa, con diagnóstico de ETEV, tanto trombosis venosa profunda (TVP) como tromboembolismo pulmonar (TEP), durante el periodo comprendido entre marzo del 2001 y diciembre del 2006. Como características basales de los pacientes se incluyen las siguientes variables: edad, sexo, tipo y estadio de neoplasia. Como eventos clínicos a los tres meses del episodio agudo de ETEV, se recogen: la hemorragia (grave o no grave), la recidiva y el éxito relacionado o no con la ETEV. Además se describe el tipo de tratamiento administrado en la profilaxis secundaria.

Resultados. Durante el periodo de tiempo señalado, ingresan 117 pacientes con cáncer y episodio de ETEV, de los cuales 62 (52,99%) son mujeres y 55 (47,01%) hombres. La media de edad fue de 70,84 años, la moda 74 y la mediana también 74. En cuanto a los tipos de neoplasia, 22 (18,80%) tenían cáncer de origen gastrointestinal, 16 (13,67%) de mama, 14 (11,96%) de pulmón, 11 (9,40%) hematológicos, 11 (9,40%) de próstata, 8 (6,83%) ginecológicos, 2 (1,70%) de páncreas y el resto se englobarían en otros tipos menos frecuentes de tumores. 53 (45,29%) pacientes tenían un tumor diseminado al diagnóstico de la ETEV, en 62 (52,99%) el tumor estaba localizado y en 2 (1,70%) el estadio era desconocido. De los 117 pacientes pudimos realizar el seguimiento a los tres meses de 109 pacientes. De éstos, 49 (44,95%) recibieron tratamiento con anticoagulantes orales (ACO), 58 (53,21%) con heparinas de bajo peso molecular (hbpm) y a uno (0,91%) se le colocó un filtro de cava, otro paciente no llegó a recibir profilaxis secundaria porque falleció durante el tratamiento con heparina no fraccionada. Los pacientes con estadios avanzados, recibían con una frecuencia estadísticamente significativa mayor hbpm que ACO. Respecto a los eventos clínicos, 19 (17,43%) presentaron hemorragia, 9 (8,25%) recidivaron y 30 fallecieron, 9 (8,25%) por causas relacionadas con la ETEV y 21 (19,26%) por causas no relacionadas. Tanto las hemorragias como las recidivas y los éxitos por causas relacionadas con la ETEV, fueron más frecuentes en los pacientes con neoplasias con respecto a los que tienen otros factores de riesgo, pero esta diferencia no llegaba a ser estadísticamente significativa. No hemos hallado diferencias estadísticamente significativas entre las hemorragias y las recidivas de los pacientes que reciben hbpm frente a los que reciben ACO, ni tampoco entre las hemorragias en los pacientes con neoplasias diseminadas con respecto a las localizadas.

Discusión. Diversos estudios han demostrado que los pacientes con cáncer que presentan una ETEV, tienen un mayor riesgo de recidiva y de hemorragia en comparación con los pacientes que no tienen cáncer. Sin embargo, en el presente estudio, aunque hay una incidencia superior de hemorragias y recidivas, la diferencia no alcanza la significación estadística. Los tipos de tumor que se asocian con mayor frecuencia a la ETEV si que coinciden con la mayoría de las series previas. Podemos observar también respecto al tratamiento que, a pesar de que hay evidencia para recomendar hbpm en la profilaxis secundaria, casi la mitad de nuestros pacientes recibían ACO. **Conclusiones.** Hay que tener presente que, la incidencia de ETEV es mayor en pacientes con enfermedad neoplásica. Destacar que en pacientes con cáncer y ETEV, el proceso neoplásico es más radical y empeora el pronóstico, sería equivalente a un marcador de actividad del cáncer. Insistir en la indicación de las hbpm como profilaxis secundaria en los pacientes con neoplasias.

T-8 INFLUENCIA A LARGO PLAZO DE LOS FACTORES DE RIESGO CARDIOVASCULAR EN EL DESARROLLO DE LA ENFERMEDAD TROMBOEMBÓLICA

D. Bahamonde, M. Peris y B. Roca

Servicio de Medicina Interna, Universidad de Valencia. Hospital General de Castelló. Castellón de la Plana.

Objetivos. Conocer la incidencia de enfermedad tromboembólica (ETE) en personas de mediana edad, y evaluar la influencia a largo plazo de los factores de riesgo cardiovascular en su aparición.

Material y métodos. Estudio basado en la "Cohorte Castellón", que consta de 1.114 pacientes seleccionados aleatoriamente tras la estratificación de la población total de la provincia en grupos de

Tabla 1. (T-8).

	ETE N = 31	No ETE N = 345	p
Varones (%)	7 (23)	159 (46)	0,01
Antec. diabetes (%)	3 (10)	26 (7)	0,72
Antec. dislipemia (%)	2 (6)	55 (16)	0,20
Antec. HTA (%)	43 (12)	5 (16)	0,57
Tabaquismo (%)	4 (13)	104 (30)	0,60
Edad (años)	48	47	0,48
IMC (kg/m ²)	26,1	27,0	0,36
PA sistólica (mmHg)	124	127	0,19
HbA1c (%)	5,0	5,2	0,19
Colesterol LDL (mg/dl)	124	127	0,72
Colesterol HDL (mg/dl)	66	60	0,08
Triglicéridos (mg/dl)	108	145	0,00

edad, género y tipo de localidad de residencia. La inclusión de pacientes tuvo lugar en 2001, cuando todos ellos tenían 30 a 59 años de edad. De cada paciente se dispone de la situación basal de los distintos factores de riesgo cardiovascular, obtenidos mediante anamnesis, exploración física y determinaciones analíticas de sangre. Para el presente estudio hemos seleccionado aleatoriamente una tercera parte del total de pacientes de la cohorte. Mediante llamadas telefónicas, realizadas desde enero hasta junio de 2007, hemos determinado si cada uno de los pacientes había tenido alguna de las modalidades de ETE a lo largo de los 6 años de participación en la cohorte.

Resultados. Del total de 376 pacientes estudiados, 166 (44%) son hombres y 210 (56%) son mujeres; la media y la desviación estándar de su edad al incluirse en la cohorte era de 47 ± 8 años. La incidencia global de ETE ha sido de 31 casos en 31 pacientes (8,3%); 4 (1,1%) han tenido tromboembolismo pulmonar, 12 (3,2%) trombosis venosa profunda y 15 (4,0%) trombosis venosa superficial. En la tabla se comparan los valores de distintos factores de riesgo cardiovascular en los pacientes con ETE y sin ETE.

Discusión. Es bien conocido que las enfermedades cardiovasculares, como otras enfermedades, influyen decisivamente en la patogenia de la ETE. Sin embargo existen menos datos sobre la influencia de los factores de riesgo cardiovascular en dicha patología.

Conclusiones. La ETE es frecuente en la población general, incluso de mediana edad. Los factores de riesgo cardiovascular parecen influir de un modo muy limitado en la patogenia de la ETE.

T-14

PREVENCIÓN SECUNDARIA DE LA ENFERMEDAD TROMBOEMBÓLICA VENOSA (ETV) EN PACIENTES CON INSUFICIENCIA RENAL (IR): OBSERVACIONES DEL REGISTRO RIETE

C. Falgà Tiradó¹, M. Monreal Bosch², J. Capdevila Morell¹, S. Soler³, R. Rabuñal⁴, J. Sánchez Muñoz-Torrero⁵, P. Gallego⁶ y el Grupo RIETE

¹Servicio de Medicina Interna. Hospital de Mataró. Mataró,

Barcelona. ²Servicio de Medicina Interna. H. Universitari

Germans Trias i Pujol. Badalona, Barcelona. ³Servicio de

Medicina Interna. Hospital de Sant Jaume. Olot, Girona.

⁴Servicio de Medicina Interna. Complejo Hospitalario Xeral-

Calde. Lugo. ⁵Servicio de Medicina Interna. Hospital San Pedro

de Alcantara, Cáceres. ⁶Servicio de Medicina Interna.

Hospital del S. A. S. la Línea de la Concepción. La Línea

de la Concepción, Cádiz.

Objetivos. 1) Conocer las características clínicas y complicaciones de los pacientes con ETV que presentan IR grave (Cl Cr < 30 ml/min). 2) Conocer estas complicaciones en prevención secundaria (16-90 días) 3) Conocer la mortalidad por embolia pulmonar (EP) y por hemorragia y las recidivas.

Material y métodos. Se compararon las características clínicas y resultados del día 16-90 de tratamiento en pacientes con ETV incluidos en el Registro Informatizado de Enfermedad Tromboembólica (RIETE) con IR grave. Se clasificaron en 2 grupos según la función renal calculada a partir del aclaramiento de creatinina (Cl Cr): Cl Cr < 30 ml/min y > 30 ml/min.

Resultados. De 15,519 pacientes diagnosticados de ETV de marzo 2001-2006 se excluyeron 518 que fallecieron en los primeros 15 d de tratamiento. De 15,001 el 5% presentaban CI Cr < 30 ml. Los pacientes con IR grave eran con más frecuencia: mujeres, edad avanzada, bajo peso, ICC, inmovilización y con EP sintomática. La mayoría de los pacientes de ambos grupos fueron tratados en fase aguda con HBPM. La mayor parte de ellos fueron tratados a largo plazo con AVK aunque con menor frecuencia en el grupo con IR grave (61% vs 73%). Complicaciones: Los pacientes con IR grave en relación al grupo con CI Cr > 30 ml/min tuvieron una incidencia superior de hemorragia grave (2,7% vs 0,9% OR: 3; 95%IC 1,9-4,9) y de hemorragia mortal (1,2% vs 0,2% OR: 5,2; 95%IC 2,5-11). La incidencia de EP mortal y recidivas fue similar en ambos grupos (0,4% vs 0,3%) (1,8% vs 0,9%) respectivamente. La hemorragia grave fue 5 veces superior a la recidiva y la incidencia de hemorragia mortal 3 veces mayor a la EP mortal. En el análisis multivariado los factores asociados a hemorragia grave en los pacientes con IR grave fueron el sexo masculino y el grado de IR ($p < 0,05$).

Discusión. En prevención secundaria los pacientes con ETV y IR grave tienen como principal complicación la hemorragia a diferencia de un estudio previo publicado en el que el principal problema en fase aguda era la mortalidad por EP. Según estos resultados podríamos ser más agresivos en el tratamiento en fase aguda y tener más precauciones en el momento de tratar a este grupo de pacientes a largo plazo. Las complicaciones hemorrágicas de estos pacientes se han asociado a factores como edad avanzada, co-morbilidades (ICC, cáncer), polifarmacia. En nuestro estudio solo fueron factores independientes asociados a hemorragia grave el sexo masculino y el grado de IR.

Conclusiones. 1) En prevención secundaria de la ETV e IR grave la principal complicación es la hemorragia. 2) La incidencia de hemorragia grave fue mayor que las recidivas (2,7% vs 0,5%) y la incidencia de hemorragia mortal mayor que la EP mortal (1,2% vs 0,4%). 3) Son factores de riesgo independientes de hemorragia grave el sexo masculino y el grado de IR. 4) Según los resultados se recomienda precaución al tratar este grupo de pacientes.

T-24

ANTICUERPOS ANTICARDIOLIPINA INTERMITENTEMENTE POSITIVOS Y RIESGO DE TROMBOSIS EN PACIENTES CON LUPUS ERITEMATOSO SISTÉMICO

A. Martínez Berriotxo, G. Ruiz Irastorza, M. Garmendia Zallo, I. Villar Gómez, M. Egurbide Arberas y C. Aguirre Errasti

Servicio de Medicina Interna. Hospital de Cruces. Barakaldo, Vizcaya.

Objetivos. Investigar la asociación entre trombosis y la presencia de anticuerpos anticardiolipina (aCL) persistente/intermitentemente positivos en pacientes con Lupus Eritematoso Sistémico (LES).

Material y métodos. Cohorte prospectiva de 237 pacientes con LES (4 ó más criterios ACR). La positividad de aCL se definió siguiendo los criterios de Sapporo. La presencia de aCL fue definida como persistentemente positiva si más de dos tercios de las determinaciones realizadas durante el seguimiento fueron positivas (en todos los pacientes se realizaron al menos cuatro determinaciones de aCL durante el seguimiento). Los pacientes fueron clasificados en cuatro grupos: A) Anticoagulante lúpico (AL) positivo; B) AL negativo y aCL persistentemente positivos; C) AL negativo y aCL intermitentemente positivos; D) AL y aCL negativos. Se elaboraron modelos de regresión logística con el programa estadístico SPSS 10.0.

Resultados. 211 pacientes eran mujeres (89.0%) y 26 hombres (11.0%). 235 pacientes (99.2%) eran de raza blanca. La mediana de edad al diagnóstico fue de 32 (2-78) años, y la mediana de duración del seguimiento desde el diagnóstico de LES fue de 10 (1-31) años. 30 pacientes (12.6%) presentaron trombosis arteriales durante el seguimiento, con 34 eventos en total (25 ictus y AIT, 7 trombosis arteriales periféricas, 2 IAM), y 23 pacientes (9.7%) sufrieron tromboembolismo venoso. 33 (13.9%), 23 (9.7%), 42 (17.7%) y 139 (58.6%) fueron clasificados en los grupos A, B, C y D, respectivamente. El riesgo ajustado de trombosis estaba aumentado en el grupo A (OR 9.88, 95% CI 3.76-25.90, $p < 0.001$) y en el grupo B (OR 3.25, 95% CI 1.04-10.12, $p = 0.041$), pero no el grupo C (OR 0.81, 95% CI 0.27-2.78, $p = 0.81$) cuando se compararon con

el grupo D. Se encontró una asociación inversa e independiente entre el tratamiento con antipalúdicos y el riesgo de trombosis (OR 0.41, 95% CI 0.19-0.90, $p = 0,026$). El riesgo ajustado de trombosis arterial estaba también incrementado en el grupo A (OR 15.69, 95% CI 4.79-51.42, $p < 0,001$) y en el grupo B (OR 7.63, 95% CI 2.00-29.08, $p = 0,003$), pero no en el grupo C (OR 1.08, 95% CI 0.22-5.26, $p = 0,92$) cuando se compararon con el grupo D. La diabetes mellitus se asoció independientemente con el riesgo de trombosis arterial (OR 12,03, 95% CI 1.88-76,87, $p = 0,009$). El riesgo de tromboembolismo venoso estaba incrementado en el grupo A (OR 4.24, 95% CI 1.36-13.20, $p = 0,013$), pero no en el grupo B (OR 1,12, 95% CI 0,21-5,83, $p = 0,88$) ni en el grupo C (OR 0,97, 95% CI 0,24-3,91, $p = 0,97$) comparados con el grupo D. No se identificó ningún otro predictor de tromboembolismo venoso.

Discusión. La existencia de fluctuaciones de los títulos de aCL en pacientes con LES es conocida, aunque su significado clínico y relación con eventos trombóticos han sido poco estudiadas. Nuestro estudio sugiere que, entre los pacientes con LES, el riesgo de trombosis podría no estar elevado en los pacientes con AL negativo y aCL intermitentemente positivo, incluso si cumplen los criterios de laboratorio de Sapporo. Algunos pacientes con LES actualmente diagnosticados como síndrome antifosfolípido secundario podrían no encontrarse en una situación de incremento de riesgo de trombosis en comparación con los pacientes con LES y AL y aCL negativos.

Conclusiones. 1) La presencia de AL es el predictor más potente de riesgo de trombosis, tanto arterial como venosa, en pacientes con LES. 2) La presencia de aCL persistentemente positivos, en ausencia de AL positivo, se asocia con un incremento del riesgo de trombosis arteriales. 3) El riesgo de trombosis no está elevado en aquellos pacientes con LES que presentan AL negativo y aCL intermitentemente positivo, incluso si cumplen los criterios de laboratorio de Sapporo, en comparación con los pacientes con LES y AL y aCL negativos.

VARIOS

V-55

ANÁLISIS DE LAS SEDACIONES TERMINALES RECOGIDAS POR UNA UNIDAD DE HOSPITALIZACIÓN DOMICILIARIA Y CUIDADOS PALIATIVOS

J. Pérez de León Serrano¹, L. Fernández Rendón¹, S. Alegre Herrera¹, A. Millán Rodríguez², E. Barranco Moreno¹, J. Boceta Osuna¹, J. Royo Aguado¹ y M. Aguayo Canela²

¹Unidad de Hospitalización Domiciliaria y Cuidados Paliativos,

²Servicio Medicina Interna "A". U. Gestión Clínica "ATICA".

Complejo Hospitalario Virgen Macarena. Sevilla.

Objetivos. Describir diferentes aspectos técnicos y éticos de las sedaciones llevadas a cabo en pacientes en situación terminal por una unidad de soporte domiciliario en cuidados paliativos, tanto en el ámbito hospitalario como en el domicilio del paciente.

Material y métodos. Nuestra Unidad de Hospitalización Domiciliaria y Cuidados Paliativos (UHDCP) desarrolla su labor en un doble ámbito como unidad de soporte en domicilio y como interconsultora en el área hospitalaria Virgen Macarena para pacientes oncológicos y no oncológicos en fase terminal, a través de cuatro equipos (médico y enfermera) con alta cualificación en cuidados paliativos. Toda su actividad asistencial queda registrada en una base de datos y el seguimiento de los pacientes se lleva a cabo mediante visitas domiciliarias, atención en consultas externas o en hospital de día, llamadas telefónicas o seguimiento compartido con otros especialistas en los casos de ingreso hospitalario. También las sedaciones (esto es, la administración de fármacos para disminuir o anular la percepción de síntomas refractarios a los tratamientos habitualmente empleados, con intención de evitar un sufrimiento innecesario a pacientes en situa-

ción terminal) quedan recogidas en un protocolo diseñado al efecto, siguiendo las pautas recomendadas en el documento "Sedación Paliativa y Sedación Terminal: Orientaciones para la Toma de Decisiones en la Práctica Clínica" editado por la Consejería de Salud de la Junta de Andalucía (2005). Se analizan de forma descriptiva distintas variables de los procedimientos de sedación realizados por la UHDCP a lo largo de los últimos 18 meses.

Resultados. Se evalúan 90 sedaciones primarias, la mayoría a pacientes oncológicos (86), realizadas en domicilio (59) o en el hospital (31). Tipo de sedación: paliativa 53 (59%), en la agonía 37 (41%); continua 86 (95%), intermitente 4 (5%); superficial 59 (66%), profunda (34%). Síntomas refractarios que justificaron la sedación (un paciente podía tener más de uno): disnea 50 (56%), ansiedad 36 (40%), delirium 25 (28%), dolor somático 13 (14%), dolor incidental 11 (12%), dolor visceral 9 (10%), náuseas y vómitos por obstrucción intestinal 9 (10%), disfagia 4, debilidad 4, hemorragia digestiva 1. El promedio de tiempo en horas que se mantuvo la sedación (hasta el fallecimiento) fue de 63,58 (rango 8 a 336) para las llevadas a cabo en domicilio y de 64,07 (rango 4 a 484) para las realizadas en el hospital. En cuanto al consentimiento informado fue obtenido de forma verbal en todos los casos, no habiendo ningún paciente que hubiese realizado testamento vital. En 58 casos (64%) fue el paciente quien dio su consentimiento, en la mayoría de ellos en presencia de familiares (46) y/o habiéndolo manifestado con anterioridad de forma clara (36). En 32 casos (36%) el consentimiento se obtuvo por representación, por la presencia de dificultades orgánicas (en 20) y/o psíquicas (en 17), aunque en 8 de estos pacientes se había expresado anteriormente su delegación.

Discusión. Nuestros datos tienen la limitación de corresponder a una serie local, estando el procedimiento de sedación muy protocolizado en la unidad, por lo que quizás no puedan extrapolarse a otros equipos y circunstancias.

Conclusiones. La atención continuada y especializada por una unidad de cuidados paliativos a pacientes en fase terminal permite realizar sedaciones (paliativas o en la agonía) altamente eficaces y seguras, tanto desde el punto de vista técnico como ético.

V-58

¿QUÉ SABEN NUESTROS ENFERMOS TERMINALES SOBRE SU ENFERMEDAD? ANÁLISIS DE UNA SERIE DE PACIENTES REMITIDOS A UNA UNIDAD DE HOSPITALIZACIÓN DOMICILIARIA Y CUIDADOS PALIATIVOS (UHDCP)

S. Alegre Herrera¹, L. Fernández Rendón¹, J. Pérez de León Serrano¹, M. Soriano Pérez², A. Valiente Méndez², C. Peñas Espinar², J. Royo Aguado¹ y M. Aguayo Canela²

¹Unidad de Hospitalización Domiciliaria y Cuidados Paliativos, ²Servicio de Medicina Interna "A". U. Gestión Clínica "ATICA". Complejo Hospitalario Virgen Macarena. Sevilla.

Objetivos. Conocer el grado de información sobre su proceso que tienen los pacientes con una enfermedad oncológica en fase terminal atendidos por un equipo de soporte en cuidados paliativos.

Material y métodos. La UHDCP del área hospitalaria Virgen Macarena atiende a una población de referencia de algo más de medio millón de habitantes, y recibe pacientes con procesos oncológicos en fase terminal desde diferentes servicios hospitalarios. Se analizan en el período 2004-2006 los registros e historias de estos pacientes remitidos por los servicios de medicina interna y de oncología médica, evaluando el grado de información que tienen los enfermos sobre su padecimiento a través de varias entrevistas semiestructuradas llevadas a cabo en el propio domicilio del paciente, donde un equipo de la UHDCP (médico y enfermera) presta una atención integral al enfermo terminal y a su familia. Se clasificó el grado de información en cinco categorías excluyentes: "No sabe de la enfermedad", "Baja sospecha", "Sospecha sin querer saber", "Alta sospecha" y "Total información". Se compararon los datos obtenidos según el servicio de procedencia y el año de inclusión, para comprobar si había diferencias (test Chi cuadrado).

Resultados. Sobre un total de 1.245 pacientes atendidos por la UHDCP en el período de análisis y que cumplían criterios de enfermedad oncológica terminal, se analizaron datos de 838 (el 67,3%), ya que el resto no tenían datos en el grado de información sobre su enfermedad o éstos eran incompletos. Los resultados se muestran en

Tabla 1. Grado de información según el servicio médico de procedencia del paciente (V-58).

Grado de información/ Serv. procedencia	Medicina Interna	Oncología Médica
No sabe de la enfermedad	64 (25%)	118 (20%)
Baja sospecha	15 (5%)	28 (4%)
Sospecha sin querer saber	23 (9%)	57 (9%)
Alta sospecha	79 (31%)	204 (34%)
Total información	73 (28%)	177 (30%)

la tabla adjunta. Se encontraron diferencias entre los años evaluados (mayor proporción de "informados" en el 2005-6) pero no según el servicio de procedencia del paciente (p = 0,07).

Discusión. En nuestra sociedad aún existe, especialmente en algunos sectores, un rechazo a la información clara y precisa en pacientes con cáncer, y los profesionales se encuentran a veces en un conflicto de intereses entre los deseos de la familia y cuidadores y el deber de informar al paciente, en lo que ha dado en llamarse "conspiración de silencio". Otras veces somos los propios profesionales sanitarios los que excusamos nuestro deber de informar y modificamos el nivel de información por la "verdad soportable" para el paciente. A pesar de que se ha mejorado a lo largo de estos años, sigue habiendo un porcentaje elevado de nuestros pacientes (22%) que en fase terminal de su enfermedad tienen escasa o nula información sobre su proceso, a pesar de que el derecho a la información está explícitamente reconocido en nuestra legislación.

Conclusiones. Hay una tendencia temporal a que los pacientes oncológicos en fase terminal estén más informados sobre su enfermedad, lo que puede traducir un esfuerzo de los profesionales que le atienden por mejorar la comunicación y dar cumplimiento al deber legal de informar. Sin embargo este es un área de mejora y debemos continuar con la formación en habilidades de comunicación y otras estrategias.

V-77

CALIDAD DEL PROCESO DE MORIR DE LOS PACIENTES INGRESADOS EN SERVICIOS DE MEDICINA INTERNA

C. Sanclemente¹, T. Muñoz², J. De Dios³, J. Vilaró¹, E. Rodríguez⁴, J. Altès⁵, M. Admetlla⁶ y J. Blanch⁷

¹Servicio de Medicina Interna. Hospital General de Vic, Barcelona. ²Servicio de Medicina Interna. Hospital de Terrassa. Terrassa, Barcelona. ³Servicio de Medicina Interna. Fundació Sant Hospital. Seu d'Urgell (La), Lleida. ⁴Servicio de Medicina Interna. Hospital de l'Esperit Sant. Santa Coloma de Gramenet, Barcelona. ⁵Servicio de Medicina Interna. Hospital Comarcal de l'Alt Penedès. Vilafranca del Penedès, Barcelona. ⁶Servicio de Medicina Interna. Hospital de Viladecans, Barcelona. ⁷Servicio de Medicina Interna. Hospital Residència Sant Camil. Sant Pere de Ribes, Barcelona.

Objetivos. Analizar como transcurre el proceso de morir en los pacientes ingresados en servicios de Medicina Interna. para detectar deficiencias y mejorar la calidad asistencial de los pacientes.

Material y métodos. Estudio descriptivo de la mortalidad en los servicios de Medicina Interna de 9 hospitales de Cataluña, de todos los pacientes fallecidos durante su hospitalización entre enero y diciembre de 2005. Se utilizó un protocolo de estudio adaptado de la comisión de mortalidad del Hospital General de Vic. Se registran diferentes variables de calidad de muerte como: terminal/agónico al ingresar, mención de muerte previsible, exceso de medidas, tratamiento paliativo y su eficacia, información del proceso al paciente y familiares, existencia documentada o no de reanimación cardiopulmonar en la historia clínica, muerte en habitación individual y acompañado, entre otras.

Resultados. N = 881 éxitos de 13.938 altas. El 46% de los pacientes ingresaron en estado agónico/terminal, de éstos el 48% recibieron exceso de medidas terapéuticas en forma de fármacos 81.1%, instrumentación de enfermería 11.5%, pruebas complementarias 7.4% o procedimientos quirúrgicos, el exceso de medidas se reparte

de forma equivalente en los pacientes que no eran agónico/terminales. De 176 pacientes que mueren en las primeras 48 h del ingreso es decir un 20%, el 69% son agónico/terminales. El 64.1% del total de pacientes recibió tratamiento paliativo siendo eficaz controlando los síntomas en el 92,6%, en 42 pacientes no tenemos información de la eficacia del tratamiento, en 38 pacientes el tratamiento paliativo no fue eficaz. En un 3,4% se informó al paciente del proceso de morir y en un 80% de casos a la familia. Respecto a la aspectos de documentación: En un 76,3% del total de éxitos constaba en la historia clínica mención de muerte previsible. Un 35,4% no tenían documentada la indicación de no reanimación cardiopulmonar (RCP), de éstos el 50% eran agónico/terminales, existía nota de éxitos médica en el 90% de los pacientes, de enfermería un 85,6% y epicrisis en el 85,3%. Un 53% de los pacientes mueren en habitación individual, 32% en habitación doble, otros: 6% y no hay información en un 8% de los casos. Un 69,5% mueren acompañados con la familia, 8% mueren solos, 6,5% con personal sanitario y no hay información en un 16%.

Conclusiones. Mayoritariamente los pacientes mueren en habitación individual y acompañados por la familia. Mínima información al paciente sobre el proceso de morir (3,4%). Existen deficiencias en la documentación de las historias clínicas; el 50% de los pacientes sin orden de no RCP habían estado considerados agónico/terminales al ingreso. El tratamiento paliativo es eficaz todo y que en el 50% de los pacientes que no reciben eran agónico/terminales. El exceso de medidas terapéuticas es homogéneo (14%) en cualquier tipo de paciente sea considerado agónico/terminal o no. Quedan muchos aspectos a mejorar en el proceso de morir en nuestra práctica clínica habitual.

**V-80
PREVALENCIA DEL PACIENTE DIABÉTICO CON EL PER-
FIL CARDS (COLLABORATIVE ATORVASTATIN DIABE-
TES STUDY) EN UNA POBLACIÓN DE 57.026 SUJETOS
ATENDIDOS EN SIETE CENTROS DE ATENCIÓN PRIMA-
RIA EN ESPAÑA**

**J. Fernández de Bobadilla¹, A. Sicras Mainar²,
R. Navarro², X. Frias Garrido² y C. Sánchez Maestre³**

¹Unidad Médica. Pfizer. Madrid. ²Badalona Servicios Asistenciales. Badalona, Barcelona. ³Investigación de resultados en Salud y Farmacoeconomía. Instituto Euroclin. Madrid.

Objetivos. En el estudio CARDS se incluyeron 2838 pacientes diabéticos sin enfermedad coronaria ni ictus previo, con colesterol-LDL < 160 mg/dL y con uno de los siguientes: hipertensión, tabaquismo, retinopatía o microalbuminuria. El tratamiento con atorvastatina 10 mg/día vs placebo se asoció a una reducción significativa (p = 0,001) del 37% en el objetivo primario (síndrome coronario agudo, revascularización coronaria o ictus). El objetivo de nuestro estudio fue determinar la prevalencia de pacientes tipo CARDS en una población atendida en atención primaria en España, ya que no existen datos en nuestro país.

Material y métodos. Se incluyeron retrospectivamente todos los sujetos > 30 años atendidos en siete centros de atención primaria en Cataluña. Se evaluaron las siguientes variables: diabetes, colesterol LDL, infarto agudo de miocardio o angina de pecho previa, hipertensión, tabaquismo, retinopatía y albuminuria (no se disponía de microal-

buminuria). Se calculó la prevalencia de diabetes respecto a la población total y de sujetos tipo CARDS respecto a la población diabética.

Resultados. De los 57.026 pacientes incluidos: 55% eran mujeres; edad 54,3 años. Había 6.326 (11%) con diabetes mellitus., de ellos 3.945 (62,4%) eran tipo CARDS. El número de diabéticos, excluidos los que tenían enfermedad coronaria previa fue 4.852. El porcentaje de sujetos con perfil tipo CARDS en relación con los diabéticos sin enfermedad coronaria previa fue 81,3%.

Conclusiones. La prevalencia de diabetes en > 30 años (11%) en población atendida en prevención primaria en nuestro país, es consistente con los datos epidemiológicos de base poblacional ya publicados. La prevalencia diabéticos tipo CARDS respecto al total de diabéticos fue > 60%. Excluidos los pacientes con enfermedad coronaria previa la prevalencia fue > 80%.

**V-81
LA INCIDENCIA DE EVENTOS CARDIOVASCULARES EN
EL FUMADOR PROMEDIO ES SIMILAR A LA DE UN NO
FUMADOR OCHO AÑOS MAYOR: ANÁLISIS DE UNA PO-
BLACIÓN DE 57.026 SUJETOS ATENDIDA EN ATENCIÓN
PRIMARIA**

**A. Sicras Mainar¹, J. Fernández de Bobadilla², X. Frias
Garrido¹, R. Navarro¹ y C. Sánchez Maestre³**

¹Badalona Servicios Asistenciales. Badalona, Barcelona. ²Unidad Médica. Pfizer. Madrid. ³Investigación de Resultados en Salud. Instituto Euroclin. Madrid.

Objetivos. Es bien conocido que el tabaco acelera la enfermedad cardiovascular. El objetivo de este análisis retrospectivo fue comparar la incidencia de eventos cardiovasculares entre fumadores no fumadores y describir el perfil de morbilidad de los pacientes fumadores respecto a los no fumadores en una población atendida en atención primaria (AP) en España.

Material y métodos. Se incluyeron retrospectivamente todos los sujetos > 30 años atendidos en 7 centros de AP en Cataluña. Variables evaluadas: edad, sexo, índice de comorbilidad, diabetes, hipertensión, dislipidemia, obesidad, consumo de alcohol, antecedentes de angina, infarto agudo de miocardio, ictus, arteriopatía periférica, asma, EPOC, incidencia anual de eventos cardiovasculares (infarto agudo de miocardio, angina inestable e ictus). Se compararon las variables entre fumadores y no fumadores mediante un análisis univariante.

Resultados. La media de edad de los fumadores fue de 48 años, 8 años menos que la de los no fumadores. La prevalencia de EPOC fue significativamente mayor en los fumadores (5,3% vs 3,1% p < 0,0001). La prevalencia de factores de riesgo cardiovascular, tal como se muestra en la tabla, fue significativamente menor en los fumadores. A pesar de esto, la carga de comorbilidad, medida mediante la banda de utilización de recursos, fue ligera pero significativamente mayor para los fumadores: 2,6 vs 2,55 respectivamente; (p < 0,001) y la incidencia anual de eventos cardiovasculares fue similar para los fumadores 1,36% que para los no fumadores 1,25%; (p = NS).

Conclusiones. Los pacientes fumadores, a pesar de ser en promedio 8 años más jóvenes que los no fumadores, muestran una incidencia de eventos cardiovasculares y una carga de morbilidad similar a la de los no fumadores. La incidencia de eventos cardiovasculares en el fumador promedio es similar a la de un no fumador ocho años mayor.

Tabla 1. Prevalencia de factores de riesgo cardiovascular en fumadores y no fumadores (V-81).

Población asistida n = 57.026	Fumadores (n = 11.963; 21%)	No fumadores (n = 45.063; 79%)	Significación estadística
Edad	48	56	p < 0,0001
Comorbilidad (índice)	2,6	2,55	p < 0,01
Diabetes	9,6	11,5	p < 0,0001
Hipertensión	18,8	28,6	p < 0,0001
Dislipemia	28,7	27,3	p < 0,0001
Obesidad	10,8	11,5	p = 0,02
Alcohol	6,4%	1%	p < 0,0001
Asma	3,4%	4,25%	p < 0,0001
EPOC	5,3%	3,1%	p < 0,0001
Incidencia anual de eventos cardiovasculares	1,36%	1,25%	p = 0,33 NS

Tabla 1. Adherencia a guías en el uso de fármacos en prevención secundaria en pacientes diabéticos (V-83).

	Antiagregante-anticoagulante	Estatinas	Betabloqueantes	IECAs-ARA II
Diabetes	99,5%	92,5%	82%	84,3%
No diabetes	99,7%	92,4%	87%	71,9%
Significación	NS	NS	p = 0,02	p < 0,01

V-83**CARACTERÍSTICAS DIFERENCIALES EN LA PREVENCIÓN SECUNDARIA TRAS UN INFARTO AGUDO DE MIOCARDIO CON ELEVACIÓN DEL SEGMENTO ST EN PACIENTES DIABÉTICOS**

R. De Castro¹, A. Bardají¹, E. Sanz¹, J. Mercé¹, M. Camprubí¹, R. Franca², J. Galera² y Grupo INDICAR

¹Servicio de Cardiología. Hospital Universitari de Tarragona Joan XXIII. Tarragona. ²Departamento Médico. NOVARTIS Farmacéutica.

Objetivos. Conocer las diferencias en el manejo en base a guías de las medidas específicas de prevención secundaria en pacientes diabéticos con antecedentes de infarto agudo de miocardio (IAM) con elevación del segmento ST.

Material y métodos. Estudio transversal y multicéntrico, realizado en consultas externas de cardiología de todo el territorio español. Se incluyeron consecutivamente 1.439 pacientes de edad igual o superiores a 18 años con antecedentes de IAM con elevación del segmento ST, ocurrido en los 2 años previos. Las guías de referencia utilizadas fueron las de las sociedades de cardiología americana (ACC/AHA 2004) y europea (ESC 2003). Se realizó estadística descriptiva y comparación de medias ("t" de Student y U de Mann-Whitney) y proporciones (Chi-cuadrado) con el paquete SPSS versión 12.

Resultados. Un total de 403 pacientes (28,5%) tenían el diagnóstico de diabetes. Entre los pacientes diabéticos había más frecuentemente mujeres (26,8% vs 17%, p < 0,01) y la prevalencia de hipertensión (71,4% vs 46%, p < 0,01), de infarto anterior (55,3% vs 45,4%, p = 0,002), de fracción de eyección inferior al 40% (32,2% vs 20,3%, p < 0,01) y de Clase Killip igual o superior a 2 (43,4% vs 32%, p < 0,01) fue mayor. La proporción de fármacos indicados en prevención secundaria en pacientes diabéticos y no diabéticos se expresa en la tabla.

Discusión. La adherencia a guías en el uso de fármacos en este tipo de pacientes es aceptable, con valores superiores al 80% en los pacientes diabéticos, y con valores cercanos al 100% de adherencia para los anticoagulantes-antiagregantes.

Conclusiones. El mayor uso de IECAs-ARA II en pacientes diabéticos probablemente depende de su perfil de mayor riesgo cardiovascular. Sin embargo, en pacientes diabéticos parece existir una infratilización de betabloqueantes por causas poco claras.

V-101**CALIDAD DE VIDA Y ESTADO NUTRICIONAL EN PACIENTES PLURIPATOLÓGICOS HOSPITALIZADOS EN ÁREAS MÉDICAS**

L. Moreno Gaviño¹, M. Cassani Garza¹, F. Toscano Murillo², M. Bernabeu Wittel¹, C. Hernández Quiles¹, N. Ramírez Duque¹, M. Ollero Baturone¹ y M. Rincón Gómez¹

¹Servicio de Medicina Interna, ²Servicio de Oncología Médica. Hospital Virgen del Rocío. Sevilla.

Objetivos. Evaluar, mediante encuestas previamente validadas, el estado nutricional y la calidad de vida relacionada con la salud (CVRS) así como sus factores predictores, en una población de pacientes pluripatológicos (PP) ingresados en áreas médicas.

Material y métodos. Se seleccionó la población de estudio entre aquellos pacientes ingresados en áreas médicas que cumplían criterios de pluripatología según la definición del Proceso de Atención al Paciente pluripatológico edición 2007 de la Consejería de Salud de la Junta de Andalucía. Para ello se hicieron cinco cortes de prevalencia seriados durante los meses de invierno en los Servicios de Digestivo, Neumología, Enfermedades Infecciosas, Cardiología y Me-

dicina Interna. Se valoró el estado nutricional mediante el test *Mini Nutritional Assessment* (MNA), y se aplicó el cuestionario de salud SF-12 (versión 2) para determinar la CVRS. Se excluyeron del estudio a los pacientes inhábiles para la entrevista bien por deterioro cognitivo severo o delirium. Se analizaron diferentes variables clínicas y asistenciales. Se realizó un análisis inferencial bivariado de los posibles factores predisponentes tanto del estado nutricional como de la calidad de vida percibida utilizando los test de la Chi Cuadrado, T de Student, ANOVA, U de Mann-Whitney, Kruskal-Wallis, Rho de Spearman y correlación de Pearson. El dintel de significación se estableció para una p < 0,05.

Resultados. Se incluyeron un total de 812 pacientes, identificándose 196 PP (24,1%). Finalmente se entrevistaron a 143 PP (73% de la población de PP). La puntuación media del MNA fue de 21,8 (EE 0,4) El 10,6% presentaban un mal estado nutricional, el 52,2% riesgo de malnutrición y el 37,2% tenían un estado nutricional satisfactorio, mientras que el índice de masa corporal fue de 27 (EE 0,58) El 7,2% presentaba bajo peso, el 31,9% peso normal, el 31,2% sobrepeso y el 29,7% presentaba obesidad. Se encontró correlación entre el MNA y el número de ingresos hospitalarios previos (R = -0,2, p = 0,041) y con la categoría G de la definición de pluripatología (neoplasias y hemopatías) (R = -0,12, p = 0,037) En el cuestionario sobre calidad de vida la media sumario de salud física y salud mental fue de 33,9 ± 10 y 42 ± 13 [0-100], y la de las 8 dimensiones evaluadas las medias fueron: Función Física 32,4 ± 11,7; Función Social 36,6 ± 13; Rol físico 33,2 ± 11; Rol emocional 36,9 ± 15; Salud Mental 41,9 ± 13; Vitalidad 43,9 ± 13; Dolor Corporal 41,4 ± 13; y Salud General 32,9 ± 12. Se encontró asociación entre la Salud física y mental y el estado nutricional medido mediante el MNA (R = .21 p = .034; y R = .4 p < .0001, respectivamente).

Discusión. El ingreso hospitalario supone para el paciente una merma del estado nutricional y de la calidad de vida percibida, sin embargo hasta ahora no se habían evaluado estos parámetros mediante cuestionarios validados en la población de pacientes pluripatológicos. El presente estudio muestra que explorar el estado nutricional es especialmente útil en estos pacientes ya que complementa los datos obtenidos por parámetros antropométricos e identifica con mayor precisión a un subgrupo de pacientes en riesgo de desnutrición. El estado nutricional además se relaciona con la CVRS, de forma que intervenciones de soporte nutricional en este grupo de pacientes podrían repercutir directamente en la calidad de vida de los PP.

Conclusiones. Cerca de dos tercios de los PP ingresados en áreas médicas presentan riesgo de desnutrición, a pesar de que por IMC el 60% presentan sobrepeso u obesidad; el riesgo de desnutrición se relacionó directamente con el número de ingresos previos y con la categoría definitoria G. La CVRS física y mental se sitúa en niveles significativamente inferiores a los de la población de referencia, y se asoció fundamentalmente con el estado nutricional.

V-114**EL PACIENTE GERIÁTRICO EN UNA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS GENERALES**

M. Soriano Pérez, J. Serrano Carrillo de Albornoz, I. Marín Montín, A. Prados Gallardo, A. Montilla Burgos, B. Gutiérrez Gutiérrez, M. Rico Lucena y M. Aguayo Canela

Servicio de Medicina Interna "A". Hospital Virgen Macarena. Sevilla.

Objetivos. La edad avanzada puede no ser ya un criterio de exclusión para recibir cuidados críticos. Para reafirmar esta hipótesis describimos las características demográficas y clínicas de una muestra de pacientes con 65 años o más, ingresados en una Unidad de Cuidados Intensivos Generales de un hospital general de tercer nivel.

Material y métodos. Sobre la totalidad de los ingresos de la Unidad de Cuidados Intensivos Generales (UCIG) del hospital Virgen Macarena a lo largo de un período de un año (2005), se han evaluado las altas de los pacientes con 65 años o más años, registrándose múltiples variables demográficas y clínicas. Los datos se han analizado con los programas SPSS para Windows 13.0 y EPI-INFO 6.0 (cálculo de las OR). **Resultados.** Sobre 1.436 ingresos totales en la UCIG en el período analizado, la proporción de pacientes mayores de 65 años fue del 43,94% (n = 631), generando el 42,2% de las estancias totales (n = 3736). En este grupo, la estancia media fue de 5,92 días (rango entre 1 y 82; sd: 7,40. Estancia media global 6,19 días), había predominio de hombres (60,5%), y la edad media fue de 72,97 años (rango entre 65 y 92; sd: 5,42). La patología que motiva el ingreso es la siguiente: Post-cirugía 346 (54,8%), Respiratorio 96 (15,2%), Cardiológico 96 (15,2%), Neurológico 35 (5,5%), Digestivo 21 (3,3%), Otros 37 (5,9%). La mortalidad intra-UCI fue del 17,4% (n = 110), representando el 44,7% del total de éxitus letalis habidos en la UCIG (n = 246. Mortalidad global 17,13%) sin que existan diferencias relación a los cuatro intervalos de edad establecidos aunque sí existen diferencias entre patología médica y quirúrgica con una OR de 2,49 para los primeros. En cuanto a las medidas de soporte y complicaciones intra-uci, su distribución en los grupos de edad y su relación con la mortalidad, son las siguientes: 1) Ventilac. mecánica: 72,9%; OR 4,47; Predominio grupos mayor edad 2) Aminas: 32,2%; OR 8,15; Homogénea. 3) Diálisis: 3,3%; OR 17,56; Predominio grupos menos edad. 3) Infec. catéter: 1,1%; NS; Homogénea. 4) Infec. Herida quirúrgica: 1,1%; NS; Homogénea. 5) ITU: 1,3%; NS; Homogénea. 6) IRA/IRC Agudizada: 19%; OR 4,57; Homogénea. 7) Neumonía: 4,8%; OR 7,14; Predominio grupos menos edad.

Discusión. El número de camas de UCI ocupadas por pacientes ancianos va en aumento en los últimos años fundamentalmente como consecuencia de un envejecimiento de la población, pero también por la mayor accesibilidad no limitada por la edad a tratamientos quirúrgicos complejos. Aunque nuestro estudio podría estar sesgado por existir en el hospital otra UCI para pacientes con procesos cardiológicos críticos, que no se ha evaluado, esta patología parece estar suficientemente representada en la muestra y además es el subgrupo de patología médica con menor mortalidad por lo que no parece que los resultados encontrados dependan de este factor.

Conclusiones. Los pacientes ancianos representan ya más de un tercio de las cargas asistenciales en unidades de cuidados críticos generales, como consecuencia del envejecimiento de la población y una mayor accesibilidad de todos los enfermos a tratamientos complejos e intervenciones quirúrgicas. En nuestra serie, encontramos tasas de mortalidad similares en los diferentes grupos de edad analizados, lo cual apoya la idea de que la edad por sí sola no constituye un criterio de exclusión para recibir cuidados críticos.

V-124

ANEMIA EN PACIENTES HOSPITALIZADOS POR EXACERBACION DE EPOC. ¿TIENE VALOR PRONÓSTICO?

P. Vázquez Belles¹, P. Almagro Mena¹, V. Pascual Granollers¹, M. Rodríguez-Carballeira¹, C. Viñas Pérez² y J. Heredia Budo²

¹Servicio de Medicina Interna, ²Servicio de Neumología. Hospital Mutua de Terrasa. Terrasa, Barcelona.

Objetivos. La EPOC tiene un componente inflamatorio bien establecido y que afecta a múltiples sistemas del organismo. Recientemente se ha propuesto considerar la anemia como una manifestación más del proceso inflamatorio, sin que se haya establecido su valor pronóstico. Nos planteamos como objetivos: 1) Estudiar la prevalencia de anemia y poliglobulia en pacientes hospitalizados por exacerbación de EPOC. 2) Valorar su importancia pronóstica en cuanto a mortalidad y reingresos. 3) Ver su relación con otras variables como las pruebas de función respiratoria o la calidad de vida.

Material y métodos. Se estudiaron prospectivamente pacientes hospitalizados entre los años 1996-8. Todos ellos tenían una espirometría al alta con FEV1 < 70% de su teórico y FEV1/FVC < 0,7. Se recogieron diferentes variables como gasometría al ingreso y al alta, espirometría, cuestionarios de calidad de vida (*St George's Respiratory Questionnaire*) y de comorbilidad entre otras. Se recogieron cifras de Hb a su llegada a UCIA y de la analítica de planta de hospitalización. El seguimiento para mortalidad a 3 años y reingreso al año se realizó a través de llamadas telefónicas, consulta en los archivos del hospital y la base de datos del Servei Català de la Salut.

Resultados. Se estudiaron 145 pacientes (8 mujeres). La edad media fue de 72,2 (8,7) años, mientras que el FEV1 medio al alta fue de 39,4% (11,8). La Hb media fue de 14,8 (1,9) g/dl. Un 16% de los pacientes estaban anémicos (Hb < 13 g/dl), 75% tenían Hb normales, mientras que un 9% estaban poliglobúlicos (> 17 g/dl). No observamos diferencias entre la Hb de urgencias y la obtenida en planta ($r^2 = 0,99$). No observamos relación entre las cifras de Hb y el reingreso a un año o la mortalidad 3 años (mediana de seguimiento 856 días: 22 a 2433; rango intercuartil 25%-75%: 387-1030), ni al estudiar la Hb como variable continua, ni al agruparla en pacientes anémicos, normales o poliglobúlicos. La edad se relacionó con una mayor presencia de anemia ($p < 0,02$), aunque no encontramos relación con el resto de variables estudiadas, incluyendo la calidad de vida.

Conclusiones. La prevalencia de anemia en los pacientes hospitalizados por EPOC es alta, apoyando el componente inflamatorio de la enfermedad. Por el contrario, en nuestro estudio no encontramos relación entre las cifras de Hb y/o la anemia y la evolución posterior o la calidad de vida.

COMUNICACIONES PÓSTER

ENFERMEDADES INFECCIOSAS

A-1 MIOCARDITIS AGUDA: EXPERIENCIA EN UN HOSPITAL COMARCAL. APORTACIÓN DE 14 CASOS M. Carrascosa Porras¹, I. Abascal Carrera¹, M. Cano Hoz¹, M. Fernández-Ayala Novo¹, I. Celemín Larroque², R. Gómez Izquierdo², M. Tazón Varela³ e I. Martínez Rodríguez⁴

¹Servicio de Medicina Interna, ²Servicio de Cardiología, ³Servicio de Urgencias. Hospital Comarcal de Laredo. Laredo, Cantabria.
⁴Servicio de Medicina Nuclear. Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. Santander, Cantabria.

Objetivos. Análisis de los casos de miocarditis aguda (MA) diagnosticados en el Hospital Comarcal de Laredo.

Material y métodos. Estudio retrospectivo de los casos de MA diagnosticados en adultos en un hospital comarcal de primer nivel (< 200 camas) durante el periodo enero 1997- marzo 2007, mediante la recogida protocolizada de datos clínicos y de exploraciones complementarias. Para la inclusión como caso de MA se exigió la presencia de los dos criterios siguientes: (1) cuadro clínico sugestivo (dolor torácico y/o disnea y/o signos de insuficiencia cardíaca) con o sin antecedente de síndrome gripal o infección de vías respiratorias; (2) ecocardiograma y/o gammagrafía cardíaca compatibles con MA en ausencia de otro diagnóstico alternativo considerado de igual o mayor probabilidad o bien estudio anatomopatológico y/o inmunohistológico diagnósticos.

Resultados. En el período referido se diagnosticaron 14 casos de MA. De los 14 pacientes, 9 eran hombres (19-87 años; edad media, 63,77 años) y 5 eran mujeres (30-82 años; edad media, 59,2). Nueve pacientes ingresaron en invierno, 2 en primavera, 2 en verano y 1 en otoño. Existía comorbilidad en 11 de ellos. El intervalo entre el inicio de la sintomatología y el ingreso fue < 8 días en 11 pacientes, entre 8 días y 1 mes en 1 y superior a 1 mes en 2. Los síntomas predominantes fueron disnea, dolor torácico, fiebre y semiología de infección respiratoria y los hallazgos exploratorios más frecuentes fueron taquicardia, crepitantes y/o disminución del mv en bases pulmonares, aumento de PVY, disnea, HTA y hepatomegalia. En las pruebas de laboratorio destacaron la elevación de transaminasas, LDH y enzimas cardíacas (CK, CKMB, troponina T). Hubo datos radiológicos de insuficiencia cardíaca en 11 pacientes y el ECG fue anormal en 12 (taquicardia sinusal, fibrilación auricular, TSV). Las serologías y hemocultivos no fueron diagnósticos. El ecocardiograma se realizó en 13 enfermos, mostrando alteraciones en todos ellos (VI dilatado con/sin hipoquinesia difusa, fundamentalmente). Se efectuó gammagrafía cardíaca en 6 pacientes (sugestiva de miocarditis en todos) y estudio necrópsico e inmunohistológico en 1 (miocarditis por *Aspergillus*). No se llevó a cabo ninguna biopsia endomiocárdica. El tratamiento fue sintomático. La estancia media fue de 13,35 días (rango: 2-46). Dos pacientes fallecieron (mortalidad intrahospitalaria: 16,6%) y 12 fueron dados de alta. Para ilustrar los extremos del espectro clínico de la MA en nuestro hospital se discutirán con cierto detalle los casos 1 (MA por *Aspergillus*) y 2 (MA probablemente viral), aportando iconografía (inmunohistología, caso 1,

y gammagrafía cardíaca con Talio, caso 2). De los 12 pacientes dados de alta, 9 sobreviven (supervivencia media: 6,08 años; rango: 3 meses-10 años) y 2 han fallecido (a los 3 y 5 años del alta); carecemos de datos en relación con un enfermo.

Discusión. Creemos que pueden destacarse los siguientes hechos: (1) La MA se diagnosticó más frecuentemente en hombres y durante el invierno; (2) el ecocardiograma reveló alteraciones en 13 pacientes (no se hizo en 1); (3) solo se llegó al diagnóstico etiológico en un caso (MA por *Aspergillus*); (4) el tratamiento fue sintomático; (5) los dos casos fatales se produjeron en los primeros 4 días desde el inicio de la sintomatología; (6) la supervivencia media global (intra + extrahospitalaria) se aproxima actualmente al 70%.

Conclusiones. El diagnóstico de MA suele descansar más en la sospecha clínica que en tests complementarios definitivos, resultando difícil establecerlo dada la ausencia de un *gold standard* diagnóstico no invasivo. En nuestra experiencia, la existencia de semiología clínica compatible y de pruebas de imagen sugestivas (ecocardiograma y/o gammagrafía con Talio 201), en ausencia de otra alternativa etiológica plausible, posibilita un diagnóstico de MA de alta probabilidad.

A-2 ANÁLISIS DE LA FIEBRE TIFOIDEA EN EL ÁREA DE SALUD DE CARTAGENA

B. Alcaraz Vidal, M. Artero Castro, N. Cobos Trigueros, E. Peñalver González, M. Tomás Redondo, A. Rodríguez Pavía, P. García López y G. García Parra

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

Objetivos. Conocer las características clínico-epidemiológicas de los casos de fiebre tifoidea atendidos en nuestro hospital en los últimos 14 años.

Material y métodos. Análisis descriptivo de los casos de fiebre tifoidea entre 1992 y 2006, valorándose como tal la presencia de clínica compatible junto a serología positiva o aislamiento del germen.

Resultados. Se identificaron 29 casos, 18 varones y 11 mujeres, con edades comprendidas entre los 7 meses y 75 años (mediana 8). Casi la mitad se encontraban en edad pediátrica, y 4 pacientes eran inmigrantes, todos con residencia en España desde hace años y sin viajes recientes al extranjero ni consumo de productos importados. Sólo se identificó la vía de contagio en un caso. Las manifestaciones clínicas más comunes al inicio fueron fiebre (100%), diarrea (48%), vómitos (38%) y dolor abdominal (41%). Sólo hubo un debut con estreñimiento y otro con parotiditis. 7 pacientes presentaron erupción máculopapulosa, 3 hepatomegalia y 4 esplenomegalia. En los hallazgos de laboratorio destacan la elevación de transaminasas (9 casos), leucopenia (5), trombopenia (5), insuficiencia renal (2) y un caso de coagulopatía de consumo. Entre los medios utilizados para el diagnóstico, la serología resultó positiva en el 100%, los hemocultivos en el 28% (1 caso de cepa resistente a Cotrimoxazol), y el coprocultivo en el 12%. En un caso se aisló el germen en la bilis. Los antibióticos más utilizados fueron Ceftriaxona, Cotrimoxazol y Ciprofloxacino respectivamente. La evolución fue favorable en la mayoría de nuestros pacientes. Sin embargo, 2 de ellos presentaron fracaso renal agudo por nefritis túbulo-intersticial y otros 4 requirieron cirugía urgente. Los motivos fueron perforación de ileon

terminal en 3 casos y colecistitis aguda alitiásica en el cuarto; 2 desarrollaron sepsis grave, y uno de ellos falleció en situación de shock séptico.

Discusión. La fiebre tifoidea es una infección sistémica causada por *Salmonella enterica* serotipo typhi, endémica en países en vías de desarrollo, siendo los casos en los desarrollados originados en zonas endémicas o en alimentos contaminados por portadores. Aunque el espectro clínico es muy amplio, suelen predominar la fiebre de alto grado y manifestaciones digestivas junto a una afectación del estado general, detectándose aumento de tamaño de hígado y bazo así como exantema en algunos casos. Las complicaciones ocurren hasta en un 15%, destacando la perforación intestinal y hemorragia digestiva, sin olvidar otras como la colecistitis alitiásica, neumonía, miocarditis, meningitis, nefritis o CID.

Conclusiones. 1) En nuestra serie gran parte de los casos se dan en edad pediátrica. 2) Al inicio suelen predominar la diarrea y el dolor abdominal junto con la fiebre. 3) Aunque la evolución suele ser favorable, las posibles complicaciones con indicación quirúrgica deben ser consideradas.

A-3 ESTUDIO DEL SUEÑO EN PACIENTES CON INFECCIÓN POR EL VIRUS DE LA INMUNODEFICIENCIA HUMANA F. Marcos Sánchez, M. Albo Castaño, S. Casallo Blanco, P. Del Valle Loarte, A. Herrero Domingo, D. Joya Seijo y E. Núñez Cuerta

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

Objetivos. Los trastornos del sueño se han relacionado con enfermedades depresivas y con problemas de salud en general. Los pacientes afectos de infección por el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) son unos enfermos que tienen unas características muy especiales, con frecuencia han sido adictos a drogas por vía parenteral, habitualmente reciben tratamiento con metadona e hipnóticos, además algunos fármacos antirretrovirales, fundamentalmente el efavirenz, se han asociado a trastornos del sueño. Por lo tanto, probablemente los pacientes afectos de esta infección tienen trastornos del sueño de mayor intensidad que la población normal. Realizamos un estudio sobre las características del sueño que presentan los pacientes afectos de infección por el VIH.

Material y métodos. Se realiza un estudio observacional, de prevalencia, a través de un cuestionario se preguntan diversos aspectos sobre las características del sueño, en un grupo de pacientes afectos de infección por el virus de la inmunodeficiencia humana. Presentamos los datos de 36 pacientes, 28 varones y 8 mujeres, de edades comprendidas entre 23 y 55 años, con una edad media de 41,8 años.

Resultados. Duración del sueño: 21 pacientes (58,3%) entre 5 y 7 horas, 12 pacientes (33,3%) entre 7 y 9 horas, 2 menos de 5 horas (5,5%) y uno más de 10 horas. Calificaban el sueño experimentado, como de calidad, 22 pacientes (61,1%) y 14, no (38,8%). A la pregunta, si se despertaba cansado, respondieron positivamente 11 pacientes (30,5%) y 25, no (69,4%). Tenían pesadillas, 11 pacientes (30,5%). El sueño estaba interrumpido frecuentemente en 16 pacientes (44,4%) y en 20, no (55,5%). Tomaban medicamentos para dormir, 12 pacientes (33,3%). Tomaban habitualmente diversas sustancias que podían alterar el sueño, un total de 12 pacientes (33,3%).

Discusión. El dormir mal puede agravar diversas enfermedades mentales, como la depresión, pero también físicas, así las personas que duermen menos de 5 horas cada noche tienen un riesgo tres veces mayor de sufrir un infarto agudo de miocardio, que las que duermen siete u ocho horas. Trastornos del sueño aumentan las posibilidades de desarrollar diabetes. Los médicos debemos preguntar más a nuestros pacientes sobre sus hábitos nocturnos y recordar que tener un descanso de calidad, debe ser considerado como una forma esencial de un estilo de vida saludable, tanto como una correcta nutrición o realizar ejercicio físico de modo habitual.

Conclusiones. Únicamente un mínimo porcentaje de nuestros pacientes dormían menos de 5 o más de 10 horas. El sueño experimentado era de calidad en el 60% de los pacientes y se despertaban cansados un 30% de los enfermos. El 30% de los enfermos experimentaban pesadillas, que en la mitad de los casos se podrían impu-

tar a la administración de efavirenz. El sueño estaba interrumpido frecuentemente en cerca del 45% de los enfermos. Un elevado porcentaje (33%) tomaban hipnóticos para dormir. El mismo porcentaje tomaba frecuentemente diversas sustancias que podían alterar el sueño (metadona, alcohol, opiáceos, etc.). Los trastornos del sueño son extraordinariamente prevalentes en los pacientes con infección por el virus de la inmunodeficiencia humana, repercutiendo notablemente en un empeoramiento de la calidad de vida de estos pacientes.

A-4 ENCEFALITIS HERPÉTICA EN EL PACIENTE ANCIANO A. Requena¹, M. Arando¹, A. Riera¹, L. Gubieras¹, S. Martínez-Yelamos², C. Cabellos³, P. Fernández-Viladrich³ y R. Pujol¹

¹Servicio de Medicina Interna, ²Servicio de Neurología, ³Servicio de Enfermedades Infecciosas. Hospital Universitari de Bellvitge. Hospitalet de Llobregat, Barcelona.

Objetivos. Conocer las características y evolución de los pacientes ancianos (mayores de 65 años) ingresados por Encefalitis Herpética (EH) en un hospital universitario de tercer nivel.

Material y métodos. Estudio descriptivo de los pacientes ancianos diagnosticados de EH en nuestro hospital entre 1992-2006. Se recogieron datos demográficos, clínicos, diagnósticos y terapéuticos. Se evaluaron las secuelas neurológicas al alta y a los 6 meses.

Resultados. Se diagnosticaron 12 pacientes (67% varones) con una edad media de 76 años (67-89). La duración media de la clínica fue de 5 días (1-8), consistente en alteración conductual (83%), desorientación (58%), crisis comiciales (58%), cefalea (50%) y náuseas/vómitos (33%). A la exploración física, todos presentaban fiebre/febrícula (media 38,6° C), 53% disminución del nivel de conciencia, 25% focalidad neurológica y ninguno presentó meningismo. En la analítica de sangre, la media de las cifras de hemoglobina, sodio y albúmina, fue de 13,3 g/dL (11,8-15), 135 mmol/L (123-145) y 32,8 g/L (27-40), respectivamente. La media de leucocitos, proteínas y glucosa en el LCR fue de 37/mcL, 0,9 g/L y 4,2 mmol/L, respectivamente; se realizó PCR para VHS en 9 pacientes, siendo positiva en todos ellos. La TC craneal (realizada al ingreso a todos los pacientes) fue compatible con EH en el 66%, el EEG (en 10 pacientes tras una media de 1,3 días) en el 90% y la RM (en 8 pacientes tras una media de 8 días) en el 100%. Todos presentaron afectación del lóbulo temporal (16% bilateral). Recibieron aciclovir todos los pacientes al ingreso con una duración media de 14 días. El 92% recibió además tratamiento anti-comicial y el 42% antiedema cerebral. El tiempo medio entre inicio del tratamiento y primer día de apirexia fue de 11 días (3-21). Ingresaron en UCI el 33%. La estancia media fue de 38 días, con una mortalidad del 25%. Al alta, un 66% presentaba incapacidad moderada-grave (Grados 3-5 en la Escala de Rankin) y a los 6 meses, un 33% continuaba con esta incapacidad. Las secuelas neurológicas más frecuentes tanto al alta como a los 6 meses fueron alteraciones mnésicas (44%), alteración conductual (22%) y afasia (22%).

Conclusiones. La EH en el paciente anciano supone una elevada morbi-mortalidad con un alto requerimiento de UCI y una hospitalización prolongada. La TC craneal posee una baja sensibilidad al ingreso, por lo que su normalidad no exime solicitar una PCR VHS en LCR e iniciar inmediatamente el tratamiento, si la clínica es compatible. Si los resultados de las exploraciones son negativos, en ausencia de un diagnóstico alternativo, recomendamos mantener el tratamiento hasta la realización de una RM craneal.

A-5 QUISTE HIDATÍDICO ESPLÉNICO, UNA LOCALIZACIÓN INFRECUENTE DE HIDATIDOSIS EXTRAHEPÁTICA: A PROPÓSITO DE SEIS CASOS

M. Fernández Ruiz¹, J. Llenas García¹, J. Guerra Vales¹, A. Enguita Valls², J. Vila Santos¹ y L. Caurcel Díaz¹

¹Servicio de Medicina Interna, ²Departamento de Anatomía Patológica. Hospital 12 de Octubre. Madrid.

Objetivos. El quiste hidatídico esplénico supone una localización inusual de hidatidosis, ampliamente superada en frecuencia por la afectación hepática (75%) y pulmonar (15%). Incluso en medios endémicos para infestación por *Echinococcus*, como el área medite-

rránea, la hidatidosis esplénica sólo representa el 0,5-6% de todos los casos de parasitosis en las series publicadas. No obstante, la hidatidosis esplénica constituye la causa más frecuente de patología quística del bazo, justificando hasta el 70% de la misma. Pretendemos aportar nuestra experiencia en el diagnóstico y tratamiento de esta entidad.

Material y métodos. Revisión de los casos de hidatidosis esplénica atendidos en nuestro Centro en el período comprendido entre 1991 y 2006, con análisis de sus características epidemiológicas, clínicas, radiológicas, terapéuticas y evolutivas. Basamos su diagnóstico en criterios anatomopatológicos (pieza de esplenectomía o exéresis quirúrgica), y empleamos la clasificación de Gharbi atendiendo a su aparición en el estudio mediante ultrasonografía (US).

Resultados. Presentamos seis casos de hidatidosis esplénica (tres mujeres y tres varones), con una edad media de 55 años al diagnóstico (rango: 33-71). En tres de ellos se determinó la existencia de un contexto epidemiológico sugerente (contacto habitual con perros en medio rural). Excepto en un paciente, en el que el quiste constituyó un hallazgo radiológico casual, la manifestación clínica más frecuente consistió en dolor persistente en hipocondrio izquierdo (HCl); se objetivó esplenomegalia o masa palpable a la exploración en tres casos. En dos pacientes se recogieron antecedentes de enfermedad hidatídica en la infancia en otras localizaciones (hepática y mesentérica). La serología para *Echinococcus* (ELISA, aglutinación con látex o inmunofijación) fue positiva en la mitad de la serie, y sólo un paciente presentó eosinofilia en sangre periférica (> 5%) al diagnóstico. No se demostraron otras alteraciones analíticas relevantes (leucocitosis o alteración de las pruebas de función hepatocelular) en ninguno de los casos. La radiología convencional (tórax y abdomen) mostró imágenes nodulares calcificadas en HCl en cuatro pacientes. Según la clasificación de Gharbi, se caracterizó una imagen de tipo 3 (colección líquida con vesículas hijas) en tres casos, y de tipo 1 (imagen quística pura) en dos. El diámetro máximo medio de los quistes fue de 11,9 cm (rango: 8-22). Cuatro pacientes presentaban quistes únicos en la pieza de esplenectomía. Cinco pacientes fueron sometidos a esplenectomía (peso medio de la pieza: 579,4 g), y el restante a drenaje-aspiración mediante laparotomía; dos de ellos asociaban otros quistes abdominales concurrentes (epiplon mayor y lóbulo hepático izquierdo), extirpados en el mismo acto quirúrgico. La evolución fue globalmente favorable, con nula mortalidad operatoria; un paciente desarrolló un absceso sub-frénico como complicación precoz, y en dos casos se requirió reintervención quirúrgica (nueva laparotomía por persistencia del quiste en celda esplénica, y lobectomía inferior derecha por hidatidosis supradiaphragmática concurrente, respectivamente).

Discusión. De expresión clínica inespecífica y curso habitualmente indolente, el diagnóstico de hidatidosis esplénica se basa en los hallazgos de la radiología convencional (con frecuencia sugestivos, en presencia de una imagen nodular calcificada en HCl), así como de la US o la tomografía computarizada; el estudio serológico exhibe una sensibilidad limitada, siendo excepcional la presencia de eosinofilia periférica. La mitad de los pacientes asociaron de forma previa o concurrente otras localizaciones de hidatidosis (particularmente hepática). La esplenectomía constituyó el abordaje terapéutico de elección en nuestra serie, con resultados satisfactorios y escasa frecuencia de recurrencia.

Conclusiones. Si bien supone una localización infrecuente de infestación por *Echinococcus*, la hidatidosis esplénica debería ser considerada en el diagnóstico diferencial de toda lesión quística del bazo en nuestro medio, particularmente dentro de un contexto epidemiológico compatible.

A-6 MAS DE 10 AÑOS DE ANTIOTERAPIA INTRAVENOSA EN HOSPITALIZACIÓN A DOMICILIO

J. Irurzun Zuazabal¹, B. Vázquez Vizcaíno¹,
A. Basterretxea Ozamiz¹, J. Salán Puebla¹,
M. De Damborenea González¹, A. Landa Fuentes²,
M. García Domínguez¹ y A. García Berasaluce¹

¹Hospitalización a Domicilio (HAD), ²Servicio de Medicina Familiar y Comunitaria. Hospital de Cruces. Barakaldo, Vizcaya.

Objetivos. En este trabajo queremos demostrar, mediante nuestra experiencia acumulada, que existe la posibilidad de administrar trata-

mientos antibióticos intravenosos en el domicilio del paciente con eficacia y seguridad.

Material y métodos. Realizamos un estudio retrospectivo revisando de nuestra base de datos los de los pacientes que han recibido tratamiento antibiótico intravenoso domiciliario en el período 1996-2006 y analizando la patología que motivó la indicación; los antibióticos administrados y el método elegido para la infusión (manual o bomba electrónica); los días de tratamiento y los resultados obtenidos.

Resultados. El total de pacientes tratados fue de 1.407. Fueron 816 varones y 591 mujeres. La edad media fue de 60 años (R 4-98). Las patologías tratadas fueron: infección respiratoria en 637 casos (45,27%); infecciones post-quirúrgicas en 151 casos (10,73%); bacteriemias en 144 casos (10,23%); infección de piel y tejidos blandos en 115 casos (8,17%); infección osteoarticular en 87 casos (6,18%) y otros en los restantes 273 casos (19,40%). Los antibióticos utilizados fueron 1666 con la siguiente distribución: ceftriaxona en 359 casos (21,54%); piperacilina-tazobactam en 258 casos (15,48%); aminoglicosidos en 254 casos (15,24%); ceftazidima en 141 casos (8,46%); teicoplanina en 94 casos (5,64%); ertapenem en 67 casos (4,02%); ganciclovir en 50 casos (3,00%); y otros en los restantes 433 casos (25,99%). La administración de la antibioterapia se realizó en 679 casos (40,7%) a través de bomba electrónica programable y en los otros 987 casos (59,2%) la infusión fue manual. La duración media del tratamiento fue de 12,89 días (R 1-82) lo que supuso un total de 18148 días de tratamiento endovenoso domiciliario. Fueron dados de alta al finalizar el tratamiento 1181 enfermos (83,9%); precisaron reingreso hospitalario 147 enfermos (10,4%) aunque sólo 41 de ellos por fracaso del tratamiento (el resto lo hicieron por patología ajena) y fallecieron durante el tratamiento 79 enfermos (5,6%), en la mayoría de los casos por procesos oncológicos avanzados y SIDA.

Discusión. Los procesos infecciosos generan un gran número de estancias hospitalarias para la aplicación de tratamientos antibióticos intravenosos. La administración de antibioterapia endovenosa se ha ligado de forma tradicional a estancia hospitalaria. En los últimos años se han desarrollado programas alternativos al ingreso para su administración. Los servicios de HAD disponen del personal especializado y recursos materiales adecuados para garantizar el manejo de la terapia endovenosa de estos enfermos en domicilio.

Conclusiones. La administración de antibioterapia intravenosa en HAD es una alternativa segura y eficaz al ingreso hospitalario. Permite acortar estancias hospitalarias y en algunas ocasiones evitar ingresos con el consiguiente aumento de la eficiencia. Las bombas de infusión electrónicas programables aumentan las posibilidades terapéuticas al permitir pautas de administración de varias dosis diarias siempre que la estabilidad del producto lo permita.

A-7 BROTE DE PSITACOSIS PROCEDENTE DE UN COMERCIO DE MASCOTAS DE LA BAHÍA DE CÁDIZ

B. Domínguez Fuentes, A. Romero Palacios, D. García Gil,
F. Brun Romero, J. Gutiérrez Zafra, R. Arjona, J. Benítez
Macías y D. Selma Santamaría

Servicio de Medicina Interna y Urgencias Hospitalarias. Hospital Universitario Puerto Real. Puerto Real, Cádiz.

Objetivos. Describir las características clínicas y epidemiológicas de un brote de psitacosis, procedente de un foco común de contagio, acontecido en la Bahía de Cádiz.

Material y métodos. Estudio descriptivo de un brote familiar con cinco casos afectados. En todos ellos existía el antecedente de contacto con aves tropicales (*Agapornis rosecolis*) adquiridas en un comercio de la provincia de Cádiz, diez días antes del inicio de la clínica. Tres días antes del comienzo progresivo de los síntomas los pájaros fallecieron. A todos los pacientes se les realizaron en el Servicio de Urgencias analíticas, radiología de tórax, hemocultivos y serología frente a *C. psittaci*.

Resultados. Dos pacientes requirieron ingreso hospitalario por neumonía. Uno de ellos, una mujer de 39 años, presentaba criterios de gravedad (insuficiencia respiratoria aguda, infiltrados alveolares bilaterales). En el otro paciente hospitalizado existía una condensación

del LII. Todos los enfermos presentaban, en mayor o menor grado, síntomas respiratorios (tos seca y disnea), artromialgias, fiebre y diarreas. Análiticamente 4 de los 5 pacientes presentaban alteración de la bioquímica hepática. La serología frente a *C. psittaci* fue positiva en todos los casos (se expondrá en la comunicación). Todos recibieron tratamiento con doxiciclina 200 mg/d durante 14 días. La paciente más grave recibió, además, levofloxacino. La evolución fue favorable en todos los enfermos. Desde el primer momento se comunicó el brote al Servicio de Medicina Preventiva y Sistema de Vigilancia Epidemiológica (SVEA), quienes, a través de la Delegación de Agricultura tomaron las medidas pertinentes (inspección, toma de muestras, inmovilización de las aves, clausura del establecimiento, encuesta epidemiológica) una vez localizada la pajarería donde se inició el brote.

Discusión. La psitacosis es una enfermedad zoonótica, causada por la bacteria *Chamydophila psittaci*. El reservorio principal son los loros, periquitos, cotorras, papagayos y con menor frecuencia aves de corral, palomas y canarios. Se puede transmitir de pájaros infectados a seres humanos, por inhalación de aerosoles de heces, plumas o secreciones de animales. Es causa de infección sistémica y neumonía, con una incidencia del 1-5% de las que precisan hospitalización. El diagnóstico se basa en la serología y el antecedente epidemiológico. A pesar de las medidas de vigilancia, es creciente la venta de aves exóticas importadas sin control.

Conclusiones. La psitacosis debe formar parte del diagnóstico diferencial de una neumonía de presentación atípica (en ocasiones con criterios de gravedad), siendo fundamental insistir en la historia epidemiológica. Es previsible un aumento de frecuencia de esta enfermedad, habida cuenta de la adquisición creciente, muchas veces sin control sanitario, de aves importadas. Es importante la difusión de recomendaciones a la población general y una buena coordinación con los sistemas de alerta epidemiológica.

A-8

CARACTERÍSTICAS DE LAS NEUMONÍAS QUE INGRESAN EN UN HOSPITAL COMARCAL

A. Martín-Urda Diez-Canseco, R. Toda Savall, J. García Conesa, M. Almendros Rivas, M. Márquez Oliveras, J. Sesma Valiña, G. Badosa Collell y A. Masabeu Urrutia
Servicio de Medicina Interna. Hospital de Palamós. Palamós, Girona.

Objetivos. La neumonía adquirida en la comunidad (NAC) es la principal causa de muerte por infección en los países occidentales. La Tasa de hospitalización es del 4-22%. La mortalidad global es del 14% que variará según el lugar de ingreso; 0,2-5% ambulatoria, 5-10% en hospitalización y hasta del 50% si ingresan en unidades de cuidados intensivos. Describir las características de los pacientes que ingresan por NAC en el Hospital de Palamós. Conocer la etiología más frecuente encontrada, las pautas antibióticas más utilizadas y la mortalidad de la serie intrahospitalaria y a los 30 días.

Material y métodos. El Hospital de Palamós consta de 100 camas de hospitalización, cubre un área de influencia de 120.000 personas. En conexión con 4 áreas básicas; Palafrugell, la Bisbal de Empordá, Torroella de Montgrí y Palamós. Se recogieron todos los paciente mayores de 20 años ingresados en el servicio de medicina interna o en la unidad de corta estancia durante el año 2005 y los 6 primeros meses del 2006. El diagnóstico de neumonía se sospechó en las primeras 24 horas al llegar a urgencias. La NAC se definió como un nuevo infiltrado en la placa de tórax del que no se tuviera constancia anteriormente y no se explicara por otras causas, además de que el paciente tuviera síntomas como fiebre, tos, disnea y/o dolor pleural. Y que las altas se dieran con el diagnóstico principal de los códigos 480,0 a 480,9, 481, 482,0 a 482,9, 483,0 a 483,8, 485, 486, 487,0, 507,0 de la Clasificación Internacional de enfermedades (CIE 9ª versión).

Resultados. Se recogieron 309 pacientes que se distribuían según sexo de la siguiente manera; 199 hombres y 110 mujeres. Con la siguiente distribución por edades; 30% menores de 65 años, 56% entre 65 y 84 años y 14% de más de 84 años. La estancia media de la serie fue de 7,8 días. El 14% estuvieron ingresados menos de 48 horas, un 76% entre 4-14 días y más de 14 días solo un 10%. La

mortalidad intrahospitalaria fue del 6,5% y del 9,4% a los 30 días. Se evaluó el destino al alta: el 85,5% fue dado de alta a domicilio, el 4,5% se trasladaron a hospitales de tercer nivel y el 2,9% a centros sociosanitarios. Las comorbilidades asociadas fueron: neoplasia en el 9,7%, insuficiencia renal crónica en el 7,8%, insuficiencia cardíaca en el 3,6%, ictus en el 1,9%, hepatopatía en el 2,9%. Se encontró derrame pleural en el 8,1%, enfermedad obstructiva crónica en el 29,1%, tabaquismo en el 7,4%, enolismo activo en el 5,2%, diabetes mellitus en el 22,7%, insuficiencia respiratoria en el 32,7%, fibrilación auricular en el 13,3% y hemocultivos positivos en el 4,2%. Las etiologías encontradas fueron: el pneumococo en 19 casos (6,1%), *Legionella* en 13 casos (4,2%), *Klebsiella* en 9 casos (2,9%), *Pseudomonas aeruginosa* en 7 casos (2,3%), estafilococo en 17 casos (5,5%), *Haemophilus influenzae* en 2 casos (0,6%), otros en 18 casos (5,8%), y desconocida en el resto. Las pautas de tratamiento fueron las siguientes: cefalosporinas de tercera generación no antipseudomónicas y claritromicina en el 20,1%, amoxicilina-clavulámico y claritromicina en el 10,7%, levofloxacino en el 35,3%, levofloxacino y ceftriaxona en el 3,6%, solo betalactámicos en el 14,2%, imipenem y/u otros antibióticos 5,8% y otras pautas 10,4%. Alergia a la penicilina en 19 casos (6,3%). De los 19 casos de neumonía neumocócica, 12 no estaban vacunados contra el neumococo, 7 sí. De estos 7 con cobertura vacunal antineumocócica solo uno desarrolló enfermedad invasiva.

Discusión. La etiología de la NAC más frecuentemente encontrada en nuestra serie fue la de la neumonía neumocócica, al igual que en otras series europeas. La causa de neumonía por legionella fue encontrada en un 4,2% al igual que en otras series mediterráneas. La pauta de tratamiento más empleada fue la de monoterapia con levofloxacino (35,3%) a pesar de que la alergia a penicilina solo se constató en el 6,3% de los pacientes. La mortalidad de los pacientes hospitalizados por NAC fue baja 6,5% a pesar de que la mayoría eran pacientes de edades muy avanzadas de la vida (el 70% mayores de 65 años) y con una comorbilidad importante. Como medidas preventivas se recomienda la vacunación antineumocócica y la vacunación antigripal y la cesación del hábito tabáquico.

A-9

CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS DE LAS INFECCIONES POR EIKENELLA CORRODENS. EXPERIENCIA DE UN HOSPITAL UNIVERSITARIO DURANTE 10 AÑOS

N. Hernández¹, J. López-Contreras¹, B. Mothe¹, R. Pericas², B. Mirelis² y M. Gurgui¹

¹Unidad de Enfermedades Infecciosas. Departamento de Medicina, ²Departamento de Microbiología Clínica. Hospital de la Santa Creu i Sant Pau. Barcelona.

Objetivos. *Eikenella corrodens* es un bacilo gramnegativo de lento crecimiento y de difícil aislamiento que forma parte de la flora comensal de la cavidad oral, mucosa, gastrointestinal, respiratoria y más raramente del tracto genitourinario. Clásicamente se describe en infecciones de cabeza y cuello y por mordeduras, siendo las localizaciones extraorales menos frecuentes. Se presenta un estudio retrospectivo de casos de infección por *Eikenella corrodens* observados en un Hospital Universitario de tercer nivel.

Material y métodos. Se realiza una revisión retrospectiva de las características clínicas de 13 casos de infección por *Eikenella corrodens*, tras la identificación de los pacientes a través del aislamiento microbiológico en diversas muestras clínicas, en un período entre enero de 1996 hasta febrero de 2006. Se analizaron edad, sexo, factores de riesgo, diagnóstico principal, localización de la infección, presencia o ausencia de otros microorganismos asociados, sensibilidad, tratamiento realizado y evolución.

Resultados. Presentamos una serie de 13 casos, nueve eran varones (69%) con una edad media de 61 años (rango 3 meses a 75 años), doce pacientes adultos y un neonato. Se observaron como factores de riesgo: 3 portadores de materiales extraños (1 *bypass* aórtico-abdominal, 1 implante de duramadre, 1 DIU). Tres casos se relacionaron con manipulación quirúrgica, un caso en adicto a drogas por vía parenteral y otro en paciente oncológico. El 85% fueron de localización extraoral: 4 fueron de herida quirúrgica, 2 cabeza y cuello, 2 del sistema cardiovascular, 1 del aparato digestivo, 2 neumonías,

1 sepsis y 1 de tejido cutáneo. Cuatro aislamientos fueron monomicrobianos y 9 polimicrobianos: 67% *Streptococcus viridans*, 11% *Pseudomonas*, 11% *E. coli* y otros 33%. Las cepas fueron sensibles a penicilina, amoxicilina-clavulánico, cefotaxima y fluoroquinolonas. Todos los pacientes recibieron tratamiento antibiótico y quirúrgico, salvo en 2 que únicamente se realizó drenaje quirúrgico (canalculitis y sialoadenitis submandibular). Uno recibió monoterapia antibiótica, 12 dos o más antibióticos y 4 tres o más antibióticos (6 betalactámicos, 5 aminoglucósidos, 3 lincosaminas, 3 nitroimidazol, 2 glucopéptidos, 2 quinolonas, 1 tetraciclinas). En 9 pacientes se realizó desbridamiento quirúrgico. La mayoría de los casos estudiados presentaron una correcta evolución clínica, salvo un caso que falleció por una causa no atribuible a la infección por *Eikenella*.

Discusión. La infección por *Eikenella* se ha descrito en infecciones de cabeza y cuello, piel, hueso, líquido peritoneal, brazos, conjuntiva, conducto lacrimal, cérvix, corazón y abdomen. En nuestra serie destacan las afecciones extraorales. En un 61% se pudieron identificar factores de riesgo para la infección. La mayoría de los casos fueron aislamientos polimicrobianos. La sensibilidad a los antibióticos fue similar a la descrita en la literatura. Hasta en un 69% de los casos precisaron abordaje médico-quirúrgico y la evolución clínica fue satisfactoria en el 92% de los pacientes.

Conclusiones. En nuestra serie observamos que predominaron las afecciones extraorales. La mayoría de los aislamientos fueron polimicrobianos y en 8 casos se identificaron factores de riesgo y 9 precisaron abordaje médico-quirúrgico. La sensibilidad antibiótica observada no difiere de la descrita en la literatura, siendo la evolución clínica satisfactoria en la mayoría de los casos.

A-10 TRATAMIENTO PROGRESIVO EN INFECCIÓN PROTÉSICA. COHORTE UBARMIN

I. Otermin Maya¹, A. Gil Setas², X. Beristain Rementeria³, L. Torroba Álvarez³ y A. Mazón Ramos²

¹Servicio de Medicina Interna, ²Servicio de Microbiología. Centro de Rehabilitación Ubarmin. Egúés, Navarra. ³Servicio de Microbiología Clínica. Hospital Virgen del Camino. Pamplona/Iruña, Navarra.

Objetivos. Las distintas opciones terapéuticas en infección protésica, varían entre centros. Queremos presentar los resultados de nuestra cohorte, siguiendo una pauta progresiva de tratamiento de menor a mayor agresividad, antibiótico, limpieza, recambio e uno o dos tiempos, artrodesis o artroplastia de Girdlestone, tomando como base, que toda prótesis funcional se tiende a mantener, independientemente del tipo de infección, precoz o tardía, o el germen causal, así como el análisis a los 2 años de finalizado el tratamiento. Según trabajos previos, definimos como infección precoz, la que se manifiesta dentro de los 2 meses tras la cirugía.

Material y métodos. Se presenta una cohorte propia iniciada en 1998 con los casos de infección protésica propios de la clínica o enviados desde otros centros. Los criterios de infección son los referidos en otros trabajos. La elección del tratamiento, se basa en la estabilidad del paciente y la estabilidad de la prótesis, siendo el criterio definitivo, la elección del cirujano. El plan terapéutico antibiótico es decidido y controlado por el servicio de Medicina Interna.

Resultados. Analizamos 94 pacientes-95 prótesis; 49 H/45 M. Seguimiento 1998-2007. Rango de edad: 28-87 años. Tiempo de seguimiento entre 1 mes y 9 años. Tiempo hasta diagnóstico entre 1 día y 20 años. 69 pacientes con seguimiento mayor a 2 años (2 no evaluables). PTC: 38; PTR: 47; RPTC: 4; RPTR: 6 -Etiología: *S. aureus*: 26 (4 SAMR); *S. Coagulasa*:- 33; Otros Gram+: 19; Gram: 4; Polimicrobiano: 2; Cultivo:- 9 (1 cocos gram+); Cultivo no realizado: 1. Gérmenes especiales: 4 SAMR; 1 TBC; 2 neumococos y 1 *Brucella* REV-1 (cepa vacunal). En todos la actitud terapéutica fue similar. Tratamiento AB: Levofloxacino + Rifampicina: 57; Amoxicilina/Ac. Clavulánico + Rifampicina: 16; Otros: Teicoplanina + Rifampicina; Linezolid + Rifampicina; Cotrimoxazol + Rifampicina; Doxiciclina; Clindamicina. Tratamiento: Antibiótico: 15; Limpieza: 37; Recambio en un tiempo: 8; Recambio en 2 tiempos: 25; Artrodesis: 5; Girdlestone: 5. Situación a los 2 años: 69 pacientes-70 prótesis. Mortalidad por infección: 0 pacientes. Proporción cura-

dos/tratados PTC precoz: 15/15; PTC tardía: 10/11; RPTC precoz: 2/2; RPTC tardía: 1/1. PTR precoz: 13/13; PTR tardía: 18/19; RPTR precoz: 2/3; RPTR tardía: 3/3. 2 pacientes no evaluables: no seguimiento y prótesis tumoral. Mantiene prótesis: 90%. 62/69 pacientes; 63/70 prótesis.

Conclusiones. En nuestra experiencia, una actitud terapéutica conservadora, con respecto al mantenimiento de las prótesis infectadas, nos ha llevado a conseguir unos buenos resultados, comparables a otras series, con actitudes menos conservadoras, por lo que creemos que ésta debe ser la opción inicial ante una infección protésica. Veremos en el futuro con esta cohorte, si la supervivencia de estas prótesis es similar a la media, o se debería haber tomado otra actitud, recambiando las prótesis.

A-11 EVALUACIÓN DEL DAÑO HEPÁTICO MEDIANTE BIOPSIA EN PACIENTES COINFECTADOS POR VHC-VIH

J. Aláez Cruz¹, J. Sola Boneta², J. García Rodríguez³, A. Antolí Royo³, P. Miramontes González³, N. Cubino Bóveda³, E. Puerto Pérez³ y M. Sánchez Ledesma³

¹Servicio de Medicina Interna, ²Servicio de Enfermedades Infecciosas. Hospital de Navarra. Pamplona/Iruña, Navarra. ³Servicio de Medicina Interna. Hospital Universitario de Salamanca. H. Virgen de la Vega. Salamanca.

Objetivos. Conocer, mediante la realización de biopsia hepática, el grado de daño hepático en los pacientes coinfectados por VHC-VIH, así como los factores que influyen en su progresión.

Material y métodos. Estudio retrospectivo de 59 pacientes coinfectados por VHC y VIH a los que se ha practicado biopsia hepática en el Hospital de Navarra de Pamplona durante el período comprendido entre 1 de octubre de 2002 y el 31 de octubre de 2006. Se obtuvo información sobre la edad, sexo, fecha de infección VHC-VIH, carga viral, número de linfocitos CD4 y diagnóstico de la lesión hepática, así como los factores de riesgo de progresión a cirrosis: consumo de alcohol, tiempo de evolución de infección por VHC, genotipo y esteatosis hepática. El diagnóstico y grado de la lesión hepática se realizó mediante el Sistema METAVIR, que evalúa tanto la actividad necro-inflamatoria (grado) como la fibrosis (estadio).

Resultados. El 72,8% (43) eran varones y el 27,2% (16) mujeres. El grupo más prevalente: grado de fibrosis I (23); ampliación del tracto portal sin formación de tabiques. La edad media es de 43,5 años. La proporción de varones aumenta conforme aumenta el grado de fibrosis (tendencia lineal p 0,85). Existe correlación entre la variable carga viral VIH y grado de fibrosis (p 0,083).

Discusión. La coinfección por VHC-VIH es objeto de gran número de estudios ya que la hepatopatía crónica terminal es la causa de muerte principal en este tipo de pacientes. El nº de casos representa una serie muy limitada aunque el estudio comparativo permita valorar algunos comentarios adicionales. Resultados representativos de los enfermos tratados en nuestro medio y similares a los de otras series. Las asociaciones entre el grado de fibrosis hepática y factores tales como genotipo del virus C, grado de inmunodepresión por VIH (CV del virus y número de CD4+), no son estadísticamente significativas, seguramente debido al escaso número de pacientes incluidos en nuestro trabajo. La correlación más significativa ha sido la existente entre la carga viral VIH y el grado de fibrosis hepática (p 0,083). La influencia del genotipo del VHC en la probabilidad de progresión de la hepatitis no está totalmente aclarada ya que unos estudios el genotipo 1 parece asociarse a una mayor probabilidad de progresión de la hepatitis. - Sistema de puntuación histológica de las biopsias (índice METAVIR), presenta menor variabilidad inter e intraobservador que el índice de Knodell y es más comparable entre diferentes series. No podemos asociar el genotipo VHC con el grado de fibrosis ya que los grupos con mayor y menor puntuación son muy pequeños.

Conclusiones. El nº de casos (59), representa una serie muy limitada aunque el estudio comparativo permita valorar algunos comentarios adicionales: Desde el punto de vista descriptivo nuestro trabajo concuerda en lo que respecta a proporciones en cuanto a sexo, edad media y tiempo de evolución de la enfermedad con otros trabajos similares. La proporción de varones aumenta conforme aumenta el

grado de fibrosis ($p = 0,85$). Existe correlación con la carga viral de VIH y un mayor grado de fibrosis hepática, acercándose al límite de la significación estadística ($p = 0,083$). La tendencia es similar a los trabajos realizados. Procuraremos seguir la misma línea de trabajo, para que, aumentando el número de pacientes, los resultados puedan ser estadísticamente significativos.

A-12
ANÁLISIS DE LAS NEUMONÍAS ADQUIRIDAS EN LA COMUNIDAD EN EL PACIENTE VIH QUE INGRESA EN UN HOSPITAL

M. Butjosa¹, R. Perelló², M. Cardona¹, A. Del Río¹, L. Linares¹, C. Cervera¹, M. Marcos³ y A. Moreno¹

¹Servicio de Enfermedades Infecciosas, ²Servicio de Urgencias, ³Servicio de Microbiología. Hospital Clínic i Provincial de Barcelona. Barcelona.

Objetivos. La infección respiratoria es uno de los problemas más frecuentes en el paciente VIH. Con la introducción del tratamiento anti-retroviral de alta eficacia (TARGA) la etiología de la neumonía adquirida en la comunidad (NAC) ha cambiado, siendo la neumonía bacteriana la primera causa etiológica. Nuestros objetivos son: 1) Describir las características del paciente VIH diagnosticado de NAC que requiere ingreso hospitalario. 2) Conocer los aislamientos microbiológicos de dichas NAC.

Material y métodos. Estudio prospectivo de 2 años de evolución (enero 2005-diciembre 2006). Se incluyeron todos los pacientes VIH que acudieron a nuestro centro hospitalario, diagnosticados de NAC y que requirieron ingreso. Se analizaron una serie de variables basales, como sexo, edad, vía de contagio del VIH, tratamiento con TARGA, diagnóstico de inicio de VIH, tipo de tratamiento antibiótico inicialmente administrado, coinfección por Virus hepatitis C (VHC), evolución clínica; la estancia media hospitalaria, valor de la escala de APACHE al ingreso, valores de linfocitos CD4 y carga viral (CV). Para el diagnóstico etiológico se practicaron las siguientes pruebas diagnósticas: cultivo de esputo, hemocultivos, tinción de Ziehl, frotis nasofaríngeo para detección de virus respiratorios (VR), Ag urinarios de neumococo y legionella. Los datos fueron procesados mediante el paquete estadístico SPSS versión 12.0. Se definió la NAC según los criterios de la IDSA.

Resultados. Se diagnosticaron 102 casos, 68% varones. La mediana de edad fue 41 años, con una estancia media hospitalaria de 7 días. Un 55% no realizaba tratamiento con TARGA. La principal vía de contagio fue el uso de drogas por vía parenteral en un 53%. La mediana de CD4 fue 238,5 cel/mm³ y de CV fue de 2090 copias/ml y la de escala APACHE fue de 11. La coinfección con VHC se dio en un 49%. La combinación de cefalosporinas y macrólidos fue la pauta antibiótica empírica más utilizada en el 44%. 10 pacientes fueron diagnosticados de infección por VIH en el ingreso. Dos pacientes fallecieron. La bacteria que con más frecuencia se aisló fue *S. pneumoniae* en 52 ocasiones, *H. influenzae* y *L. pneumophila* en 2 respectivamente y *S. pyogenes* en 1 caso. Se detectaron 8 rinovirus, 7 adenovirus, 2 virus respiratorio sincitial (VRS), 2 virus gripal A (VGA), 1 virus gripal B (VGB), 2 coronavirus E229. En 43 pacientes no se identificó ningún microorganismo. Hubo coinfección vírica y bacteriana en 6 pacientes, en dos se detectó coinfección por *S. pneumoniae* y *H. influenzae* y *L. pneumophila* respectivamente. Los pacientes con diagnóstico etiológico presentaban valores de

PCR superiores ($p = 0,014$). No hubo ninguna relación significativa entre el diagnóstico y las variables CV, CD4 y evolución.

Discusión. Tras la introducción del TARGA y la consiguiente recuperación inmunológica, la incidencia de *Pneumocystis jirovecii* es muy baja, y ha aumentado considerablemente la etiología bacteriana, fundamentalmente por *S. pneumoniae* como primera causa de NAC y en la que se detectó mayor número de coinfección con VR.

Conclusiones. El paciente VIH diagnosticado de NAC es un paciente que realiza en menos de la mitad de los casos tratamiento con TARGA y cuya vía de contagio fue por el uso de drogas por vía parenteral. *S. pneumoniae* fue la bacteria aislada con mayor frecuencia. Los pacientes con diagnóstico etiológico presentaban una PCR superior significativamente que los pacientes sin diagnóstico y una evolución similar.

A-13
TUBERCULOSIS SECUNDARIA A TRATAMIENTO CON INTERFERÓN EN TRES PACIENTES VIH + VHC

A. Martínez Baltanás¹, F. Zamora², M. Montes Ramírez³, A. Moreno Zamora⁴, P. Martín Dávila⁴, J. González², J. Machín Lázaro³ y M. Pérez Elías⁴

¹Servicio de Medicina Interna. Hospital Universitari Sant Joan d'Alacant. Sant Joan d'Alacant, Alicante. ²Servicio de Medicina Interna. Hospital Universitario la Paz. Madrid. ³Servicio de Medicina Interna. Hospital Universitario. Guadalajara. ⁴Servicio de Enfermedades infecciosas. Hospital Ramón y Cajal. Madrid.

Objetivos. Presentar 3 casos clínicos de tuberculosis (TBC) secundaria a tratamiento de hepatitis C en tres pacientes coinfectados por VIH-VHC tratados con interferón pegilado (IFNpeg) y ribavirina (RBV).

Material y métodos. Revisión de historias clínicas de pacientes atendidos en consultas externas y en planta de hospitalización de 3 hospitales entre enero de 2000 y enero de 2007.

Resultados. Detectamos 3 casos de TBC secundaria a tratamiento con IFN peg (180 mcg/s) y RBV (1.200 mg/d) y los comparamos con el caso de la literatura (4). Las manifestaciones clínicas más frecuentes fueron: síndrome constitucional y fiebre. Las adenopatías mediastínicas fueron el hallazgo más frecuente en el TAC. La evolución fue favorable en todos los pacientes tras suspender IFN e iniciar tratamiento tuberculostático (tabla 1).

Discusión. IFNpeg con RBV es el tratamiento de elección en pacientes coinfectados por el VIH y VHC. La TBC en estos pacientes está probablemente relacionada con el tratamiento de la hepatitis C. IFN produce un descenso transitorio de CD4 en la mayoría de los pacientes, tras 2-10 sem de tratamiento, lo que puede llevar a la activación de una infección latente. Creemos que se trata de una serie de casos de particular relevancia dado el amplio uso de interferón en el tratamiento de la infección por VHC, y dado que únicamente hemos encontrado en la literatura un caso descrito de tuberculosis secundaria a interferón (caso 4).

Conclusiones. La TBC secundaria a IFNpeg en pacientes coinfectados por VHC-VIH es una entidad poco frecuente a priori, en la literatura sólo hemos encontrado un caso similar. A pesar de esto, debería establecerse un seguimiento estricto y una profilaxis adecuada dado el uso extendido de las FP en pacientes con alta prevalencia de infección por TBC.

Tabla 1. Casos (A-13).

	Caso 1	Caso 2	Caso 3	Caso 4
Sexo/edad	V/48	V/43	V/36	V/26
Genot VHC/PCR VHC	3a/300.000	4/18.000	1b/34.000	1b/1.200.000
Sem dx TB/Caida CD4	46s/207	4s/297	42s/306	12s/30
Localiz. TB	Diseminada	Pulmonar	Diseminada	Diseminada
Rx tórax	Ensancham. mediast.	Infiltrados bilaterales	P. micronod. ensancham. mediast.	Normal
Técnica diagnóst.	PCR+: M. Tuberculosis en BAS/orina.	Baciloscopia y cult. de esputo	Biopsia de piel y transbronquial (granulomas)	Biopsia adenop.: <i>M. tuberculosis</i>

A-15

CARACTERÍSTICAS EPIDEMIOLÓGICAS DE LA NEUMONÍA ADQUIRIDA EN LA COMUNIDAD

S. Olivera González¹, B. Amores Arriaga¹, B. Sierra Bergua¹, R. Caballero Asensio¹, M. Herrero Torrés¹, V. Garcés Horna¹, M. Matía Sanz¹ y J. Amiguet García²
¹Servicio de Medicina Interna, ²Servicio de Enfermedades Infecciosas. Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa. Zaragoza.

Objetivos. Describir factores predisponentes, cuadro clínico, alteraciones analíticas, y tratamiento empírico en la NAC, y si éste cumple las guías de consenso.

Material y métodos. Estudio transversal con 50 pacientes con NAC ingresados en 2005 en M. Interna del HCU de Zaragoza. Los resultados se expresan como valor promedio \pm DE (variables numéricas), y en porcentaje (nominales). Para el análisis se ha usado el programa SPSS 11,5 (2002).

Resultados. La media de edad fue de 80,4 años. La estancia media fue de 11,1 días. El 90,2% tenían comorbilidad (HTA 52,9%, IRC 26%, DM 21,6%, IC 21,6%, asma/EPOC 18,4%). La clínica fue: disnea (77,6%), tos (73,5%), expectoración (67,3%), fiebre (52%), confusión mental (32,7%), y dolor pleurítico (20,4%). En la Rx de tórax se observó condensación en el 90,2%. La mortalidad fue del 11,8%. El tratamiento empírico inicial fue: levofloxacino (55,6%), amoxicilina-clavulánico (26,7%), ceftriaxona (11,1%). Según los criterios de Fine, el 25,5% pertenecían al grupo III, el 54,9% al grupo IV, y el 19,6% grupo V.

Discusión. La mayoría de los pacientes eran mayores de 80 años, y con patologías concomitantes (sobre todo HTA, DM e IC). La estancia media, la clínica de presentación, las alteraciones en las pruebas complementarias, y las complicaciones, fueron similares a lo publicado previamente. La mortalidad fue mayor, a medida que aumentaba el índice de gravedad según Fine. En la bibliografía se ha encontrado un mayor porcentaje de politerapia, y la utilización de cefalosporinas, frente al levofloxacino en nuestro medio.

Conclusiones. Los pacientes ingresados con NAC en M. Interna, presentan una edad media elevada así como importante comorbilidad. El tratamiento empírico inicial debería ajustarse algo más a las directrices de consenso de SEQ/SEMI/SEPAR/SEMES. El índice de Fine es un buen predictor de la mortalidad y las complicaciones que pueden aparecer.

A-16

INFECCIÓN URINARIA INTRAHOSPITALARIA EN NUESTRO MEDIO

Á. Cecilio Irazola¹, Á. Flamarique Pascual¹, M. Sánchez Marteles¹, M. Herrero Torrés¹, M. Callejo Plazas¹, V. Garcés Horna¹, M. Torralba Cabeza¹ y J. Amiguet García²

¹Servicio de Medicina Interna, ²Servicio de Enfermedades Infecciosas. Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa. Zaragoza.

Objetivos. Valorar la etiología, el método diagnóstico y el abordaje terapéutico de las infecciones urinarias en un Servicio de Medicina Interna de un hospital terciario.

Material y métodos. Estudio descriptivo y retrospectivo en un período de tres meses de los pacientes hospitalizados en el Servicio de Medicina Interna del Hospital Clínico "Lozano Blesa" de Zaragoza y dados de alta con el diagnóstico de "infección urinaria" mediante revisión de la historia clínica y las altas informatizadas. Análisis estadístico con SPSS 11,5.1 para Windows.

Resultados. De los 95 pacientes analizados, el 61% de ellos eran de sexo femenino. La estancia media de los pacientes fue de 15 días y su edad media 80 años. En 69 casos se realizó antibiograma y el resto se diagnosticó por la clínica y el sedimento urinario. De los gérmenes aislados, en el 50,7% de los casos fue *Escherichia coli*, seguido de *Enterococcus faecalis* (13%), *Pseudomonas aeruginosa* (10,1%) y otras bacterias con menor frecuencia. En cuanto a los tratamientos, ciprofloxacino (26,3%) y amoxicilina-clavulánico (24,2%) fueron los más empleados, seguidos de cefalosporinas (14,7%) y car-

bapenemes (10,5%). Por grupos farmacológicos, observamos que predominan los beta-lactámicos (49,4%) frente a las quinolonas (34,7%). Un 7% de los pacientes no recibieron tratamiento.

Discusión. Observamos que la muestra tiene características comunes a otros Servicios de Medicina Interna en cuanto a la distribución por edad, sexo y estancia media. Que en el 80% de los casos la infección urinaria sea un diagnóstico secundario confirma su relativa baja mortalidad pero elevada comorbilidad. Observamos que, siguiendo las guías de la Sociedad Española de enfermedades Infecciosas y Microbiología clínica, se ha etiquetado como "infección urinaria" a dos cuadros clínicos: la bacteriuria asintomática y la cistitis. En cierto modo, es preocupante el alto índice de diagnósticos sin urocultivo (27%). Analizando los datos de otros estudios previos, observamos que *Escherichia coli* sigue siendo el patógeno más frecuente. Le siguen otras bacterias poco frecuentes a nivel extrahospitalario pero no así en ingresados (*Enterococcus*, *Pseudomonas*), por ser causa frecuente de la patología asociada de estos pacientes. Destaca la baja incidencia de gérmenes colonizadores cutáneos o de fomes (estafilococos,...). Respecto a los tratamientos empleados, ciprofloxacino es el más empleado, pese a la comunicación de un incremento de las resistencias. Por grupos, los beta-lactámicos predominan, debido al tratamiento de las enfermedades concomitantes de estos pacientes (infecciones respiratorias, abdominales,...). La presencia de otros fármacos potentes confirman la existencia de cepas resistentes en el ámbito hospitalario.

Conclusiones. Nuestra muestra posee características similares a los estudios previos a nivel regional y nacional, tanto por microorganismos implicados como por los tratamientos empleados. Destaca el alto número de diagnósticos sin cultivo de orina. La infección urinaria es una entidad asociada frecuentemente a pacientes hospitalizados por otra patología, pudiendo complicar su evolución.

A-17

TRATAMIENTO DE LA DIVERTICULITIS AGUDA EN EL DOMICILIO

A. Basterretxea Ozamiz¹, B. Vázquez Vizcaino¹, J. Irurzun Zuazabal¹, J. Salán Puebla¹, M. Calle Baraja², M. García Domínguez¹, A. García Berasaluce¹ y M. De Damborenea González¹

¹Hospitalización a Domicilio, ²Cirugía General "A". Hospital de Cruces. Barakaldo

Objetivos. Mostrar las características principales del protocolo de actuación confeccionado entre los Servicios de HAD y Cirugía para el tratamiento de las diverticulitis agudas no complicadas con antibioterapia endovenosa en el domicilio y los resultados preliminares del mismo.

Material y métodos. Estudio descriptivo prospectivo revisando nuestra base de datos y los cuadernos de recogida de datos del protocolo. Analizamos los siguientes parámetros: pruebas diagnósticas, pauta terapéutica elegida, complicaciones y estancias evitadas. Reflejamos los resultados preliminares obtenidos desde dic 2006 a mayo 2007.

Resultados. El número de pacientes incluido ha sido de 16, con una edad media de 53 años (Rango 29-69). La prueba de imagen elegida para el diagnóstico ha sido TAC en 11 casos y Ecografía en 5 siendo todos ellos tipificados de grado I según los criterios de Hinchey. La pauta antibiótica fue en todos los casos ertapenem. La estancia media hospitalaria (Urgencias) fue menor de 24 horas y la domiciliaria de 7 días. Todos los pacientes finalizaron el tratamiento y fueron dados de alta por curación. No se han registrado complicaciones de relevancia durante nuestro seguimiento. En la revisión posterior por parte de Cirugía un paciente presenta plastrón que requiere intervención quirúrgica de forma programada. El número de estancias evitadas fue de 112 días.

Discusión. La enfermedad diverticular de colon afecta prácticamente a la mitad de las personas mayores de 60 años en la población occidental. El 20% muestran un cuadro sintomático. La diverticulitis aguda es una complicación que en sus formas leves y moderadas puede ser tratada de forma segura en el domicilio.

Conclusiones. La diverticulitis aguda no complicada puede ser tratada de forma eficaz y segura en el domicilio del paciente evitando

numerosos ingresos hospitalarios. La existencia de un protocolo de actuación interservicios permite realizar dicho tratamiento y seguimiento posterior de forma más coordinada.

A-18 OSTEOMIELITIS ESTERNOCLAVICULAR: UNA PATOLOGÍA INFRECUENTE. A PROPÓSITO DE DOS CASOS

A. Martínez Baltanás, R. Andrés Navarro, P. Roig Rico, J. Cuadrado Pastor, P. Safont Gasó, M. Matarranz del Amo, M. Botas Velasco y J. Merino Sánchez

Servicio de Medicina Interna. Hospital Universitari Sant Joan d'Alacant. Sant Joan d'Alacant, Alicante.

Objetivos. Presentar dos casos de osteomielitis esternoclavicular izquierda secundaria a artritis esternoclavicular. Comentar sus características clínicas así como su evolución y el tratamiento recibido.

Material y métodos. Se revisaron las historias clínicas de los pacientes ingresados en el Servicio de Medicina Interna de nuestro hospital desde enero de 1996 hasta enero de 2007. Se identificaron los pacientes con diagnóstico al alta de Osteomielitis en la articulación esternocostoclavicular (ECC) con cultivo positivo de la PAAF de la lesión.

Resultados. Se encontraron dos casos de Osteomielitis ECC como complicación de artritis esternoclavicular. Ambas estaban localizadas en el lado izquierdo, se trataba de dos varones de 23 y 47 años. Como factor de riesgo presentaban: uso de drogas por vía parenteral e infección por HIV (CD4 909) el primero y cirrosis hepática etílica el segundo. El caso 1 presentó clínica de dolor y tumefacción articular ECC izquierda. A la exploración mostraba una lesión tumefacta de 4 cm sobre el ángulo de Louis y otra en articulación ECC izquierda, que se correspondieron con una adenopatía y osteomielitis EC en la TAC. Se realizó una PAAF en articulación EC obteniéndose *M. tuberculosis*. Se le practicó extirpación de la lesión supraesternal con desbridamiento y se inició tratamiento tuberculostático con buena evolución. La clínica del paciente 2 fue fiebre. Se objetivó una masa fluctuante laterocervical izquierda que se extendía hasta el esternón, la TAC mostró un absceso intramuscular en esternocleidomastoideo de 4,5 x 14 cm y una osteomielitis ECC. En el cultivo de la PAAF de la articulación y en los hemocultivos se aisló *Klebsiella pneumoniae*. La evolución también fue favorable: el absceso fue drenado por el servicio de ORL y se inició tratamiento antibiótico. Ninguno de ellos presentó leucocitosis.

Discusión. La artritis séptica ECC representa el 9% de las artritis sépticas. Es inusual en la población general (1%), pero frecuente en ADVP (17%). La osteomielitis de la articulación ECC, los abscesos y la mediastinitis son sus complicaciones más frecuentes (55, 25 y 13% del total respectivamente). Su curso es silente y dura varias semanas, la fiebre se da en el 65%, la leucocitosis no está siempre presente. Los pacientes son jóvenes (mediana de 45 años) y principalmente varones (73%). El factor de riesgo más frecuente es ser ADVP (21%), como uno de nuestros pacientes; la hepatopatía y el alcoholismo también son factores de riesgo descritos, aunque menos frecuentemente. El agente más común es *S. aureus* (49% en población general y 77% en ADVP), seguida por *P. aeruginosa* y enterobacterias. *M. tuberculosis* es un patógeno infrecuente (6%), produce patología osteoarticular en el 1%, estando afectada la articulación ECC sólo en el 2%. *Klebsiella pneumoniae* también es un patógeno infrecuente. Si las técnicas de imagen (TAC y RNM) muestran enfermedad localizada, el tratamiento médico acompañado o no de drenaje será suficiente. Si es extensa está indicada la resección articular. Son necesarias 4 semanas de tratamiento antibiótico que, en el caso de artritis complicada con osteomielitis o mediastinitis, se amplían a 6.

Conclusiones. Se trata de una patología infrecuente, en nuestro centro sólo se han diagnosticado dos casos en 11 años. Las características epidemiológicas y clínicas de nuestros pacientes se corresponden con los datos descritos en la literatura. En cuanto a los gérmenes aislados, ninguno de los pacientes presentó infección por *S. aureus* (el más frecuente). *K. pneumoniae* y *M. tuberculosis* son dos

bacterias muy infrecuentemente descritas como causa de osteomielitis tuberculosa.

A-19 BROTE DE ASPERGILOSIS PULMONAR EN HOSPITALIZACIÓN MÉDICA

A. Rebollar Merino, L. Pérez Sánchez, J. López Álvarez, E. Montero Ruiz y C. Gómez Ayerre

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

Objetivos. Revisar los casos de aspergilosis detectados en un brote nosocomial en pacientes médicos ingresados en unidades no críticas, identificando los pacientes en riesgo y determinando los datos clínicos y radiológicos que deben hacernos sospechar dicha entidad.

Material y métodos. Análisis retrospectivo de 24 casos diagnósticos de aspergilosis pulmonar durante el período que abarca desde noviembre de 2006 hasta mayo de 2007 en un hospital universitario. Para definición de caso se utilizaron los criterios recomendados por el Grupo de Estudio de Micosis del Instituto Americano de Alergia y Enfermedades Infecciosas: 1) Casos probables: pacientes «predispuestos» a esta infección y con manifestaciones clinicoradiológicas sugestivas y cualquiera de los dos siguientes criterios: a) Aislamiento de *Aspergillus* spp. en al menos dos esputos o dos broncoaspirados. b) Aislamiento en cultivo de *Aspergillus* sp. o evidencia de hifas septadas en el estudio histológico del líquido obtenido mediante un lavado broncoalveolar. 2) Casos dudosos aquellos que no cumplían todos los criterios anteriores pero que por el ambiente epidemiológico fueron tratados como tal. 3) Se excluyeron los pacientes en los que el aislamiento fue considerado como colonizante o contaminante.

Resultados. De los 24 casos con diagnóstico de aspergilosis, 17 eran casos probables y 7 dudosos. De los casos probables, todos eran varones, con una edad media de 71 años (rango 60-88), 13 de ellos (76%) eran exfumadores y estaban diagnosticados de enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC); 2 (12%) sufrían patología pulmonar crónica pero no habían fumado y 2 (12%) estaban en tratamiento con inmunosupresores. Todos los pacientes ingresaron con clínica de infección respiratoria, recibieron esteroides al menos durante 10 días en dosis superior a 10 mg de prednisona o equivalente, y completaron al menos un ciclo de antibióticos de amplio espectro. La sospecha de aspergilosis se basó en criterios clínicos y radiológicos (Aparición de infiltrados pseudonodulares bilaterales con o sin cavitación, y con áreas de neumonitis en TAC), con el apoyo de las muestras microbiológicas respiratorias tomadas con fibrobroncoscopia. La mortalidad fue de 8 casos (47%). La situación clínica de los pacientes no permitió efectuar pruebas diagnósticas invasivas que permitieran confirmar el diagnóstico de aspergilosis pulmonar invasiva, ni se obtuvieron necropsias de los 8 fallecidos.

Discusión. La Aspergilosis es una infección asociada a situaciones de inmunodepresión o como complicación de procedimientos quirúrgicos, fundamentalmente en pacientes ingresados en unidades especiales. En nuestro caso los 24 pacientes estaban ingresados en plantas médicas convencionales, habían estado en tratamiento con dosis elevadas de glucocorticoides, 2 dos de ellos habían estado con inmunosupresores pero sin neutropenia al ingreso ni posteriormente, y 1 recibió quimioterapia 12 días previos del ingreso. Todos los casos se comportaron clínicamente como infecciones respiratorias que no respondían al tratamiento antibiótico empírico. No se conoce la cual fue el foco de origen de este brote, aunque coinciden con realización de obras habituales de mantenimiento hospitalario. Tras realizarse un estudio epidemiológico y mediciones de la concentración de *aspergillus* en las salas clínicas no pudo determinarse una relación causal.

Conclusiones. La aspergilosis pulmonar es un proceso poco descrito en pacientes médicos convencionales, que en ocasiones se presenta en pequeños brotes epidémicos. Debemos pensar en esta entidad ante enfermos de edad avanzada, con patología pulmonar crónica, que la evolución clínica y radiológica no es la esperada y que reciben o han recibido tratamiento previo con corticoides o inmunosupresores. Nosotros hemos estudiado un brote epidémico de estas características sin que el foco de origen haya podido ser determinado con exactitud.

A-20 CANDIDIASIS HEPÁTICA EN PACIENTE INMUNOCOMPETENTE

P. Palasi Roig y L. Lorente Aroca

Servicio de Medicina Interna. Hospital de la Ribera. Alzira, Valencia.

Objetivos. Búsqueda de pacientes ingresados con diagnóstico de absceso hepático de origen fúngico.

Material y métodos. Análisis retrospectivo de todos los pacientes ingresados en el hospital de La Ribera, Alzira (Valencia) en el período de tiempo enero 2000-diciembre 2006 ambos inclusive. Se identificaron los diagnósticos de absceso hepático, descartándose aquellos desarrollados en postoperatorio. Los datos analizados fueron patología basal y microbiología de la infección.

Resultados. Se identificaron 79 pacientes con diagnóstico por CIE de Absceso hepático. De éstos solamente 2 presentaron etiología fúngica. El primer caso se trataba de un paciente intervenido de neoplasia de vía biliar con formación de absceso en el postoperatorio por *Candida albicans*. El segundo de ellos fue un paciente inmunocompetente que desarrolló un absceso hepático, sin manipulaciones previas de la vía biliar, identificándose en las cultivos *Candida albicans*.

Discusión. La candidiasis hepatoesplénica, es un proceso infeccioso que afecta a población inmunodeprimida, sobre todo pacientes con enfermedad hematológica y en períodos de neutropenia e inmunodeficiencia adquirida. Cada vez la incidencia es menor por el uso de profilaxis con fluconazol en pacientes transplantados, y con leucemia aguda. La especie aislada con más frecuencia es la *Candida albicans*, y la clínica que presenta es fiebre elevada de forma persistente, y dolor en hipocondrio derecho. Las técnicas de imagen indicadas en el diagnóstico son la ecografía y la TAC. Revelan lesiones habitualmente múltiples en hígado, bazo, riñones. El diagnóstico definitivo es por biopsia-aspiración, cultivo material, siendo a veces negativo por el tratamiento antifúngico recibido en la profilaxis. El tratamiento de elección es el fluconazol, y otros imidazoles de más reciente aparición, que pueden administrarse inicialmente por vía endovenosa y mantenerse en períodos prolongados (hasta 4-6 meses) vía oral, hasta conseguir resolución radiológica. Otros tratamientos antifúngicos como anfotericina B, caspofungina se reservan en caso de resistencia o infecciones por otro tipo de hongos.

Conclusiones. Absceso hepático por candida es extremadamente infrecuente en pacientes inmunocompetentes tal como demuestra la bibliografía y nuestra casuística.

A-21 UTILIZACIÓN DE LOS ANTÍGENOS URINARIOS EN EL DIAGNÓSTICO DE LAS NEUMONÍAS

J. Vázquez Labrador¹, J. Sequeira Lopes da Silva¹, E. Arroyo Masa¹, M. Martínez Giles¹, R. Álvarez Pérez¹, G. García García¹, M. García López² y D. Magro Ledesma¹

¹Servicio de Medicina Interna. Complejo H. Universitario de Badajoz. Badajoz. ²Servicio de Medicina Familiar y Comunitaria. Hospital de Mérida. Mérida, Badajoz.

Objetivos. Evaluar la frecuencia y la adecuada indicación de la determinación de la antigenuria de *Streptococcus pneumoniae* y *Legionella pneumophila*.

Material y métodos. Estudio descriptivo retrospectivo de todos los pacientes ingresados en Medicina Interna desde el 1 de enero del 2006 y el 31 de mayo del 2007; mediante la revisión de los informes de alta y éxitus se seleccionaron aquellos pacientes a los que se les diagnosticó de neumonía al alta y a los que se les había determinado el antígeno neumocócico y/o *legionella* en orina; su determinación se consideró adecuada cuando el paciente presentaba por la clínica y las pruebas de imagen, una neumonía. Se consideró Neumonía Adquirida en la Comunidad (NAC) cuando el paciente presenta síntomas de infección del tracto respiratorio inferior, nuevos infiltrados en radiografía de tórax o TAC, no existiendo un diagnóstico alternativo en el curso de la hospitalización, en un paciente no hospitalizado en las 72 horas previas.

Resultados. De los 298 pacientes revisados, 180 eran varones (60,4%) y 118 mujeres (39,6%), con una media de edad de 71 años. Se diagnosticó al alta de NAC a 241 enfermos (80,8%), de los cua-

les a 132 (54,7%) pacientes no se les determinó el Ag neumocócico en orina, en 87 casos (36,09%) fue negativo y en 22 casos (9,12%) fue positivo, siendo indicada su determinación en todos los casos. El 8,2% de las NAC (20 enfermos) fueron éxitus. Los 57 enfermos restantes (19,1%) se diagnosticaron de: 14 NIH, 7 EPOC reagudizados, 24 infecciones respiratorias de vías bajas, 3 TEP, 4 ICC, 2 sepsis de otro origen, 2 carcinomas de pulmón y 1 meningitis bacteriana; 3 enfermos de este grupo fueron éxitus (5,2%). El Ag neumocócico se solicitó a 139 pacientes (46,64%), siendo negativo en 116 casos, en 20 de los cuales, no estaba indicada su determinación; se trataban de 5 EPOC reagudizados, 10 infecciones respiratorias de vías bajas, 2 TEP, 1 ICC y 2 sepsis de otro origen. Fue positivo en 23 casos siendo indicada su determinación en todos ellos (22 NAC y 1 sepsis meningea). No se realizó la antigenuria a 159 casos (53,35%), de ellos, sólo en 19 casos no estaba indicado realizarla, siendo indicada en los 140 casos restantes. El Ag de *Legionella* se determinó en 138 pacientes, siendo negativo en 134 pacientes y positivo en 4.

Discusión. El interés del examen urinario de los antígenos microbianos abedece a que se concentran en la orina más que en otros fluidos y a que en ella no existen anticuerpos que alteren los resultados; su alta sensibilidad y especificidad unido a la rapidez de su determinación hacen que esta prueba diagnóstica sea de gran utilidad en el diagnóstico etiológico de las neumonías. En nuestro estudio podemos observar como a un 54,7% de las NAC, 132 pacientes, no se les determina el Ag neumocócico en orina, estando claramente indicado en todos ellos, es más, a 20 enfermos sin criterios clínicos ni radiológicos de neumonía se les solicita la antigenuria de forma inadecuada. El antígeno de *Legionella* se ha determinado con la misma frecuencia que el neumocócico en nuestro estudio, en la mayoría de los casos de forma inadecuada, ya que debe solicitarse primero el neumocócico, de ser éste negativo, y en caso de epidemiología favorable o alta sospecha clínica, se pedirá el Ag de *Legionella*.

Conclusiones. Es indudable que el conocimiento etiológico de las neumonías facilita la realización de un tratamiento dirigido, lo que significa emplear antimicrobianos de menor espectro, evitando así las asociaciones, las consecuentes multiresistencias y el gasto sanitario. La investigación de los antígenos en orina constituye un avance en el diagnóstico precoz de las neumonías y posee una notable fiabilidad y rentabilidad diagnóstica, debiéndose determinar a todos los enfermos con criterios clínicos o radiológicos de neumonía, haciendo por tanto, un uso adecuado de dicha técnica.

A-22 CARACTERÍSTICAS DE LAS TUBERCULOSIS INGRESADAS EN UN HOSPITAL UNIVERSITARIO: ESTUDIO COMPARATIVO 1996-2006

A. Supervía Caparrós¹, F. Del Baño López¹, S. Mínguez Masó¹, M. López Casanova¹, J. López Colomé², A. Aguirre Tejedo¹, I. Campodarve Botet¹ y E. Skaf Peters¹

¹Servicio de Urgencias, ²Servicio de Medicina Interna y Enfermedades Infecciosas. Hospital del Mar. Barcelona.

Objetivos. La tuberculosis constituye un grave problema de salud pública. En España se ha producido un aumento de los diagnósticos de tuberculosis en los últimos años, en parte como consecuencia del alto índice de inmigración procedente de países con alta prevalencia. Por otro lado, desde la introducción del tratamiento antirretroviral de gran actividad (TARGA) se ha producido un descenso en los ingresos por infecciones oportunistas en pacientes VIH positivos. El objetivo de nuestro estudio fue conocer las características epidemiológicas y micobacteriológicas, en dos períodos de tiempo, de los pacientes que precisan ingreso por tuberculosis.

Material y métodos. Estudio retrospectivo de todos los casos de tuberculosis diagnosticados en nuestro centro y que han sido asistidos en Urgencias durante los años 1996 y 2006. Se recogieron datos de procedencia, sexo, edad, tiempo de estancia en España si eran inmigrantes, hábitos tóxicos, antecedentes patológicos, localización de la tuberculosis, cultivos de micobacterias, estudio de resistencias y tratamiento efectuado. Se realizó una comparación entre los pacientes ingresados en 1996 y en 2006.

Resultados. Durante los dos períodos de estudio se diagnosticaron 74 casos de tuberculosis en 1996 y 52 en 2006. La edad media fue de 45,38 (19,3) y 39,06 (17,4) años respectivamente (p = ns). La comparación entre los dos períodos mostró diferencias en el porcen-

taje de inmigrantes (6,8% vs 44,2%; $p < 0,001$), VIH positivos (25,7% vs 7,7%; $p = 0,01$), fumadores (73,6% vs 55,8%; $p = 0,038$), alcoholismo (51,4% vs 28,8% $p = 0,012$) y pacientes afectados de EPOC (13,9% vs 0; $p = 0,005$). Solo un paciente inmigrante de 1996 y ninguno de 2006 era VIH positivo. No se produjeron diferencias en el sexo, uso de drogas, patologías de base distintas a la EPOC, antecedentes de TBC antigua y procedencia del paciente (domicilio/sin domicilio). La localización más frecuente fue la pleuropulmonar (91,9% y 82,7% respectivamente; $p = ns$). El 71,6% de los pacientes diagnosticados en 1996 recibió tratamiento con tres fármacos, mientras que el 75% de los de 2006 recibieron cuatro fármacos ($p < 0,001$). El antibiograma se realizó en el 47,3% de casos en 1996 y en el 80,8% en 2006 ($p < 0,001$). No se produjeron diferencias en el porcentaje de resistencias (8,6% vs 4,8%).

Discusión. Se observa una disminución en el número total de ingresos por TBC en 2006 respecto a 1996. Ello puede deberse a la introducción del TARGA, que ha producido una disminución significativa de los ingresos en pacientes VIH, superior al incremento de ingresos de población inmigrante.

Conclusiones. En 2006 se produjeron menos ingresos por TBC. Ha aumentado el porcentaje de inmigrantes y ha descendido el porcentaje de pacientes VIH positivos. Existe una disminución en los antecedentes de tabaquismo y enolismo. El antibiograma se realiza con mayor frecuencia aunque el porcentaje de resistencias es similar.

A-23 DIAGNÓSTICO MICROBIOLÓGICO EN LA NEUMONÍA ADQUIRIDA EN LA COMUNIDAD

S. Olivera González¹, P. Martín Fortea¹, A. Flamarique Pascual¹, M. Sánchez Marteles¹, M. Torralba Cabeza¹, J. Pérez Calvo¹, B. De Escalante Yangüela¹ y J. Amiguet²

¹Servicio de Medicina Interna, ²Servicio de Enfermedades Infecciosas. Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa. Zaragoza.

Objetivos. Describir el diagnóstico microbiológico en pacientes ingresados con neumonía adquirida en la comunidad: esfuerzo que se realizó para alcanzar un diagnóstico etiológico, y en cuántos de estos casos se consiguió.

Material y métodos. Estudio transversal, de 50 pacientes ingresados en M. Interna del HCU "Lozano Blesa" (Zaragoza), con diagnóstico de neumonía adquirida en la comunidad (NAC). Se recogieron los datos de solicitud de pruebas microbiológicas y rendimiento de las mismas. Los resultados se expresan como valor promedio \pm desviación estándar (variables numéricas), y en porcentaje (nominales). El análisis de los datos se ha realizado con SPSS 11.5 (2002).

Resultados. El cultivo de esputo y tinción de gram se realizó en el 31,4% de los pacientes. Se solicitó serología de neumonías atípicas en el 29,4%. En sólo 2 pacientes se solicitaron hemocultivos. En el 33,3% se solicitaron antígenos de *Legionella* y de *S. pneumoniae* en orina. En ninguno de los pacientes se realizó cultivo de líquido pleural. El rendimiento de estas pruebas fue de: hemocultivos 50%, cultivo de esputo 18,8%, y antígeno de neumococo 17,7%.

Discusión. El número de infecciones diagnosticadas etiológicamente en nuestro estudio es demasiado pequeño para evaluar sensibilidad y especificidad de las pruebas microbiológicas. Se intentó llegar al diagnóstico etiológico en un tercio de los pacientes. Los hemocultivos son una técnica sencilla, incruenta, y barata, y aun cuando su rendimiento sea del 15-20%, deberían realizarse siempre. La sensibilidad de antígenos de *Legionella* y neumococo en orina es alta, y aunque es una técnica sencilla y rápida, no debe sustituir a otras técnicas que permitan aislar el germen y realizar antibiograma.

Conclusiones. En nuestro medio, en muy pocos pacientes se intenta alcanzar el diagnóstico microbiológico. El intento de diagnóstico etiológico no se ajusta en absoluto a las directrices de consenso de nuestro medio. Hay que recalcar la necesidad de intentar alcanzar este diagnóstico etiológico, con el fin de racionalizar el tratamiento antibiótico de la NAC.

A-24 NEUMONÍA NECROTIZANTE Y ABSCESO PULMONAR. ANÁLISIS DE LOS ÚLTIMOS 10 AÑOS

F. Fernández Fernández, L. González Vázquez, R. Puerta Louro, D. Cid Gómez, A. Sanjurjo Rivo y J. De la Fuente Aguado

Servicio de Medicina Interna. Hospital Povisa S.A. Vigo, Pontevedra.

Objetivos. El absceso pulmonar (AP) y la neumonía necrotizante (NN) son infecciones supuradas que involucran la destrucción del parénquima pulmonar para producir una o más cavidades con un nivel hidroaéreo. El objetivo del presente estudio es describir las características epidemiológicas, microbiológicas y terapéuticas de los AP y NN.

Material y métodos. Estudio retrospectivo descriptivo mediante revisión de historias clínicas de los pacientes diagnosticados de NN o AP en nuestro hospital desde enero de 1997 hasta febrero de 2007. El diagnóstico se realizó en base a la presencia en las pruebas de imagen de una o varias cavidades en el parénquima pulmonar. Se excluyeron del estudio los casos provocados por *Mycobacterium tuberculosis* y las embolias sépticas cavitadas.

Resultados. Se incluyeron 41 pacientes, 80% varones, con una edad media de 53 años. El 63% tenía una enfermedad predisponente: las neoplasias (17%) y la EPOC (15%) representaron las causas más frecuentes. En el 73% de los pacientes existió una única cavidad, y la localización más frecuente fue el lóbulo superior derecho, seguida de los lóbulos inferiores derecho e izquierdo. La puerta de entrada conocida más frecuente de la infección fue la broncogénica por aspiración. Las manifestaciones clínicas más frecuentes en el momento del diagnóstico fueron fiebre (68%), tos, expectoración y dolor torácico, con una duración media de la sintomatología de 15 días. En el 24% de los pacientes existió un derrame pleural asociado. En los análisis se observó leucocitosis en el 68% de los pacientes; sin embargo, la VSG se elevó en todos los pacientes en los que se determinó. Se confirmó el agente microbiológico en el 27% de los pacientes. Los gramnegativos, y dentro de este grupo *Pseudomonas* como patógeno más frecuente, representaron el 75% de los aislamientos microbiológicos. La rentabilidad de las pruebas diagnósticas realizadas fue la siguiente: cultivo de esputo 36%, aspirado bronquial mediante broncoscopio 22%, líquido pleural 12% y hemocultivos 6%. Se emplearon diversas pautas terapéuticas, si bien la mayor parte de ellas incluyeron un betalactámico con inhibidor de betalactamasas o la asociación de clindamicina con betalactámicos o quinolonas. En cuatro pacientes fue preciso realizar un drenaje de la lesión, dos de modo percutáneo y dos quirúrgicamente. La mortalidad total fue del 24%, mientras que la atribuible a la infección representó el 15%. La presencia de una enfermedad de base y el origen nosocomial representaron los factores relacionados de forma significativa con mayor mortalidad.

Discusión. La NN y el AP son expresiones diferentes del mismo proceso patológico. Suelen desarrollarse en pacientes con enfermedades asociadas del aparato respiratorio, y se manifiestan con una sintomatología subaguda inespecífica. La baja rentabilidad de los métodos diagnósticos empleados en conjunto podría explicarse por las dificultades técnicas para el crecimiento de microorganismos anaerobios, y la peor rentabilidad del aspirado bronquial en relación con el cultivo de esputo se justifica probablemente por el empleo previo de antimicrobianos. La mortalidad es elevada y se asocia de forma significativa a la existencia de una enfermedad de base.

Conclusiones. EL AP y la NN son infecciones pulmonares habitualmente causadas por aspiración de contenido orofaríngeo. En los casos de origen nosocomial, particularmente si se desarrollan en pacientes con una enfermedad de base asociada, debe considerarse *Pseudomonas* e iniciar tratamiento antimicrobiano empírico frente a este microorganismo.

A-25 ENDOCARDITIS INFECCIOSA EN EL SERVICIO DE MEDICINA INTERNA

A. Echaniz, M. Moreno Cobo, M. Soto, I. Barbolla, M. Muro, J. Calleja, J. Perales y J. Patier

Servicio de Medicina Interna. Hospital Ramón y Cajal. Madrid.

Objetivos. Conocer el perfil de los pacientes diagnosticados de endocarditis infecciosa (EI) en el Servicio de Medicina Interna (SMI) del

Hospital Ramón y Cajal que es un Hospital de tercer nivel (con servicios de Cardiología y Enfermedades infecciosas que son de referencia para ingreso de esta patología) y compararlo con series generales de nuestro entorno nacional y europeo valorando las diferencias. **Material y métodos.** Revisión retrospectiva de pacientes diagnosticados de EI en los últimos 5 años (de mayo-2002 a mayo-2007). Se valoraron las siguientes variables: edad, sexo, cardiopatía predisponente, afectación valvular, datos ecocardiográficos, necesidad de cirugía, sintomatología al ingreso, comorbilidades asociadas, tratamiento, evolución y supervivencia. Los criterios de la Universidad de Duke se emplearon para la clasificación y diagnóstico incluyéndose los casos de EI definitiva y EI posible. Se revisaron otras series de EI publicadas.

Resultados. Se diagnosticaron 14 pacientes de EI definitiva y 4 de EI posible. La mediana de edad fue de 70 años (rango 47-86), siendo mayores de 65 el 66,6%. El motivo más frecuente de ingreso fue fiebre mayor de 38 °C (55%) seguido de otros diagnósticos heterogéneos (insuficiencia cardíaca descompensada, infección respiratoria, anemia, cuadro constitucional, etc). Ningun paciente ingresó con sospecha clínica de EI. En el 66% existía cardiopatía predisponente y el 61% presentaba pluripatología significativa (EPOC, neoplasia, hepatopatía crónica, insuficiencia renal crónica, diabetes, deterioro cognitivo). La EI fue mayoritariamente de adquisición comunitaria y se desarrolló de forma subaguda sobre válvulas nativas (73%) con predominio de la válvula mitral. El 95% presentaban anemia, el 50% leucocitosis y el 20% leucopenia. El 100% de los microorganismos aislados fueron gram positivos. En 3 casos los hemocultivos fueron estériles y en 1 caso el diagnóstico fue serológico.

Discusión. La EI continua considerándose "la gran simuladora" debido a la variabilidad en la forma de presentación y la sintomatología clínica. Por ello, es necesario mantener un alto índice de sospecha diagnóstica, incluso en hospitales de tercer nivel en los que hay servicios de referencia para el abordaje de esta patología. En nuestra serie destaca un perfil de paciente con edad superior a los 65 años, con frecuente comorbilidad y en el que la forma de presentación poco específica impidió el diagnóstico de sospecha inicial. Como está recogido ampliamente en la literatura el ETE tuvo un sensibilidad diagnóstica superior al ETT en el 55% de los casos. Destacados casos por *S. lugdunensis* y un caso por *Bartonella henselae*. *S. lugdunensis* puede valorarse erróneamente como contaminante y sin embargo presenta un comportamiento agresivo similar a *S. aureus* con frecuente destrucción valvular y necesidad de cirugía. La negatividad de los hemocultivos hace necesario ahondar en el diagnóstico realizando serologías frente a microorganismos poco habituales. En nuestra pequeña serie la indicación de cirugía de reposición valvular (4 casos) obtuvo excelentes resultados en todos independientemente de la edad. Existen numerosas series que analizan el impacto de la edad sobre el diagnóstico y la evolución, nuestros datos no difieren de forma reseñable de lo publicado previamente.

Conclusiones. El perfil de paciente con EI en nuestro servicio es un anciano con pluripatología en el que el diagnóstico no se sospecha al ingreso. La infección es comunitaria sobre válvulas nativas, presentación subaguda y con predominio de estreptococos. El ETE ayudo al diagnóstico en el 55% de los casos. La edad no tuvo influencia negativa sobre la evolución. Es necesario mantener un alto índice de sospecha de EI en los pacientes ancianos e insistir en el proceso diagnóstico. No encontramos grandes diferencias en cuanto a la epidemiología y la evolución en relación con otras series publicadas.

A-26 MENINGITIS AGUDA BACTERIANA NOSOCOMIAL EN ADULTOS

M. Gil Navarro, P. Laguna del Estal, M. Agud Fernández, C. García Zubiri, R. García Madero, M. López-Cano Gómez y M. Yebra Bango

Servicio de Medicina Interna. Hospital Universitario Puerta de Hierro. Madrid.

Objetivos. Describir las características de la meningitis aguda bacteriana nosocomial (MABN), mediante el análisis de los casos de meningitis aguda bacteriana en adultos atendidos en un hospital durante un período de 25 años.

Material y métodos. Se revisaron las historias clínicas de los pacientes de edad igual o mayor a 14 años diagnosticados de meningitis

aguda bacteriana, en base a unos criterios definidos previamente, entre 1982 y 2006. Se consideraron MABN, según los criterios definidos por Center for Diseases Control (CDC), aquellas adquiridas en el hospital (se desarrollan al menos 48 horas después del ingreso o una semana después del alta) que no resultan de una complicación o extensión de otra infección que ya está presente al ingreso del paciente (a menos que un cambio en la etiología microbiológica sugiera la adquisición de una nueva infección). Los restantes casos se consideraron adquiridos en la comunidad (MABC).

Resultados. De los 250 casos de meningitis analizados se encuentran 84 (34%) MABN que se incluyen en el estudio, con una edad de 49 ± 17 años, un 67% de hombres y un 8% de meningitis recurrentes. Todos tuvieron factores predisponentes: neurocirugía previa (65%), dispositivos neuroquirúrgicos (37%), traumatismo craneoencefálico (9%), infección a distancia (6%), fistula de LCR (6%), inmunosupresión (2%); 26 casos (31%) presentaron varios factores. Los pacientes con MABN presentaron menos sintomatología que los pacientes con MABC: cefalea (54% frente a 85%, p < 0,001), vómitos (20% frente a 54%, p < 0,001), rigidez de nuca (49% frente a 76%, p < 0,001), aunque el síntoma más frecuente en ambos fue la fiebre (92% y 90%), y sólo un 49% presentó alteración de conciencia. Desarrollaron complicaciones neurológicas 8 casos (12%): déficit focales 3 (3,2%), crisis epilépticas 4 (3,4%) y lesión de pares craneales 1 (1,2%). Se hizo TC craneal a 72 (86%) y se detectaron alteraciones en 53 (63%), siendo los hallazgos más frecuentes ventriculomegalia (22 casos, 26%) y solución de continuidad meníngea (5 casos, 6%). En LCR, 93% tuvieron > 100 leucocitos/mm³, 85% un porcentaje de neutrófilos > 50%, 95% proteínas elevadas, 61% hipoglucoorraquia, 17% tinción de Gram positiva y 56% cultivo positivo [*Staphylococcus coagulans* negativo 22 (26%), bacilos aerobios gramnegativos 6 (7%), *Staph. aureus* 6 (7%), *Enterococcus* 4 (5%) y *Streptococcus* spp 4 (5%), *P. aeruginosa* 3 (3,6%), *Strep. pneumoniae* 2 (2,4%)]. El 95% de los aislamientos fueron sensibles al tratamiento antibiótico empírico y 13 casos (15,5%) se trataron con corticoides. Ingresaron en UCI 30 (36%) y fallecieron 9 (10,8%).

Discusión. Los resultados del estudio demuestran que la MABN es una entidad con características diferenciales cuando se compara con la MABC, ya que presenta una etiología bacteriana característica (otras series comunican *Staph aureus* como aislamiento más común), más frecuencia de factores predisponentes para meningitis (y diferentes) y menos expresión clínica de afectación meníngea (siendo la fiebre y la alteración de conciencia los principales signos de sospecha diagnóstica). Tal presentación clínica dificulta el diagnóstico, al tratarse frecuentemente de pacientes en el postoperatorio de una neurocirugía en los que fiebre y alteración de conciencia pueden deberse a otras causas. No se recomienda el uso rutinario de corticoides en la MABN, por lo que el 15% de utilización no significa que el tratamiento fuese incorrecto, máxime cuando la antibioterapia empírica fue adecuada en el 95% de casos.

Conclusiones. 1) Las MABN suponen un tercio de las meningitis bacterianas en hospitales de tercer nivel. 2) La totalidad de los pacientes tiene factores predisponentes, fundamentalmente neurocirugía reciente y/o dispositivos neuroquirúrgicos. 3) El principal agente etiológico es *Staphylococcus*. 4) Clínicamente se presenta con fiebre, con menos síntomas meníngeos y similar mortalidad que las MABC.

A-27 ABSCESES ESPLÉNICOS: ESTUDIO CLÍNICO-MICROBIOLÓGICO DE 11 CASOS

J. Llenas García¹, M. Fernández Ruiz¹, L. Caurcel Díaz¹, A. Enguita Valls², M. Fernández-Cotarelo¹, J. Vila Santos¹ y J. Guerra Vales¹

¹Servicio de Medicina Interna, ²Servicio de Anatomía Patológica. Hospital 12 de Octubre. Madrid.

Objetivos. Los abscesos esplénicos son una patología infrecuente, con una incidencia de entre el 0,14 y el 0,7% en autopsias, y una mortalidad elevada, que alcanza el 100% en los casos no tratados. La etiología suele estar en relación con la diseminación hematogena de una infección, hemoglobiopatías, traumatismo previo sobre el bazo e infecciones contiguas. En los últimos años se ha observado un cambio en el espectro etiológico de los abscesos esplénicos, sobre todo en base al incremento de la inmunodepresión como factor sub-

yacente. La clínica suele ser insidiosa, lo que los convierte en una patología de diagnóstico generalmente difícil y tardío. Nuestro objetivo es conocer las características epidemiológicas, clínicas, microbiológicas, radiológicas y terapéuticas, de los abscesos esplénicos en nuestra institución.

Material y métodos. Se trata de un estudio retrospectivo de los casos diagnosticados de absceso esplénico en el Hospital Universitario 12 de octubre de Madrid entre enero de 1992 y diciembre de 2006. Para llevarlo a cabo, revisamos los informes anatomopatológicos de las esplenectomías realizadas en dicho período y realizamos una búsqueda a través del servicio de Documentación Clínica de nuestro hospital. Los resultados se analizaron utilizando el paquete estadístico SPSS 12,0, utilizando la prueba de la χ^2 para la comparación de variables cualitativas.

Resultados. Hemos encontrado 11 casos de absceso esplénico con una edad media de 55,2 años (rango 27-78) en 5 hombres y 6 mujeres. La etiología fue diseminación hematogena en 3 casos (dos endocarditis sobre válvula nativa y un caso tras cirugía de *by-pass* coronario), inmunodepresión en 3 casos, extensión a partir de una infección contigua en 3 casos, quiste esplénico sobreinfectado en un caso e idiopática en otro caso. La media de días de evolución al diagnóstico fue de 20,73 días (rango 1-90). Todos los casos presentaron fiebre, mientras que sólo los dos casos con endocarditis refirieron un síndrome constitucional. El 81,8% manifestaron dolor abdominal y en 2 casos la presentación inicial fue en forma de shock séptico. En 7 casos (63,7%) el absceso fue único y en 4 múltiple. Los gérmenes causantes fueron cocos gram + en 3 casos (27,3%), bacilos gram negativos en 2 (18,2%), anaerobios en 2 (18,2%), flora mixta en 2 (18,2%) y en 2 casos no se pudo filiar. El cultivo del pus del absceso fue diagnóstico en el 63,6% de los casos, mientras que los hemocultivos fueron positivos en el 45,5%. Encontramos una relación estadísticamente significativa entre la diseminación hematogena de una infección y la presencia de abscesos múltiples ($p = 0,024$) así como entre presencia de cocos gram + y la multiplicidad de los abscesos ($p = 0,024$). El tamaño medio de los abscesos en la tomografía computarizada (TC) fue de $7,9 \times 6,2 \times 9,5$ cm, visualizándose gas en 3 de ellos. El tratamiento fue antibioterapia en todos los casos, drenaje quirúrgico en uno y esplenectomía en 9 casos (urgente en el 36,4% de los casos); en un paciente se realizó drenaje percutáneo guiado por TC precisando posteriormente esplenectomía. El peso medio del bazo extirpado fue de 400,2 g (rango 112-815). La media de días de ingreso fue de 50,73 días (rango 5-120). La mortalidad fue del 18,2%, con una mortalidad atribuible a la presencia de absceso esplénico del 9,1%.

Discusión. La mayoría de los casos de absceso esplénico se deben a la diseminación hematogena de una infección. En nuestra serie, dicha diseminación se asocia a abscesos múltiples en los que predominan los cocos gram+, mientras que los otros grupos etiológicos (inmunodepresión, infecciones contiguas) aparecen con una frecuencia similar. La esplenectomía sigue siendo el tratamiento más aplicado en nuestra institución, mientras que el drenaje percutáneo, que en algunas series se ha mostrado igual de eficaz, apenas se utilizó. No hemos sido capaces de describir factores pronósticos probablemente debido al escaso tamaño muestral.

Conclusiones. Los abscesos esplénicos son una patología infrecuente y de difícil diagnóstico. Series hospitalarias como la nuestra ayudan a conocer y diagnosticar esta patología que tiene una elevada mortalidad, aún con tratamiento.

A-28 MENINGITIS AGUDA BACTERIANA ADQUIRIDA EN LA COMUNIDAD EN ANCIANOS

C. García Zubiri, P. Laguna del Estal, M. Agud Fernández, R. García Madero, M. Gil Navarro, M. López-Cano Gómez, A. Castañeda Pastor y M. Yebra Bango

Servicio de Medicina Interna. Hospital Universitario Puerta de Hierro. Madrid.

Objetivos. La epidemiología de la meningitis aguda bacteriana adquirida en la comunidad (MABC) se está modificando como consecuencia del empleo de la vacuna frente a *H. influenzae* y a *S. pneumoniae*, dejando de ser una enfermedad predominantemente infantil. Por otra parte, la proporción de ancianos en la población de los países desarrollados es cada vez mayor. El objetivo de este trabajo es

conocer las características diferenciales de la MABC que afecta a ancianos, mediante el análisis de los casos de MAB en adultos atendidos en un hospital durante un período de 25 años.

Material y métodos. Se revisaron las historias clínicas de los pacientes de edad > 14 años diagnosticados de MAB entre 1982 y 2006, excluyendo los casos de adquisición nosocomial. Se establecieron dos grupos, pacientes > 60 años (MABC en ancianos, MA) y pacientes < 60 años (MABC no ancianos, MnA), y se compararon las características de ambos.

Resultados. Se incluyen 166 casos de MABC, de los que 66 (39%) fueron MA. Clínicamente, las MA se diferenciaron de las MnA en la presencia de factores de riesgo de meningitis (69% frente a 52%, respectivamente, $p = 0,023$), de cefalea (77% frente a 91%, $p = 0,014$), de exantema [7% frente a 19%, $p = 0,032$, RR 3,1 (1,1-8,8)] y de alteración del nivel de conciencia [78% frente a 59%, $p = 0,013$, RR 1,3 (1,1-1,6)]. No se observaron diferencias significativas en cuanto al sexo (mujeres 54% frente a 50%), frecuencia de recurrencias (6% frente a 9%), presencia de vómitos (47% frente a 59%), fiebre (88% frente a 92%) o rigidez de nuca (71% frente a 79%), desarrollo de complicaciones neurológicas (18% frente a 17%) ni sistémicas (19% frente a 13%). En el análisis de LCR no hubo diferencias en el recuento de leucocitos (3889 ± 4538 frente a 3191 ± 4548) ni en el porcentaje de neutrófilos ($68\% \pm 31$ frente a $69\% \pm 36$), pero sí en la cuantificación de proteínas (368 ± 275 frente a 294 ± 343 , $p = 0,006$). La tasa de cultivos positivos fue también mayor en el grupo de MA (63% frente a 48%, $p = 0,048$), aislando *S. pneumoniae* (29%) y *L. monocytogenes* (12%) como agentes patógenos más frecuentes, y *S. pneumoniae* (22%) y *N. meningitidis* (16%) en el de MnA. La tasa de mortalidad fue mayor en las MA (18% frente a 6%, $p = 0,013$).

Discusión. La MA se asocia con más frecuencia a factores de riesgo de meningitis, probablemente por la mayor comorbilidad asociada a la edad. Exceptuando la alteración de conciencia, las manifestaciones clínicas fueron menos frecuentes, lo que dificultaría el diagnóstico de la infección en este grupo de edad. La mortalidad es tres veces superior, posiblemente como resultado de un mayor número de casos producidos por bacterias que ocasionan meningitis más graves, además de la influencia del factor edad avanzada. Con un 12% de aislamientos de *L. monocytogenes*, el empleo de antibióticos específicos frente a este agente es necesario en el tratamiento empírico que se inicie tras el diagnóstico de MA.

Conclusiones. 1) Las MA suponen casi el 40% de todas las MABC. 2) La MA se presenta más frecuentemente con factores predisponentes y alteración de conciencia que la MnA, y se asocia a mayor mortalidad. 3) *S. pneumoniae* y *L. monocytogenes* son los principales agentes etiológicos identificados.

A-29

LA INFLUENCIA DE LA INFECCIÓN DE VIRUS DE LA INMUNODEPRESIÓN HUMANA EN LA ENDOCARDITIS INFECCIOSA EN PACIENTES ADICTOS A DROGAS POR VÍA PARENTERAL

A. Villoslada Gelabert, M. Marco Lattur, A. Basa Malondra, A. De la Peña Fernández y J. Buades Reinés
Servicio de Medicina Interna. Hospital Son Llatzer. Palma de Mallorca, Illes Balears.

Objetivos. Analizar las diferencias de las características clínicas, microbiológicas y pronósticas entre los casos diagnosticados de endocarditis infecciosa en pacientes adictos a drogas por vía parenteral (ADVP) infectados y no infectados por Virus de la inmunodeficiencia humana tipo-1 (VIH).

Material y métodos. Se realizó un estudio descriptivo retrospectivo de todos aquellos casos de pacientes ADVP diagnosticados de endocarditis infecciosa según los criterios de Duke modificados, ocurridos durante el período 2005-2006 en el servicio de Medicina Interna del Hospital Son Llatzer. Recogimos los datos epidemiológicos, factores predisponentes, datos clínicos, microbiológicos, tratamiento y de evolución-pronóstico.

Resultados. Durante el período estudiado (24 meses) se encontraron un total de 23 pacientes. La mediana de edad fue de 36,7 años (rango 22-55 años) y 20 (92%) eran del sexo masculino. Estaban infectados por el virus de hepatitis C (VHC) 22 (96%) y 14 (54,1%) estaban coinfectados por HIV y VHC. De los pacientes infectados

por el HIV, 7 (53,8%) tenían un recuento de linfocitos CD4 menor 150. Habían padecido un episodio previo de endocarditis 3 (23%) de los pacientes infectados por HIV en contra posición de 5 (33%) de los no infectados. El síntoma principal en los infectados por HIV fue la fiebre en 11 (84,6%), y en 8 (73%) de los no infectados; presentando fenómenos embólicos 9 (69,2%) de los infectados y 8 (64%) de los no infectados, insuficiencia cardíaca congestiva 1 (8%) de los infectados y 2 (9%) de los no infectados. El ecocardiograma evidenció presencia de complicaciones como rotura valvular y abscesos únicamente en 2 (18%) de los no infectados. La válvula más afectada fue la Tricúspide en 12 (92%) pacientes infectados por HIV y en 9 (82%) de los no infectados, seguida de la Mitral 1 (7,7%) y 1 (9%) receptivamente. En los no infectados se observó afección de la válvula aórtica en 1 (9%). 10 (77%) de los pacientes infectados presentaban una bacteriemia positiva para *Stafilococcus aureus* meticilina sensible y de 8 (73%) de los no infectados. El resto de los infectados presentaron bacteriemia para *Bacillus* y *Enterobacterias*. De los no infectados el resto de las bacteriemias fue positivo para *Streptococcus* en 3 (27%). Se realizó tratamiento empírico con gentamicina más cloxacilina en 7 (54%) de los pacientes infectados y en 6 (54%) de los no infectados. La mediana en el tamaño de las verrugas en los paciente infectados fue de 1,7 cm² (rango 0.39- 2,94) y en los no infectados de 2,9 cm² (rango 0,54-6,72 cm²). Durante la evolución se sometió a cirugía cardíaca a 2 (15,3%) de los infectados por VIH y a 2 (18,2%) de los no infectados. La mortalidad entre los infectados fue de 2 (15,4%) y 1 (9%) en los no infectados.

Discusión. La inmunodepresión causada por la infección del virus de la inmunodeficiencia humana parece modificar las características clínicas y la severidad de las diferentes infecciones. La asociación de infección por HIV-1 y endocarditis en los pacientes ADVP es una relación frecuente que debe tenerse en cuenta en la práctica clínica. La tendencia observada en nuestra serie nos muestra que no es la infección por HIV quien modifica las características clínicas de la endocarditis infecciosa si no la adicción por drogas por vía parenteral.

Conclusiones. En los enfermos infectados por el HIV la endocarditis infecciosa no guarda relación con el grado de inmunodeficiencia. No existen diferencias significativas en las características clínicas, microbiológicas entre los pacientes infectados y no infectados por HIV. La infección por HIV no parece tener un efecto significativo en la mortalidad.

**A-30
SEROPREVALENCIA EN NAVARRA DE ENFERMEDAD DE LYME**

J. Oteiza Olaso¹, G. Tiberio López², V. Martínez de Artola³, M. Martínez Velasco¹ y M. Gonzalo Lázaro¹

¹Servicio de Medicina Interna. Hospital San Juan de Dios. Pamplona/Iruña, Navarra. ²Servicio de Medicina Interna, ³Servicio de Microbiología. Hospital Virgen del Camino. Pamplona/Iruña, Navarra.

Objetivos. Se ha estudiado la tasa de seroprevalencia para infección por *Borrelia burgdorferi* en la población general de Navarra mayor de 15 años, así como su como su prevalencia por sexo y edad o distribución geográfica, para confirmar o descartar zonas hiperendémicas.

Material y métodos. Se calculó estadísticamente la necesidad de una muestra de 1.335 individuos, por lo solicitamos al Gobierno de Navarra dos listados (uno de reserva) de 1.500 individuos aleatoriamente de nuestra comunidad estratificado en sexo, edad (15-29/30-59/60-99) y áreas sanitarias (Pamplona, Estella, Tudela, Tafalla, Este y Norte). Obtuvimos 1.429 sueros y se rellenó encuesta epidemiológica. La técnica utilizada para el estudio es un ELISA de alta sensibilidad de reciente aparición en el mercado (Kit QuickELISA C6 *Borrelia* de Immunetics). Se analizaron los resultados mediante prueba de Chi cuadrado (p = 0,05).

Resultados. De los 1429 sueros, 1366 fueron negativos (95,6%) y 63 son positivos para Bb (4,4%), por lo que la seroprevalencia global de Navarra de infección por Bb es de un 4,4% de la población. La distribución geográfica por las distintas áreas de salud dió los siguientes resultados: Este: 4,8%; Estella: 2,8%; Norte: 5,4%; Pamplona: 4%; Tafalla: 5,6% y Tudela: 4% (no significativo p = 0,76). Por edades: 4,9% positivos entre 15-29 años, 4,1% de 30-59 años y un 4,4% de 59-99 años (no significativo p = 0,8). Por

Tabla 1. Seroprevalencia por sexo y edades (A-30).

	Hombres	Mujeres	Total
15-29 años	4,5%	5,3%	4,9%
30-59 años	5,4%	3,1%	4,1%
60-99 años	3,6%	5,2%	4,4%
Total	4,7%	4,3%	4,4%

sexos: 4,7% en los hombres y de un 4,3% en las mujeres (no significativo = 0,7).

Discusión. La seroprevalencia global es similar a la de otras comunidades como Madrid 3,45, La Rioja 5,8 o León 4,08. No hemos encontrado áreas hiperendémicas, a diferencia de otras comunidades como 31,3% en la sierra Riojana; 24% en Sueve (Asturias) o áreas de Vizcaya con 35%. No hay diferencias en cuanto a sexo o distribución por edades, como la mayoría de los estudios llevados a cabo en España (sin diferencias por edades en: Galicia, La Rioja, Lanzarote, Soria, Valladolid y Madrid; sin diferencias por sexo en Vizcaya, Galicia, Soria, Valladolid, Barcelona, La Rioja y Sevilla).

Conclusiones. 1. En Navarra, se dan las condiciones adecuadas para la existencia y mantenimiento de la infección por *Borrelia burgdorferi* (enfermedad de Lyme), así como de su vector (garrapatas del género Ixodes) y su reservorio. 2. La seroprevalencia global de la población es de un 4,4%. 3. No hemos encontrado diferencias significativas entre las diferentes áreas analizadas (por lo tanto no existen zonas hiperendémicas). 4. No hemos encontrado mayor tasa de prevalencia en relación al sexo o la edad.

**A-31
REVISIÓN DE 10 CASOS DE TÉTANOS DETECTADOS EN EL HOSPITAL DONOSTIA DESDE EL AÑO 2000**

J. Oruesagasti Arrizabalaga, I. Zamarreño Gómez, I. Benavente Claveras, F. García Gutiérrez, H. Azkune Galparsoro, E. Zubillaga Azpiroz, A. Eguiluz Pinedo y K. Leizaola Arregui

Servicio de Medicina Interna. Hospital Donostia-Donostia Ospitalea. Donostia-San Sebastián, Guipúzcoa.

Objetivos. Analizar retrospectivamente las características clínicas de los casos de Tétanos detectados en nuestro Hospital desde el año 2000 hasta el año 2006.

Material y métodos. Estudio retrospectivo de 10 casos de Tétanos registrados en la base de datos del Hospital Donostia; analizando las siguientes variables: edad, sexo, factores de riesgo, características clínicas, complicaciones, tratamiento y estancia media.

Resultados. De los 10 pacientes estudiados, 2 eran mujeres y 8 varones; la edad media fue de 63 años (39-88 años). Como factores de riesgo para contraer el Tétanos hemos encontrado 5 pacientes con antecedente de herida, 3 ADVP, 1 paciente con picadura de gallo y 1 paciente sin antecedente conocido. El inicio de los síntomas se produjo 5 días antes del ingreso de media aunque entre aquellos con antecedente de herida los síntomas se iniciaron más precozmente (12 días antes de su ingreso en el Hospital). La clínica se caracterizó por contracturas localizadas y posteriormente generalizadas en 9 pacientes, trismus, disnea, estridor y laringoespasmos en 8 pacientes, disfagia en 6 pacientes y en un paciente parálisis facial. El diagnóstico en Urgencias se realizó en todos los casos por la clínica y a todos ellos se les administró la vacuna junto con la inmunoglobulina. En cuanto a la evolución durante el ingreso 9 precisaron ingreso en CMI de los que 7 precisaron intubación orotraqueal y traqueostomía; todos los pacientes requirieron la administración de benzodiazepinas i. V. y 7 de ellos además precisaron Propofol y/o Cloruro Mórfoico i. V. En todos los pacientes se utilizó como tratamiento antibiótico el Metronidazol. En cuanto a las complicaciones destacar que en 8 casos hubo sobreinfección (6 de origen respiratorio, 1 de foco urinario y otro caso fue una bacteriemia por catéter); además 4 pacientes tuvieron como complicación hipertensión arterial. En cuanto a la gravedad 7 casos fueron muy graves, 1 caso grave y en 2 casos la gravedad fue moderada. La estancia media en CMI fue de 28,6 días (9-45 días) y en todos ellos la evolución fue buena aunque 8 de ellos precisaron tratamiento rehabilitador posteriormente. Al alta 9 de los

pacientes continuaron con benzodiazepinas y/o tranquilizantes, 4 con fármacos antihipertensivos, otros 4 con heparina subcutánea y 2 con broncodilatadores. La estancia media en el hospital fue de 54 días (7-96 días).

Discusión. *Clostridium tetani* presenta una distribución mundial; lo más importante para evitar esta enfermedad es la profilaxis (calendario vacunal correcto y la asepsia vigilando las puertas de entrada y evitando las heridas). El diagnóstico es fundamentalmente clínico y el tratamiento del cuadro agudo va dirigido fundamentalmente a la afectación respiratoria (sedantes, relajantes musculares, intubación orotraqueal y ventilación mecánica), por lo que frecuentemente requieren ingreso en CMI. El tratamiento específico es el inmunológico con la vacuna junto a la inmunoglobulina; además el tratamiento antibiótico de elección es el Metronidazol. También son importantes las medidas de soporte hasta que el cuerpo metabolice las toxinas fijadas y las terminaciones nerviosas de todo el cuerpo se regeneren produciendo neurotransmisores nuevos, recuperando así la normalidad.

Conclusiones. 1. La medida más importante para evitar contraer el Tétanos es la profilaxis (calendario vacunal correcto y evitar las heridas). 2. El diagnóstico es fundamentalmente clínico por lo que es importante pensar en esta patología para instaurar un tratamiento inmunológico (vacuna + IG) lo más precozmente posible. 3. En el momento agudo lo más importante es el tratamiento de la afectación respiratoria, por lo que suelen requerir ventilación mecánica e ingreso en CMI. 4. Suelen aparecer múltiples complicaciones por lo que la estancia media tanto en CMI como posteriormente en Planta es prolongada, requiriendo a menudo tratamiento rehabilitador.

A-32 CLÍNICA Y EVOLUCIÓN DE LA MENINGITIS AGUDA BACTERIANA EN ADULTOS

R. García Madero, P. Laguna del Estal, M. Agud Fernández, M. Gil Navarro, C. García Zubiri y M. López Cano

Servicio de Medicina Interna. Hospital Universitario Puerta de Hierro. Madrid.

Objetivos. Describir las características clínicas, alteraciones de líquido cefalorraquídeo (LCR) y evolución de la meningitis aguda bacteriana (MAB) en adultos, mediante el análisis de los casos atendidos en un hospital durante un período de 25 años.

Material y métodos. Se revisan las historias clínicas de los pacientes de edad mayor o igual a 14 años diagnosticados de MAB, en base a unos criterios definidos previamente, entre 1982 y 2006.

Resultados. Se incluyen 250 casos. Clínicamente presentaron cefalea 187 (75%), vómitos 107 (43%), fiebre 227 (91%), rigidez de nuca 167 (67%), reducción del nivel de conciencia 152 (61%) y exantema 24 (9,6%) (maculopapular 2, petequeal 17 y purpúrico 5). La triada clásica de fiebre, rigidez de nuca y reducción del nivel de conciencia se observó en 105 (42%), y al menos uno de dichos hallazgos en 247 (98%). El tiempo de evolución hasta el diagnóstico fue de 1 día en 123 (51%), entre 2 y 3 días en 57 (24%), 4 días en 14 (6%) y > 4 días en 47 casos (19%). Presentaron complicaciones neurológicas 42 (17%) y no neurológicas 36 (14%), manifestándose en las primeras 24 horas del diagnóstico en el 38% y 47% respectivamente. En LCR la triada clásica de pleocitosis neutrofilica, hiperproteíorraquia e hipoglucorraquia se observó en 133 (53%), y al menos una de dichas alteraciones en el 98%. El recuento de leucocitos en LCR fue normal en el 2,8%, las proteínas en el 1,6% y la glucosa en el 33%. La tinción de Gram del LCR fue positiva en 82 (33%) y en el 53% lo fue el cultivo. El 30% habían recibido antibióticos antes del diagnóstico, lo que se asoció significativamente a una menor tasa de aislamientos bacterianos. De los 137 casos con cultivo positivo, la sensibilidad a la antibioterapia empírica fue adecuada en el 95%. Se realizó TC craneal en 192 (76%), siendo normal en el 46%. Ingresaron en UCI 100 (40%) y se trató con corticoides a 38 (15%). La estancia media fue de 25,9 ± 26,3 días, fallecieron 27 pacientes (10,8%) y de los que fueron dados de alta quedaron con secuelas 25 (11%). La mortalidad fue significativamente mayor entre los que desarrollaron complicaciones neurológicas precozmente (RR 3,4 IC 95% 1,7-6,8).

Discusión. Los resultados del estudio presentan una visión global del cuadro clínico y evolutivo de la MAB en adultos, sin diferenciar entre distintos subgrupos de pacientes en los que podrían detectarse hallazgos diferenciales. Clínicamente, la presentación clásica constituida por la triada de fiebre, rigidez de nuca y alteración del nivel de conciencia no ha sido un hallazgo frecuente; sin embargo, casi el 100% de los pacientes presentaron al menos uno de ellos, lo que obliga a incluir la MAB en el diagnóstico diferencial de numerosos síndromes clínicos. El análisis del LCR es esencial para el diagnóstico, aunque el patrón de alteraciones característico se presenta en poco más de la mitad de los casos; sin embargo, casi en la totalidad se observó al menos una de ellas. Por otra parte, la obtención de un diagnóstico de certeza por análisis del LCR no debe demorar el inicio de antibioterapia empírica si la sospecha es elevada, siendo el acierto en el tratamiento con las pautas recomendadas próximo al 100% de los casos.

Conclusiones. 1) La presentación clínica de la MAB y las alteraciones presentes en LCR son frecuentemente incompletas. 2) El desarrollo de complicaciones neurológicas se asocia a un peor pronóstico y a una tasa de mortalidad más elevada, sobre todo si se producen de forma precoz. 3) La cobertura del tratamiento antibiótico empírico según las pautas recomendadas es adecuada frente a la etiología que se identifica finalmente y no se debe demorar si la sospecha clínica es elevada.

A-33 EL TRATAMIENTO SISTEMÁTICO PARA EL STAPHYLOCOCCUS AUREUS AISLADO EN CATÉTERES VENOSOS NO ES NECESARIO EN SUJETOS CON HEMOCULTIVOS NEGATIVOS SIMULTÁNEOS. RESULTADOS DE UN ESTUDIO COMPARATIVO DE COHORTES

M. Cepeda González, V. Díaz Madrid, F. López Medrano, C. Rodríguez Leal, L. Prieto Pérez, F. Del Prado Navarro y A. Carrero Gras

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

Objetivos. Es una cuestión debatida la actitud que se debe adoptar cuando el *Staphylococcus aureus* (SA) se aísla en el cultivo de la punta de un catéter venoso (CV) y los hemocultivos simultáneos son negativos. El objetivo de nuestro estudio es valorar la necesidad de tratamiento sistemático en estos pacientes.

Material y métodos. Realizamos un estudio de 163 casos, en un hospital general universitario, en los que se aisló SA en el CV. Se utilizó para el cultivo de la punta del catéter una técnica cuantitativa (técnica de Maki). Se cultivaron dos muestras de sangre. Los casos fueron divididos en cuatro grupos: Grupo 1: pacientes con fiebre y hemocultivos positivos simultáneos para el SA; Grupo 2: pacientes con fiebre y hemocultivos simultáneos negativos para el SA; Grupo 3: no existían hemocultivos simultáneos porque el CV fue retirado y enviado rutinariamente para cultivo a pesar de que el paciente estaba afebril; Grupo 4: no existían hemocultivos simultáneos cuando el CV fue retirado a pesar de que el paciente estaba febril. Se consideró que este grupo fue manejado de modo inadecuado retrospectivamente. Se estudiaron las complicaciones que sucedieron en los siguientes 6 meses tras la retirada del CV. Las complicaciones se consideraron secundarias a la infección del CV si se aislaron SA con la misma sensibilidad en ambos momentos.

Resultados. Las complicaciones detectadas fueron: Grupo 1: 11/80 (1 endocarditis, 2 embolias pulmonares, 4 artritis sépticas, 4 tromboflebitis sépticas); Grupo 2: 1/42 (1 embolia pulmonar); Grupo 3: 0/23; Grupo 4: 1/18 (1 embolia pulmonar). La diferencia en el índice de complicaciones es estadísticamente significativa entre aquellos grupos con bacteremia simultánea (grupo 1 - 1/80 - el 13,7%) y aquellos sin bacteremia simultánea o sin fiebre cuando CV fue retirado (grupo 2 + el grupo 3 - 1/65-1,5%) (p = 0,018, CI 4,11 a 20,29 del 95%).

Conclusiones. Según nuestros resultados, el tratamiento intravenoso prolongado de forma sistemática no se justifica en caso del aislamiento del SA en la punta del CV si los hemocultivos simultáneos son negativos o el CV se cultiva rutinariamente mientras que el paciente está afebril.

A-35

MORTALIDAD DE PACIENTES VIH DURANTE EL PERÍODO 2001-2006 EN EL HOSPITAL UNIVERSITARIO VIRGEN DE LAS NIEVES

F. Jaén Águila, C. García García, M. Zamora Pasadas, D. Esteva Fernández, V. Manzano, C. Hidalgo Tenorio, J. Pasquau Liaño y M. López Ruz

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

Objetivos. La mortalidad en pacientes VIH ha variado en la última década con el desarrollo de la terapia antirretroviral de gran actividad (TARGA). No sólo ha descendido el número total de muertes en países occidentales sino que las causas de mortalidad se han modificado. Analizar las características de los pacientes VIH que han fallecido en los últimos cinco años en nuestro hospital.

Material y métodos. Estudio descriptivo de los pacientes VIH fallecidos durante el período 2001-2006. Revisión de la base de datos del Hospital Universitario Virgen de las Nieves en dicho período aplicando el programa SPSS.

Resultados. Fallecieron 95 pacientes. 20 eran mujeres (21%). La media de edad fue 41,2 ± 10,6 años. La media de CD4 fue 172 cel/ml. El 73,6% de los pacientes estaban en estadio C3. El 78,6% no seguía TARGA. El 72% falleció en el servicio de Medicina Interna y el 20% en la UCI. La mortalidad en 2001 fue del 26% y en 2006 del 16,8%. La primera de causa de muerte fue la infecciosa (45%), destacando la neumonía con un 13% (incluida infección por *P. jirovecii*, 4,8%), la tuberculosis (8,3%) y la meningocelalitis (7,1%). Como segunda causa de mortalidad destacaba la insuficiencia hepática con un 18%. La tercera causa era el grupo de neoplasias, donde resaltaba el linfoma con un 8,5%. La Leucoencefalopatía era responsable del 7% de las muertes.

Conclusiones. La mortalidad ha disminuido de año en año. La mortalidad más elevada se asociaba con un estadio clínico más avanzado y unos CD4 por debajo de 200 cel/mL (estadio C 3). La primera causa continuaba siendo la infecciosa, produciéndose un incremento en las muertes por insuficiencia hepática y neoplasias hematológicas. Todo esto sugiere la cronificación de esta enfermedad, y por tanto la modificación de las causas clásicas de mortalidad en estos enfermos.

A-37

FACTORES DE RIESGO PARA ENFERMEDAD DE LYME EN NAVARRA

J. Oteiza Olaso¹, G. Tiberio López², V. Martínez de Artola³ y M. Lanzas Pro²

¹Servicio de Medicina Interna. Hospital San Juan de Dios. Pamplona/Iruña, Navarra. ²Servicio de Medicina Interna, ³Servicio de Microbiología. Hospital Virgen del Camino. Pamplona/Iruña, Navarra.

Objetivos. Se pretende identificar factores de riesgo para enfermedad de Lyme en Navarra, tales como profesión, contacto con ganado, ámbito rural, contacto con animales, tamaño del municipio de residencia o antecedente de mordedura de garrapata.

Material y métodos. Se calculó la necesidad de una muestra de 1.335 individuos, por lo solicitamos al Gobierno de Navarra dos listados de 1.500 individuos aleatoriamente de nuestra comunidad estratificado en sexo, edad y área de salud, obteniendo 1.429 sueros y se rellenó encuesta epidemiológica en que además de los datos de filiación, se recogía la profesión dividida en tres tipos (agricultor, ganadero u otras), tamaño de municipio (rural o urbano), contacto con animales (habitual, esporádico o anterior), contacto con medio rural (inexistente, habitual, semanal, mensual o con anterioridad), tipo de ganado (ovejas, cabras, vacas u otros), y antecedente de mordedura de garrapata. Se utilizó un ELISA de alta sensibilidad (Kit QuickELISA C6 *Borrelia* de Immunetics). Se analizaron los resultados mediante prueba de Chi cuadrado (p = 0,05).

Resultados. En la profesión, son positivos el 3,5% de agricultores; un 13,2% de ganaderos y un 4,3% otras profesiones (p = 0,03). La seropositividad del grupo rural es del 4,9% de positivos frente al 3,9% en el urbano (p = 0,9). Analizando el contacto con ámbito rural: 3,6% en contacto inexistente; 5,2% en habitual; 4,4% en semanal; 2,7% en contacto mensual; y 2,3% si existía contacto con anterioridad no actual (p = 0,9). Respecto al contacto con ganado:

Tabla 1. (A-37).

	Contacto rural				
	Inexistente	Habitual	Semanal	Mensual	Anterior
% positivos	3,6	5,2	4,4	2,7	2,3

	Contacto ganado			
	Inexistente	Habitual	Esporádico	Anterior
% positivos	4,2	6,8	3,7	4,2

4,2% en los que no refieren relación, 6,8% en relación habitual, 3,7% en relación esporádica y 4,2% los de relación anterior (p = 0,6). Respecto al tipo de animales, hemos encontrado diferencias significativas en la zona Norte, el tener contacto con vacas (p = 0,03) u ovejas (p = 0,02). El recuerdo de antecedente de mordedura de garrapata no encuentra diferencias: 6,3% en los que lo recordaban y 3,1% en los que no (p = 0,17).

Discusión. De todos los factores analizados, hemos encontrado como factores de riesgo en nuestra comunidad, la profesión de ganadero (no así la de agricultor), y en la zona Norte el tener contacto con ganado ovino o vacuno. No hemos encontrado diferencias, respecto al tamaño del municipio, contacto con ámbito rural, contacto con animales o el antecedente de mordedura de garrapata. Si existe una tendencia lógica hacia la positividad, si hay contacto con animales o ambiente rural; así como la picadura de garrapata. Muchos habitantes de la capital o de otras ciudades no pierden relación con el pueblo natal y en muchos casos acostumbran a volver a él con una periodicidad, lo que creemos que homogeniza los resultados. Al igual que la mayoría de estudios sobre población general, no encontramos diferencias significativas en los pacientes que recuerdan la mordedura de garrapata, que en muchas ocasiones, creemos que pasa desapercibida.

Conclusiones. 1) En Navarra la profesión de ganadero, se relaciona con mayor riesgo de enfermedad de Lyme; 2) En la zona Norte el tener relación (no profesional) con ganado ovino o vacuno, tiene mayor riesgo de infección por *Borrelia burgdorferi* y 3) No hemos encontrado diferencias respecto al contacto rural, tamaño de municipio, mordedura de garrapata o diferentes tipos de contacto con animales.

A-38

TUBERCULOSIS PERITONEAL: REVISIÓN DE 10 AÑOS EN UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL

M. Martín Fortea, S. Olivera González, M. Aibar Arregui, B. De Escalante Yangüela, B. Sierra Bergua, M. Sánchez Marteles, B. Amores Arriaga y V. Garcés Horna

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

Objetivos. Estudiar los factores predisponentes, clínica de presentación, pruebas de confirmación diagnóstica y evaluación tras tratamiento de la tuberculosis peritoneal en nuestro medio.

Material y métodos. Se ha realizado una revisión de los pacientes con el diagnóstico de tuberculosis peritoneal a lo largo de 10 años (1997-2006), en el Hospital Clínico Universitario "Lozano Blesa". Se han excluido pacientes con serologías positivas para VIH y los casos de diagnóstico no confirmado. Las variables analizadas se expresan en forma de media (numéricas) y porcentaje (nominales).

Resultados. Se han encontrado 6 pacientes con el diagnóstico de tuberculosis peritoneal, 3 hombres y 3 mujeres. La media de edad fue de 55 años (rango 17-80). Dos de ellos eran originarios de otros países (Perú y Mauritania). Entre los antecedentes personales, destaca 1 paciente con cirrosis hepática y tratamiento con infliximab por artritis reumatoide, y cirugía abdominal previa y enolismo en otro. En el resto de los pacientes no había factores predisponentes de esta enfermedad. En cuanto a la presentación clínica, los síntomas más frecuentes fueron: síndrome constitucional (67%), aumento de perímetro abdominal (67%), fiebre (50%), dolor en fosa renal (17%), y vómitos (17%). El diagnóstico se realizó mayoritariamente por anatomía patológica tras laparoscopia y/o laparotomía exploradora (83%), confirmando peritonitis granulomatosa tipo tuberculosis, y apareciendo BAAR sólo en una de las muestras analizadas; en el

caso restante se diagnostica por sospecha clínica y la existencia de TBC pleural y pericárdica concomitante (con cultivo de Lowenstein-Jensen positivo en líquido pleural). En los análisis destaca la presencia de anemia (67%), linfopenia (17%), hiponatremia (17%) e insuficiencia renal (17%). La VSG media fue de 62 mm. A todos los pacientes se les realizó la prueba de la tuberculina, siendo positiva en el 33%. La radiografía de tórax sólo fue normal en un caso; en el 60% de las radiografías patológicas se encontró derrame pleural izquierdo. Se realizó paracentesis exploradora y/o evacuadora en 5 pacientes, y se determinó el ADA en 4, estando elevado en 3 casos, con un valor medio de 76,3 U/L; en 4 de las 5 muestras de líquido ascítico analizadas se comprobó predominio linfocitario. En 5 casos (83%) se realizó baciloscopia y cultivo de líquido ascítico y esputo con resultado negativo. En el 50% se analizó DNA complex de *M. tuberculosis* en líquido peritoneal, siendo negativa en todos ellos. Todos los pacientes recibieron tratamiento convencional con isoniacida, pirazinamida y rifampicina; en un caso (17%) apareció hepatitis tóxica por rifampicina, que se sustituyó por etambutol, y en 3 hiperuricemia. Se han registrado dos fallecimientos (34%): uno secundario a hepatopatía primaria y otro a causa de una sepsis de origen urinario.

Discusión. En el período estudiado sólo se han encontrado 6 casos de tuberculosis peritoneal confirmada (excluyendo pacientes VIH positivo), lo que indica que es una forma poco común de enfermedad tuberculosa, existiendo un factor predisponente claro en al menos 2 casos. La forma típica de presentación incluye ascitis y síndrome constitucional. A pesar de la eficacia teórica de los métodos microbiológicos, en nuestra serie ha sido necesario recurrir al diagnóstico histológico en la mayoría de los casos.

Conclusiones. 1) La tuberculosis peritoneal es una forma infrecuente de presentación de la enfermedad tuberculosa; puede desarrollarse sin que exista enfermedad tuberculosa concomitante en otras localizaciones. 2) A pesar de la alta especificidad que presentan las técnicas microbiológicas, el estudio histológico resulta más rentable para el diagnóstico. 3) La evolución clínica de la tuberculosis peritoneal tras tratamiento es favorable, siempre que no exista patología de base que complique dicha evolución.

A-39

FACTORES PRONÓSTICOS DE LA BACTERIEMIA POR *E. COLI* BLEE DE FOCO URINARIO

R. Barrena¹, A. Asenjo¹, M. Velasco¹, J. Valverde², A. Delgado-Iribarren², M. P. Rueda¹, B. Comeche¹ y S. Nistal¹

¹Servicio de Medicina Interna, ²Servicio de Microbiología. Fundación Hospital Alcorcón. Alcorcón, Madrid.

Objetivos. La infección urinaria bacteriémica por *E. coli* productor de beta-lactamasas de espectro expandido (BLEE) es una entidad de manejo más difícil que la producida por bacterias sensibles y que suele afectar a pacientes con peor estado general. Para valorar la evolución y pronóstico de esta entidad se diseñó el presente trabajo. **Material y métodos.** Se recogieron datos clínicos, epidemiológicos y de laboratorio de todas las bacteriemias por *E. coli* de foco urinario aislados en la Fundación Hospital Alcorcón durante 6 meses, revisando la historia clínica informatizada de los pacientes. Se compararon las variables asociadas a evolución y pronóstico de los pacientes con y sin BLEE mediante chi-cuadrado y t de Student.

Resultados. Se incluyeron 62 pacientes en el estudio, 40,3% varones, con una edad media de 67,4 (21,6) años. En 14 casos se aisló *E. coli* BLEE (22,6%). Los pacientes con bacteriemia por *E. coli* BLEE tuvieron tendencia a presentar un mayor número de cayados leucocitarios (9 [4,6] vs 4 [5,8], p = 0,186), cifras de PCR más elevadas (146 [109] vs 97 [69] mg/dl, p = 0,073) y mayor porcentaje de shock (60,0 vs 19,3%, p = 0,071). El antibiótico empírico fue inadecuado en todos los pacientes con *E. coli* BLEE (0% vs 50,3%, p < 0,001). No hubo diferencias en la presencia de metástasis sépticas y bacteriemia persistente. Los ingresos de los pacientes con *E. coli* BLEE fueron más prolongados (12,6 vs 5,8 días, p < 0,001). La mortalidad precoz (< 20 días) de la serie fue del 6,4% y la tardía del 6,5%. La mortalidad precoz fue mayor en los pacientes con *E. coli* BLEE (33 vs 19,6%, p = 0,054), mientras que no hubo diferencias en la mortalidad tardía.

Conclusiones. Las bacteriemias de foco urinario por *E. coli* BLEE son más graves que las producidas por *E. coli* no BLEE, se tratan de forma empírica inadecuada con mayor frecuencia, y se asocian a ingresos más prolongados y a mayor mortalidad.

A-40

ESPONDILITIS TUBERCULOSA. ESTUDIO SOBRE 55 PACIENTES

M. Ramírez Lapausa¹, M. Lainez², M. Sendino Revuelta³, A. Vegas⁴, P. Martín-Dávila⁵ y J. Fortún Abete⁵

¹Servicio de Medicina Interna. Hospital Universitario de Getafe. Getafe, Madrid. ²Servicio de Reumatología, ³Servicio de Traumatología, ⁴Servicio de Anatomía Patológica, ⁵Servicio de Enfermedades Infecciosas. Hospital Ramón y Cajal. Madrid.

Objetivos. Describir y evaluar los datos epidemiológicos, clínicos, radiológicos y evolución de una serie de pacientes diagnosticados de espondilitis tuberculosa en un período de 30 años.

Material y métodos. Estudio retrospectivo observacional realizado en los Hospitales de tercer nivel Ramón y Cajal y Universitario de Getafe en Madrid. Se revisaron 55 historias clínicas de pacientes que fueron diagnosticados de espondilitis tuberculosa (ET) durante un período de 30 años. Se recogieron las características demográficas y datos analíticos, radiológicos, microbiológicos e histopatológicos, así como el tratamiento realizado, su duración y la evolución del paciente tras el tratamiento. Para el diagnóstico definitivo se consideró el cultivo positivo de muestras óseas o tejidos adyacentes afectados o bien la presencia de granulomas típicos en dichas muestras. Como diagnóstico probable se consideró lesiones vertebrales compatibles en pacientes con tuberculosis en otra localización y buena respuesta al tratamiento tuberculostático. Los datos se recogieron en una base de datos MS-Access XP y se analizaron con el programa SPSS versión 12. Se realizó un estudio descriptivo de las diferentes variables y se empleó el test de Chi-cuadrado para el análisis de variables cualitativas. Se consideraron valores de p menores a 0,05 como significativos.

Resultados. Se obtuvo un diagnóstico de espondilitis tuberculosa definitiva en 34 casos y probable en 21. La edad media fue de 44 años, 24 eran mujeres y 31 eran hombres, 6 eran inmigrantes, 8 habían sido diagnosticados de tuberculosis pulmonar previa y 5 habían tomado corticoides en los 5 años previos al diagnóstico. Un paciente estaba diagnosticado de infección por VIH. La media de duración de los síntomas fue de 8,7 meses, el dolor fue el síntoma más frecuente (80%), seguido de la fiebre (36,4%) y de los signos inflamatorios locales (12,7%). La localización más frecuente fue la columna dorsal (27) seguida de la lumbar (21), sacroiliaca (5) y cervical (1). En el 34,5% existieron síntomas de compromiso neurológico, 11 pacientes presentaron de forma simultánea tuberculosis pulmonar y 10 otras formas de tuberculosis extrapulmonar. En el 78% de los pacientes en los que se realizó la radiografía de columna fue patológica. En el 92,8% existió captación en la gammagrafía ósea. El TAC y la RNM mostraron datos de afectación en el 97% y 100% respectivamente. El disco se afectó en 97% de los casos y en dos casos existió discitis sin espondilitis y en uno afectación vertebral sin afectación del disco. La media de vértebras afectadas fue de 2. Abscesos paravertebrales se observaron en 24 pacientes y epidurales en 21. En la mitad de los pacientes se objetivó por medio de técnicas de imagen datos de compromiso neurológico. El mantoux fue positivo en el 75% de los pacientes, el cultivo en el 76% de las muestras óseas y en el 72% de las masas paravertebrales. En orina el cultivo fue positivo en el 57,1% de las muestras. Se realizó en ocho pacientes técnicas de PCR y en 7 el resultado fue positivo. En el 83,3% se observó la presencia de granulomas necrotizantes. 51 pacientes recibieron tratamiento tuberculostático y 34 requirieron tratamiento quirúrgico. En 47 pacientes se registró su evolución posterior y el 64% de ellos curaron sin secuelas, el 30% curaron presentando algún tipo de secuela y 3 fallecieron. Las secuelas más frecuentemente registradas fueron dolor, impotencia funcional, deformidad y paraparesia. Los pacientes que tuvieron compromiso neurológico presentaron más secuelas que aquellos que no lo presentaron, 35,7% frente a 16,6% OR: 9 (IC95%: 1,73-5,99) p: 0,01. No hubo diferencias en la evolución entre los pacientes que fueron sometidos a cirugía y los que no la requirieron.

Conclusiones. La ET afecta más frecuentemente a varones sanos y suele acompañarse de afectación simultánea pulmonar o extrapulmonar. La localización más frecuente es la columna dorsal y su presentación clínica es insidiosa, produciendo con frecuencia compromiso neurológico. El cultivo de orina puede ser de ayuda en el diagnóstico. Más del 60% de los pacientes requieren cirugía. Los pacientes con deterioro neurológico al diagnóstico presentan más secuelas posteriormente que los que no lo presentan.

A-41

INFECCIÓN DISEMINADA POR MYCOBACTERIAS: UNA GRAVE COMPLICACIÓN TRAS BCG INTRAVESICAL POR CARCINOMA UROTELIAL DE VEJIGA

P. Barros Alcalde¹, E. Carballo Arceo², M. Pérez del Molino³, J. Lema Grille⁴ y V. Lorenzo Zúñiga⁵

¹Servicio de Medicina Interna. Hospital Clínico Universitario. Santiago de Compostela, A Coruña. ²Servicio de Medicina Interna, ³Servicio de Microbiología, ⁴Servicio de Urología, ⁵Servicio de Medicina Interna. Complejo Hospitalario Universitario de Santiago. Santiago de Compostela, A Coruña.

Objetivos. Poner de manifiesto el impacto y los severos efectos secundarios de las complicaciones derivadas del tratamiento con BCG intravesical en los pacientes afectos de neoplasia urotelial de vejiga.

Material y métodos. Presentamos el caso de dos pacientes ingresados en Medicina Interna entre los meses de noviembre y diciembre de 2006. Se trata de dos varones de 61 y 73 años previamente diagnosticados en el Servicio de Urología de carcinoma papilar urotelial de alto grado y que habían recibido tratamiento con instilaciones vesicales semanales con BCG. Tras varias sesiones ambos enfermos acuden al hospital por la aparición de fiebre, administrándose inicialmente tratamiento antibiótico empírico ante la sospecha de infección de tracto urinario y traqueobronquitis aguda respectivamente. A pesar del tratamiento, ambos pacientes presentan una evolución tórpida debiendo acudir nuevamente a nuestro centro por mal estado general y persistencia de la fiebre. Tras ingresar inicialmente en Urología los enfermos se trasladan a Medicina Interna bajo la sospecha diagnóstica de infección diseminada por *Mycobacterium bovis*. Aunque en los dos pacientes predominaba clínicamente la fiebre, la colestasis marcada y el síndrome general, uno de ellos debutó también con disnea, tos y pancitopenia, por lo que se pusieron en marcha los estudios necesarios para completar el diagnóstico.

Resultados. La forma de diagnóstico y de presentación fue diferente en ambos enfermos. En el primero de ellos, asintomático desde el punto de vista respiratorio, tras la realización de TAC tóraco-abdominal se demostró la presencia de un intenso patrón intersticial bilateral; sin embargo, no fue posible confirmar la presencia bacteriana en los cultivos de sangre, esputo ni orina. En el segundo, a pesar de que la clínica pulmonar era florida, el TAC torácico únicamente evidenció derrame pleural bilateral, siendo positiva la PCR para mycobacterias en las muestras de esputo y orina. Además, y debido a la pancitopenia marcada que presentaba, se llevó a cabo biopsia de médula ósea que no llegó a confirmar que el origen de la misma fuese también tuberculoso, aunque la recuperación tras la instauración del tratamiento se produjo de forma rápida. Ante la sospecha inicial de enfermedad por *M. bovis* se inició tratamiento con tuberculostáticos, mejorando de forma paulatina la colestasis, el patrón pulmonar y la pancitopenia.

Discusión. El tratamiento local con BCG, una variedad atenuada de *Mycobacterium bovis*, es un tipo de inmunoterapia efectiva y extensamente empleada en el tratamiento del carcinoma urotelial superficial. Aunque de forma general es un tratamiento bien tolerado por el 95% de los pacientes y la mayor parte de las complicaciones se producen a nivel local, en ocasiones debemos sospechar efectos adversos a nivel sistémico tales como alteraciones en la función pulmonar, hepática o hematológica, ya que aunque pueden ser tratados de forma efectiva a veces amenazan seriamente la vida del paciente. La sepsis, en muchos casos, puede ser el resultado de la absorción intravenosa del BCG a través de la mucosa inflamada o erosionada, como consecuencia de instilaciones traumáticas o procesos infecciosos locales.

Conclusiones. A pesar de ser una complicación rara, debería tenerse en cuenta y sospecharse ante todo paciente a tratamiento con instilaciones vesicales con BCG por neoplasia urotelial superficial incluso meses o años tras la última instilación, para poder actuar de forma rápida y eficaz dado su elevado potencial letal. Dicho tratamiento no debería ser empleado en pacientes con cistitis severas o tras instilaciones traumáticas con sangrado, dado el mayor riesgo de transmisión sistémica. El tratamiento con tuberculostáticos y corticoides suele ser efectivo en la gran mayoría de pacientes.

A-42

ESTUDIO EPIDEMIOLÓGICO DE INFECCIÓN CUTÁNEA POR BACILLUS ANTHRACIS EN UN ÁREA DE SALUD (1996-2006)

G. Pérez Vázquez¹, L. García Aragón¹, M. Juyol Rodrigo¹, M. González Penabad², E. Iglesias Quirós¹, A. Gascón Mariño³, A. Fernández Alamán¹ y M. Díaz Hurtado⁴

¹Servicio de Medicina Interna, ²Servicio de Cirugía General y Digestiva, ³Servicio de Nefrología. Hospital Obispo Polanco. Teruel. ⁴Servicio de Medicina Interna. Clínica Montserrat-Alianza M.L., S.A. Lleida.

Objetivos. Estudio retrospectivo (1996-2006) de infecciones cutáneas sospechosas de carbunco.

Material y métodos. Se utilizó el programa HP Doctor para el análisis retrospectivo de las historias clínicas, así como el programa estadístico SPSS 12.0. A todos los pacientes se realizó estudio analítico y microbiológico durante su ingreso.

Resultados. Se describen datos epidemiológicos de 34 pacientes ingresados con diagnóstico de sospecha de carbunco. Diagnóstico de confirmación mediante análisis microbiológico positivo para *Bacillus anthracis* en 6 pacientes: 5 con infección concomitante por *S. aureus* y 1 con *S. epidermidis*. En una ocasión se obtuvo biopsia positiva para *Bacillus anthracis*, y otra anticuerpos positivos. Distribución por sexo: 32 hombres y 2 mujeres. Por grupos de edad: 13 pacientes menores 40 años, 15 entre 41-60 años y 5 mayores de 60 años. En invierno se presentaron 9 casos, 14 en primavera, 6 en verano y 5 en otoño. Incidencia de casos por año: 8 en el año 2000, 7 en el año 2004, 5 en 1998, 4 en 1997 y 2006, 2 en 1996 y 1999, 1 en 2001 y 2005 y ningún caso en 2002 y 2003. Actividad laboral: 18 ganaderos, 11 pastores. Localización anatómica: 30 lesiones extremidad superior (88,24%), 3 extremidad inferior (8,82%), 1 tórax (2,94%). En todos los pacientes se inició antibioterapia empírica: en 23 casos con amoxicilina clavulánico en 23 casos, en 5 con ciprofloxacino, en 4 con penicilina y en 2 casos con doxiciclina. En un paciente hubo afectación gastrointestinal con hemorragia digestiva alta. No hubo ningún éxito.

Discusión. La forma más común de presentación de la infección por *Bacillus anthracis* en la lesión cutánea, que causa el 95% de los casos clínicos. El clínico que obtiene una historia epidemiológica cuidadosa y sospecha infección por *Bacillus anthracis* no tendrá problemas para establecer el diagnóstico de carbunco cutáneo.

Conclusiones. La incidencia fue mayor en hombres con actividad ganadera (85,29%), sobre todo en primavera (41,18%), en el grupo de edad entre los 41 y 60 años (44,12%). Sin embargo el diagnóstico de certeza sólo se alcanza en contadas ocasiones; en nuestro estudio se obtuvo en 6 casos (17,65%). La infección cutánea causada por *Bacillus anthracis* se caracteriza por tener un periodo de incubación de 2-7 días, seguido por el desarrollo de un pápula pruriginosa en el sitio de inoculación, que se transforma inicialmente en una vesícula/bulla para posteriormente ser una úlcera de 1-3 cm con escara necrótica, sin embargo independientemente de su apariencia clínica la lesión es paradójicamente indolora. En 1-2 semanas la lesión suele secar y dejar una escara permanente.

A-43

CAMBIOS DIAGNÓSTICOS EN NUESTRA POBLACIÓN VIH + TRAS 10 AÑOS DE USO GENERALIZADO DEL TARGA

R. Oropesa Juanes¹, E. Ortega González¹, E. Ballester Belda¹, J. Pérez Silvestre¹, V. Abril López de Medrano¹, M. García del Toro¹, T. López Buades² y A. Herrera Ballester¹

¹Servicio de Medicina Interna. Consorcio Hospital General Universitario de Valencia. Valencia. ²Servicio de Medicina Interna. Hospital de la Plana. Villarreal/Vila-real, Castellón.

Objetivos. Desde su uso generalizado en 1996, la era TARGA ha supuesto profundos cambios en el perfil del paciente VIH. En los últimos 10 años no sólo ha aumentado la esperanza de vida de estos pacientes, si no también su perfil demográfico, formas de transmisión y emergencia de ciertas patologías como la hepatopatía crónica por VHC y enfermedades importadas a consecuencia del fenómeno de la inmigración.

Material y métodos. Estudio de corte revisando las causas de ingreso hospitalario de los años 1996 y 2006 y valorando el perfil de los

pacientes que ingresan en la unidad de enfermedades infecciosas de nuestro servicio.

Resultados. Comparamos las frecuencias de los diferentes diagnósticos en ambos años resumidas en tabla (no hubo espacio para enviarla electrónicamente): Variable 1996 2006 Número de ingresos 600 373 Distribución por sexos 74% H. 26% M 63% H. 37% M Porcentaje pacientes VIH 79,7% 65,1% Patología SNC* 4,7% 9,4% TBC Pulmonar 19,5% 10,2% TBC Extrapulmonar 23,3% 7,2% Herpes Zóster 3,7% 3,4% Mucet* 18% 2,7% ADVP* 56% 50,3% Porcentaje de extranjeros 2% 11,3% Linfoma 3,2% 3,2% Diarrea* 4,7% 2,9% Neumonía* 23% 20% Endocarditis Infecciosa 7,5% 18% Lues* 2,3% 1,6% VHC 33% 49,1% VHB 15,2% 7,5% Hepatopatía crónica 32,2% 47,2% Reacciones adversas a fármacos 6,2% 4,6% Enfermedad definitiva de SIDA* 49,8% 14,5% Diagnóstico SIDA en ingreso* 12,5% 2,4% Éxito 3,3% 1,1% *Patología SNC: Incluye meningitis bacterianas, por *Cryptococcus neoformans*, LMP y demencia SIDA *Mucet: Incluye candidiasis orofaríngea y esofágica *ADVP: Ex adictos a drogas por vía parenteral y en activo *Diarrea: Patógenos oportunistas (*Cryptosporidium*, *Isospora*, etc) *Neumonía: Incluye por *P. jirovecii* *Lues: Cualquier forma de presentación de sífilis *Enfermedades definitivas de SIDA: categoría C de la clasificación del CDC *Diagnóstico de SIDA en ingreso: pacientes VIH que ingresaron por debut de enfermedad definitiva de SIDA La media de edad en los pacientes ingresados en 1996 fue de 34,9 (14-84) años frente a la media de 2006 que fue de 41,09 (19-85) El estadio de infección VIH más frecuentemente observado en 1996 fue C3 (59,2%) frente a un 38,3% en 2006.

A-44 INFECCIÓN RESPIRATORIA POR SARM: EXPERIENCIA EN UN HOSPITAL COMARCAL

C. Chico¹, M. Javaloyas¹, T. Bastida², A. Smithson³, E. Rodríguez¹, J. Buges¹ y B. Batalla¹

¹Servicio de Medicina Interna, ²Laboratorio de Microbiología, ³Servicio de Urgencias. Hospital de l'Esperit Sant. Santa Coloma de Gramenet, Barcelona.

Objetivos. Aunque la infección por SARM es cada vez más frecuente, sus características clínicas y epidemiológicas son poco conocidas cuando afecta al aparato respiratorio, en pacientes procedentes de la comunidad que consultan al servicio de urgencias.

Material y métodos. Estudio descriptivo retrospectivo entre 1998 y 2006 de los pacientes diagnosticados de infección respiratoria por SARM en un hospital de 145 camas sin unidad de cuidados intensivos. Se recogieron variables clínicas y epidemiológicas, así como la sensibilidad de SARM a los antimicrobianos.

Resultados. Se detectaron 9 pacientes con infección del aparato respiratorio por SARM, todos varones, con edades entre 62 y 94 a. Un caso procedió de residencia geriátrica y el resto, de domicilio. En 8 constaba el antecedente de hospitalizaciones previas (entre 6 y 221 días antes), en el propio centro o en otro. Predominaron los síntomas de infección respiratoria (89%). Las enfermedades de base más frecuentes fueron: EPOC severa (78%), diabetes mellitus (56%) y neoplasia diseminada (33%). El índice de Charlson osciló entre 2 y 9 (mediana: 5). El diagnóstico se realizó en 4 casos por cultivo repetido de esputo, en 2 por BAS, en 2 por catéter telescopado y BAS y en uno por cultivo de líquido pleural. En 5 pacientes el diagnóstico fue de neumonía bacteriana, uno de ellos con empiema. En 4 de 5 pacientes en los que se investigó había colonización nasal por SARM. SARM fue sensible en todos los casos a fosfomicina, vancomicina y rifampicina. Sólo en un caso fue resistente a cotrimoxazol y en otro a mupirocina. El tratamiento empírico fue inadecuado en todos los casos. Fallecieron 4 pacientes durante el tratamiento, todos con el diagnóstico de neumonía, 3 con neoplasia diseminada.

Conclusiones. 1) La sospecha de infección respiratoria por SARM al ingreso fue nula en todos los casos, por lo que estaposibilidad diagnóstica debería tenerse en cuenta en pacientes varones con EPOC avanzada, colonización nasal por SARM, hospitalización previa y alta comorbilidad. 2) La mortalidad fue alta especialmente cuando cursó con neumonía.

A-45

MAL DE POTT, DESCRIPCIÓN DE DOS CASOS G. Pérez Vázquez¹, L. García Aragón¹, A. Fernández Alamán¹, E. Iglesias Quirós¹, A. Gascón Mariño², J. Roncal Boj³, T. Espallargas Doñate³ y P. Sánchez Santos⁴

¹Servicio de Medicina Interna, ²Servicio de Nefrología, ³Servicio de Traumatología, ⁴Servicio de Radiodiagnóstico. Hospital Obispo Polanco. Teruel.

Objetivos. Describir la presentación clínica, diagnóstico, tratamiento y desarrollo de tuberculosis vertebral (mal de Pott) en dos pacientes. **Material y métodos.** Se realiza una revisión de los casos de espondilodiscitis atendidos en nuestro centro hospitalario desde 1990 a 2006 con diagnóstico obtenido mediante estudio radiológico simple y tomografía computerizada (TC), así como mediante estudio microbiológico. En todos los casos se realizaron hemocultivos, urocultivos y coprocultivos, así como prueba cutánea de intradermoreacción para micobacterias. En un caso se realizó punción-aspiración con aguja fina para detección de RNAm de *Mycobacterium tuberculosis* mediante la reacción en cadena de la polimerasa. Todos los casos fueron remitidos a la Unidad de Columna para su estabilización ortopédica.

Resultados. Cuatro casos de espondilodiscitis vertebral: uno por *Staphylococcus aureus*, dos por *Mycobacterium tuberculosis* y un cuarto caso donde no se evidenció el agente causal. Caso A: mujer de 67 años, con antecedentes de diverticulosis colónica. Ingresó por dorsalgia refractaria a tratamiento médico habitual. El TC columna objetivó espondilodiscitis a nivel D8-D9 y D9-D10, compatible con tuberculosis con absceso osifluente paraespinal derecho. Se trató con rifampicina y etambutol durante un año, con buena evolución clínica. Caso B: varón 23 de años. Ingresó por dorsalgia de 3 meses de evolución sin tratamiento previo. El TC de columna muestra espondilodiscitis a nivel D8-D9 e inflamación de tejido perivertebral, tratado con rifampicina, etambutol, isoniácida y piracinamida. El diagnóstico de *Mycobacterium tuberculosis* se alcanzó mediante el aislamiento de su RNAm en las muestras obtenidas por punción-aspiración con aguja fina de la lesión, con la reacción en cadena de la polimerasa. Todos los casos fueron remitidos a Unidad de Columna para drenaje y estabilización ortopédica de columna.

Discusión. Las micobacterias pueden comportarse como agentes etiológicos de infecciones osteoarticulares, siendo la tuberculosis osea el 1-3% de todas las infecciones por tuberculosis y el 30% de las formas extrapulmonares. El *Mycobacterium tuberculosis* es un agente a considerar en la formación de abscesos de psoas, generalmente asociado a la coinfección por *Staphylococcus aureus*. Hasta 1997 se establecía la biopsia como método fundamental para el diagnóstico de tuberculosis osteoarticular. A partir de los estudios de Tuli et al (2007) la biopsia pasa a ser un método confirmatorio de diagnóstico en casos de duda. Además, el estudio de Kotil et al (2007) establece la necesidad de redefinir las indicaciones del tratamiento quirúrgico ya que la mayoría de los pacientes atendidos en la actualidad pueden ser tratados con terapia médica conservadora.

Conclusiones. El tratamiento médico con fármacos de primera línea se promueve en la actualidad como tratamiento de elección en pacientes con tuberculosis osea. Además la biopsia queda relegada a un segundo plano como método confirmatorio en casos de duda, siendo la clínica, el estudio radiológico y la prueba de intradermoreacción los pilares fundamentales en el diagnóstico de tuberculosis osea.

A-46

ESTUDIO COMPARATIVO DE NEUMONÍAS POR VIRUS VARICELA ZÓSTER EN PACIENTES VIH POSITIVOS VERSUS NO VIH

R. Oropesa Juanes, V. Abril López de Medrano, E. Ortega González, R. Sanz Vila, M. García Fabra, M. García, P. Sorni Moreno y A. Herrera Ballester

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

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 taba-

co, sexo masculino, embarazo y la inmunosupresión, incluida la infección por el VIH.

Material y métodos. Estudio comparativo de 12 casos de neumonía varicelosa entre los años 2000 y 2006 diagnosticados en la unidad de enfermedades infecciosas de nuestro hospital analizando las principales diferencias entre los pacientes con infección por el VIH frente a los pacientes seronegativos.

Resultados. De los 12 pacientes analizados 5 eran VIH positivos (41,7%) frente a 7 pacientes no VIH. Comparamos las diferentes características de ambos subgrupos en las siguientes tablas: (no caben en formato electrónico) Epidemiología y factores de riesgo: VIH NO VIH edad media 41,8 años 41,5 años% Hombres 100 (5) 28,6 (2) % Mujeres 0 (0) 71,4 (5) % Fumadores 40 (2) 42,9 (3) % Cont Prev 0 (0) 57,1 (4) % Gestante 0 (0) 14,3 (1) % Inmunodepr. 100 (5) 28,6 (2) % VIH 100 (5) 0 (0) Clínica y Radiología: VIH No VIH% Expect Hemoptoic 40 (2) 28,6 (2) % Fiebre 40 (2) 71,4 (5) % Disnea 60 (3) 42,9 (3) % Dolor Torácico 40 (2) 14,3 (1) % Afectación Piel 80 (4) 71,4 (5) % Tos 80 (4) 85,7 (6) Cont. Prev.: Contacto previo con caso de varicela Inmunodepr.: Incluye causas no VIH de inmunosupresión Tratamiento y pronóstico: Grupo VIH: Se administró Aciclovir a todos los pacientes, sin administración concomitante de corticoterapia (80%) a excepción de un caso. El tiempo medio de tratamiento fue de $9,80 \pm 3,70$ días. En ningún caso se produjo fracaso respiratorio con necesidad de cuidados intensivos. Grupo no VIH: Se administró Aciclovir a todos los pacientes sin administración de corticoide en ningún caso. Tiempo medio de tratamiento: $11,14 \pm 5,58$ días. Ningún paciente requirió UCI.

Conclusiones. La neumonía varicelosa en nuestra serie predominó en varones VIH + frente al grupo de los no VIH donde fue más frecuente en el sexo femenino. La edad media y hábito tabáquico fueron similares independientemente del estadio serológico. Más de la mitad de los pacientes no VIH reconocieron contacto previo con otro caso de Varicela en contraposición al grupo de infección por el VIH donde no se documentó ningún contacto previo Casi la tercera parte del grupo no VIH presentaba otras condiciones de inmunosupresión, en especial tratamiento crónico con Corticoides y alcoholismo La fiebre fue el síntoma predominante en el grupo inmunocompetente junto con la afectación cutánea y la tos. En el grupo VIH predominó la expectoración hemoptoica y disnea siendo la fiebre menos frecuente. El tiempo medio de tratamiento en los paciente seronegativos paradójicamente fue algo más largo que en el grupo VIH. Ninguno de los pacientes presentó criterios de fracaso respiratorios o traslado a unidad de críticos sin requerir la mayoría tratamiento concomitante con corticoides

A-47

ESPONDILODISCITIS INFECCIOSAS. 2 CASOS ILUSTRATIVOS

R. Oropesa Juanes, J. Calvo Catala, M. González Cruz, J. Pérez Silvestre, C. Campos, E. Sánchez Ballester, V. González Valles y A. Herrera Ballester

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

Objetivos. Las espondilodiscitis infecciosas (EI) representan una patología cuya incidencia en los últimos años se ha visto aumentada debido fundamentalmente a una mayor expectativa de vida de la población que presenta enfermedades crónicas, lo que suponen condiciones para cierto grado de inmunodepresión. Su etiología más frecuente es bacteriana. El diagnóstico es clínico confirmándose con exploraciones radiológicas. El tratamiento se basa en la administración de antibióticos durante semanas siendo necesario en algunos casos el drenaje percutáneo de colecciones purulentas originadas a consecuencia de la afectación raquídea.

Material y métodos. Comentar los aspectos principales de las EI a propósito de dos casos observados en nuestro hospital.

Resultados. Caso 1: hombre de 58 años con artritis reumatoide que inició clínica de dolor lumbar progresivo de 2 meses de evolución. Apirético. Hepatopatía por VHC. Presentó dolor a la palpación de apófisis espinosas lumbares y soplo sistólico III/VI en foco aórtico. Reactantes de fase aguda elevados. Radiografía de columna: listesis L4-L5. TAC y posterior IRM raquídea: espondilodiscitis L4-L5 sin afectación de partes blandas. Ecocardiograma: insuficiencia aórtica severa con imágenes de vegetaciones en válvula aórtica procedien-

dose a sustitución valvular por endocarditis infecciosa. Cultivo del material obtenido de la punción en la región discítica y cultivo de la válvula estériles. Mantoux y serología de brucella negativos. El tratamiento antibiótico fue cloxacilina y ceftriaxona, cambiando cloxacilina por vancomicina tras realizar la sustitución valvular. La duración total del tratamiento fue de 8 semanas. Caso 2: mujer de 45 años con artritis reumatoide en tratamiento y VHC. Consultó por dolor lumbar de 1 mes, intenso a la movilización pasiva de la extremidad inferior y palpación de la región de psoas y apófisis espinosas lumbares. Soplo sistólico III/VI en foco aórtico. Igualmente aumento de leucocitos, hemoglobina, PCR y VSG. Mantoux y serología Brucella negativos. Radiografía raquídea normal. TAC: erosiones L4-L5 sin afectación intradural y absceso de psoas derecho secundario a espondilodiscitis infecciosa. Ecocardiograma y fondo de ojo normales. Hemo y urinocultivos negativos. Se pautó empíricamente cloxacilina y ceftriaxona, realizándose drenaje percutáneo del absceso bajo control ecográfico, evacuándose líquido purulento, positivo para *Staphylococcus aureus* (SA) sensible a meticilina y quinolonas. Cultivo para micobacterias negativo. Se cambió la pauta a cloxacilina, rifampicina y ciprofloxacino, completándose 2 meses de tratamiento, retirándose cloxacilina a los 14 días. Mejoría en meses posteriores.

Conclusiones. La EI es una entidad de diagnóstico mediante sospecha siendo altamente sugestivo de ella el dolor insidioso de larga evolución en región axial vertebral con reactantes de fase aguda elevados analíticamente El microorganismo más frecuentemente implicado es *Staphylococcus aureus* (SA), frecuente en pacientes con enfermedades o tratamientos inmunosupresores como la artritis reumatoide presente en nuestros dos casos. Se debe descartar siempre etiologías como la brucelar y tuberculosa El agente infeccioso puede llegar al disco intervertebral por diseminación hematológica, por contigüidad o por inoculación directa. En muchos pacientes el sitio primario de infección jamás es identificado. El diagnóstico es de sospecha clínica confirmándose posteriormente con técnicas radiológicas siendo la más sensible la IRM raquídea. Sin embargo la TAC sirve para guiar la toma de muestras para cultivo microbiológico de material infectado Es necesario en casos seleccionados evaluar la coexistencia de EI con Endocarditis infecciosa (hasta un 30% de los casos de EI). Factores de riesgo asociados a esta coexistencia son: Patología cardíaca previa, insuficiencia cardíaca, hemocultivos positivos e infección por microorganismos gram positivos El tratamiento antibiótico debe cubrir SA y bacterias gram negativas durante 8 semanas siendo intravenoso un mínimo de 4 semanas. El tratamiento quirúrgico suele reservarse para unos pocos casos (mala evolución con tratamiento médico, inestabilidad ósea). En los casos de aparición de absceso de psoas subsecuente se realizará drenaje percutáneo como en nuestro segundo caso. Los resultados de esta técnica son equiparables al tratamiento del absceso mediante cirugía abierta.

A-48

ANÁLISIS DE LOS PACIENTES CON INFECCIÓN VIH FALLECIDOS EN NUESTRO HOSPITAL EN LOS ÚLTIMOS 10 AÑOS

M. Garcinuño Jiménez, M. López Fernández, M. Budiño Sánchez, G. Hernández Pérez, J. Barragán Casas, O. Abdallaoui, E. Rodríguez Beltran y D. Sánchez Fuentes
Servicio de Medicina Interna. Complejo Asistencial de Ávila. Ávila.

Objetivos. Analizar las características clínico epidemiológicas y las causas de muerte de los pacientes con infección VIH fallecidos en nuestro Hospital desde 1997 hasta mayo de 2007, tras la introducción del tratamiento retroviral de gran actividad (TARGA).

Material y métodos. Se analizaron los datos de las historias clínicas de los pacientes con infección VIH fallecidos en nuestro hospital, en estos últimos 10 años tras disponer de TARGA. Se recogieron datos sociodemográficos, prácticas de riesgo, categoría inmunológica, hábitos tóxicos, recuento de CD4, carga viral del VIH, coinfección por el virus de hepatitis C (VHC), causa de mortalidad, tratamiento retroviral y grado de cumplimiento terapéutico.

Resultados. Un total de 36 pacientes con infección VIH han fallecido en nuestro hospital desde 1997 hasta la fecha, 30 varones (83,3%) y 6 mujeres, con una edad promedio de 40 años, rango (29-70 años), 27 pacientes (75%) eran o habían sido usuarios de drogas intravenosas (UDIs). El 66,6% estaban coinfectados por el VHC. La gran mayoría (32 pacientes) se encontraba en una categoría immuno-

lógica avanzada: C2-C3. En cuanto a la situación virológica tan sólo 7 pacientes estaban indetectables, en otros 7 no se disponía de este dato y el resto (58,3%) presentaba cargas virales elevadas. No realizaban tratamiento retroviral (TAR) o este era subóptimo en 26 pacientes (73%). Distribución de las causas de fallecimientos: 17 pacientes murieron por infecciones, principalmente Neumonías (15), 11 pacientes por cirrosis por VHC, 6 por secuelas neurológicas en relación con VIH y 2 por procesos hematológicos malignos. Registramos 5 diagnósticos de SIDA en el ingreso en el que se produjo el fallecimiento (14%), que fue debido a Neumonía por *P. Jirovecii* en 4 de ellos. La media de fallecidos por año fue de 3-4 en cada uno de los años.

Discusión. Tras la introducción del TARGA han disminuido las muertes por infección VIH, a pesar de esta mejoría, en nuestro medio, coincidiendo con lo publicado en otras series, la infección avanzada por el VIH sigue siendo la principal causa de muerte en estos pacientes, y se observa una estabilización sin descenso en las tasas de mortalidad en estos últimos 10 años. En nuestro estudio, como en el resto de las series, la mayoría de los pacientes fallecidos son varones, que son o han sido UDIs. La gran mayoría de los pacientes que fallecieron, no recibía tratamiento retroviral, este era subóptimo o presentaba escasa adherencia. Pertenecían a una categoría inmunológica avanzada y presentaban replicación viral. Aunque la causa principal de muerte fue la etiología infecciosa, principalmente neumonía, esta aumentando el número de Éxitus debido a hepatopatía por VHC, dada la gran prevalencia de coinfección en nuestros pacientes. Es de destacar la ausencia de mortalidad de etiología cardiovascular. También es reseñable los diagnósticos tardíos de infección VIH (14%), principalmente en grupos de riesgo diferentes a los UDIs. Observamos que el número de pacientes que fallecen al año permanece estabilizado; diagnósticos tardíos, falta de adherencia al tratamiento, aumento en la edad media e incremento en las muertes por hepatopatía mantienen estas tasas.

Conclusiones. Se hace necesario insistir en la adecuada cumplimentación de tratamiento retroviral, Plantear, siempre que sea posible, tratamiento para la infección por VHC y concienciarnos de realizar un adecuado cribado de la infección VIH para establecer diagnóstico precoz.

A-49 TUBERCULOSIS DE LOCALIZACIÓN ATÍPICA. DESCRIPCIÓN DE DOS CASOS CLÍNICOS

R. Oropesa Juanes, V. Abril López de Medrano, E. Ortega González, L. Deus, E. Mateo Sanchis, G. Lostaunau Costa, M. García y A. Herrera Ballester

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

Objetivos. La Tuberculosis (TBC) extrapulmonar de localización musculoesquelética representa tan solo un 2% de todos los casos de TBC. Este tipo de afectación se produce como consecuencia de la bacilemia producida durante la primoinfección tuberculosa pudiendo el bacilo permanecer en estado latente durante años, desarrollando síntomas posteriormente en general manifestándose como dolor insidioso de larga evolución que retrasa el diagnóstico en la mayor parte de los pacientes.

Material y métodos. Descripción de dos casos clínicos de Tuberculosis de atípica localización observados en nuestro servicio.

Resultados. Caso 1: varón de 79 años ingresado por dolor intenso de larga evolución en cadera derecha reagudizado por el encamamiento hospitalario. Radiografía de dicha cadera normal. En las siguientes semanas se constató la aparición de tumoración progresiva e indolora en cara anterior de muslo derecho que se biopsia resultando microscópicamente material líquido de aspecto grueso que en la anatomía patológica se reveló como restos de tejido necrótico y tejido fibroso-inflamatorio crónico con macrófagos y granulomas de diagnóstico y cultivo inespecíficos. La evolución en los meses siguientes fue tórpida no presentando mejoría y realizándose ante sospecha de etiología tuberculosa la prueba de Mantoux que fue positiva y cultivo para micobacterias de la muestra que positivizó para *Micobacterium tuberculosis* a los 20 días de incubación. Tras descartar afectación tuberculosa de otros territorios mediante estudio de extensión, se pautó tratamiento tuberculostático de primera línea curando el proceso tras 6 meses de tratamiento sin secuelas. Caso 2: Varón de 62 años que presentaba desde hacía 2 años úlcera anal con

dolor a la defecación siendo estudiado por el servicio de digestivo como sospecha de enfermedad de Crohn con colonoscopia normal así como los estudios analíticos, serológicos y de marcadores de autoinmunidad. Se realizó una primera biopsia resultando inespecífica con baciloscopia negativa. Inicia tratamiento para enfermedad de Crohn con muy mala progresión y empeoramiento con intenso dolor en la región. Se planteó tratamiento biológico con Infliximab realizándose previamente la prueba de Mantoux resultando esta positiva (10 mm) por lo que se realiza un estudio de extensión de enfermedad tuberculosa documentándose en TAC Torácico practicado signos de afectación apical bilateral antigua por TBC. El paciente no refirió contactos con TBC ni sintomatología respiratoria pasada. Se tomó nueva biopsia de las lesiones perianales. Ante la mala progresión de las mismas se consultó con cirugía planteándose colostomía de descarga recibiendo antes de su realización, la presencia de bacilos ácido-alcohol resistentes con cultivo positivo para micobacterias en la segunda biopsia tomada de la región afecta. Se pautó tratamiento tuberculostático con mejoría espectacular tras las primeras 3 semanas de tratamiento sin necesidad de cirugía.

Conclusiones. La TBC Musculoesquelética cursa con clínica insidiosa de meses o años de evolución lo que retrasa el diagnóstico. Se pueden producir manifestaciones mucho después de la primoinfección tuberculosa. Los síntomas constitucionales de TBC (fiebre, pérdida de peso) están presentes sólo en un 30-40% de los casos de afectación musculoesquelética. Ninguno de nuestros pacientes los presentaba. La prueba de mantoux resulta positiva en más del 90% de los pacientes. El diagnóstico definitivo viene dado por la positividad del bacilo en muestra biopsiada de material infectado. El tratamiento se basa en la administración de tuberculostáticos de primera línea: Isoniacida + Rifampicina + Pirazinamida + Etambutol durante 2 meses, prosiguiendo con Isoniacida + Rifampicina durante 4 meses más según los últimos estudios* en contraposición a las pautas clásicas de larga duración (12-18 meses). En ambos casos fue utilizada la pauta corta con resultado curativo. La cirugía se reserva para casos seleccionados (reconstrucción y/o limpieza) siendo la evolución satisfactoria en la mayor parte de los casos sólo con tratamiento médico. *Blumberg, HM, et al. American Thoracic CDC Society of America: treatment of tuberculosis. Am J Respir Crit Care Med. 2003;167:603.

A-50 INFECCIONES POR *LISTERIA MONOCYTOGENES* (LM) EN EL ADULTO. REVISIÓN DE 11 CASOS

M. García Vidal, G. Marabé Carretero, A. Rebollar Merino, S. Schröder, L. Cuadrado Gómez, J. Sanz Moreno, A. Arranz Caso y J. De Miguel Prieto

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

Objetivos. Revisar las características de la infección por LM en nuestro medio, (Hospital General sin Unidad de trasplantes) valorando factores de riesgo, características de los pacientes y eficacia del tratamiento antimicrobiano actual.

Material y métodos. Se analizan 11 casos de LM diagnosticados en HUPA entre 2000-2007 con hemocultivos (HC) y/o cultivos de LCR + para LM. Se consideró infección del SNC la presencia de meningitis y/o absceso cerebral con LCR + y HC +. En los pacientes con bacteriemia no se evidenció otro foco de infección. Se consideró curación la negativización de los cultivos y la ausencia de recidiva en controles posteriores.

Resultados. De los 11 pacientes 7 son varones y 4 mujeres, con edades entre 19 y 81 años (media 47,45); 7 debutaron como meningoencefalitis, 1 de ellos además con absceso cerebral. 5 de los cultivos LCR fueron positivos y el 6º presentó pleocitosis del LCR (con antibioterapia empírica previa y hemocultivos positivos). Dos pacientes no presentaban inmunodepresión (ID), con edades de 29 y 65 años respectivamente, los restantes tenían diversos factores de ID (nefro-hepatopatías, enfermedades sistémicas, VHC y EPOC) todos tratados con esteroides y/o inmunodepresores. 2 eran VIH (CD4 600 y 6/mm³ en el momento de la infección). 1 paciente presentó bacteriemia en el tercer trimestre del embarazo. 9 pacientes fueron tratados con ampicilina entre 2 y 6 semanas añadiendo a 4 de ellos gentamicina (en caso de meningitis). Un caso fue tratado con quinolonas (por alergia a betalactámicos y sulfamidas) sin complicaciones.

Todos los pacientes presentaron curación clínica, excepto una paciente de 81 años que falleció por grave patología de base.

Discusión. Nuestra serie difiere en algunos aspectos con respecto a revisiones previas al 2000 en cuanto a los resultados encontrados. Predominan los varones, con edad media más joven (47 años), con presencia de afectación del SNC del 50% y, con factores de ID habituales (esteroides fundamentalmente). El haber objetivado sólo un fallecimiento (menos de un 10% de los casos) y curación en todos los pacientes con afectación del SNC puede ser debido a un mejor conocimiento de la enfermedad y al tratamiento precoz de los pacientes con factores de riesgo. El hallazgo de un paciente con meningitis sin ID y menos de 50 años es similar a otras series (5-8%).

Conclusiones. 1) El aumento en la esperanza de vida en personas inmunodeprimidas y con procesos crónicos justifican un mayor número de infecciones por *Listeria monocytogenes* en los últimos años. 2) Es esperable un mayor número de casos en pacientes sin inmunodepresión y embarazadas posiblemente por la ubicuidad y resistencia al frío de la *Listeria*. 3) Un mejor conocimiento de la infección influirá en una mayor supervivencia del proceso.

A-51 ENDOCARDITIS INFECCIOSA EN LA COMARCA DEL MAR MENOR. SERIE DE 18 CASOS

C. Aguayo Jiménez, A. Sánchez Serrano, R. Cortés
Sánchez y P. Paricio Núñez

Servicio de Medicina Interna. Hospital Los Arcos. San Javier,
Murcia.

Objetivos. Analizar las características de la endocarditis infecciosa (EI) en un hospital comarcal de 100 camas.

Material y métodos. Se analizan retrospectivamente los casos de endocarditis infecciosa diagnosticados siguiendo los criterios de Dukes modificados en nuestro hospital desde enero de 2002 a junio de 2007. Las variables estudiadas fueron procedencia (comunidad/nosocomial), sexo, edad, factores de riesgo de EI, comorbilidad, antibioterapia en los 6 meses previos, manifestaciones clínicas, datos de laboratorio y microbiológicos, hallazgos ecocardiográficos, tratamiento y evolución.

Resultados. Se estudiaron en total 18 pacientes con edades comprendidas entre 37 y 92 años (media de 73,1 años, DE 13,52), de los cuales 14 eran varones (77,7%) y 17 procedían de la comunidad (94,4%). En cuanto a factores de riesgo de EI: cardiopatía predisponente 7 pacientes (38,8%), de los que 3 (16,6%) eran portadores de prótesis valvular biológica y tenían valvulopatía previa 4 (22,2%); catéter vesical permanente 4 (22,2%); sonda nasogástrica 1 (5,5%); estudios endoscópicos 3 (16,6%): colonoscopia 2 (11,1%) y gastroscopia 1 (5,5%); ADVP (cocaína) 1 (5,5%). Respecto a comorbilidad: HTA 9 (50%), DM 7 (38,8%), demencia 4 (22,2%), insuficiencia renal crónica 4 (22,2%), EPOC 3 (16,6%), miocardiopatía dilatada 2 (11,1%), cáncer 5 (27,7%) de los cuales 2 eran neoplasias hematológicas y 3 eran neoplasias sólidas, hepatopatía crónica 6 (33,3%) de los cuales 2 eran de origen vírico y 4 por alcohol, infección urinaria de repetición 3 (16,6%) e infección por VIH en 1 paciente (5,5%). Respecto a antibioterapia previa, 11 pacientes (61,1%) recibieron antibióticos en los seis meses previos al diagnóstico. Los datos clínicos más frecuentes fueron: fiebre 15 (83,3%), síntomas generales 5 (27,7%), disnea 2 (11,1%), artritis/artralgias 4 (22,2%), lesiones cutáneas típicas 2 (11,1%), soplo 10 (55,5%), estertores pulmonares 8 (44,4%), visceromegalias 5 (27,7%). Datos de laboratorio: anemia 12 (66,6%), leucocitosis 8 (44,4%), elevación de VSG 15 (83,3%), alteración de la bioquímica hepática 8 (44,4%), sedimento urinario anormal 11 (61,1%). Datos microbiológicos: *Streptococcus* grupo *viridans* 4 (22,2%), *Staphylococcus coagulasa* negativos 3 (16,6%), *E. faecalis* 4 (22,2%), *S. aureus* 1 (5,5%), *E. coli* 1 (5,5%), *C. albicans* 1 (5,5%), hemocultivos negativos (por administración previa de antibióticos) 3 (16,6%). Se realizaron hemocultivos de control en 7 (38,8%) y todos fueron estériles. A todos se les realizó una ecocardiografía transtorácica y 8 (44,4%) precisaron estudio transesofágico. La afectación valvular fue por orden de frecuencia: aórtica 10 (55,5%), mitral 5 (27,7%) y aórtica + tricúspidea 1 (5,5%); en un paciente no se confirmó la presencia de vegetaciones. En 2 pacientes (11,1%) la vegetación media más de 10 mm. Se realizó ecocardiografía de control en 6 pacientes (33,3%) y en todos se observó disminución o desaparición de las vegetaciones. Respecto al trata-

miento todos recibieron antibioterapia empírica o guiada y 2 pacientes precisaron recambio valvular. La evolución clínica fue buena en 11 pacientes (61,1%) y fallecieron 7 (38,8%).

Conclusiones. La EI afecta mayoritariamente a varones a partir de la séptima década de la vida. La mayoría presentaban factores de riesgo para adquirir la enfermedad. Las principales enfermedades asociadas fueron HTA, DM, hepatopatía crónica y cáncer. La presencia de fiebre, soplo cardíaco, anemia y aumento de VSG fueron los datos clínicos más observados. Los microorganismos más frecuentemente aislados fueron *Streptococcus* del grupo *viridans*, *Staphylococcus coagulasa* negativo y *E. faecalis*. La válvula más afectada fue la aórtica. Aunque hubo más casos de indicación quirúrgica, sólo se realizó recambio valvular en 2 pacientes, debido a la mala condición física del resto. Al igual que en otras series la mortalidad en la nuestra es alta, en gran parte relacionando con la avanzada edad y comorbilidades de estos pacientes y a pesar de realizar un diagnóstico y tratamiento rápidos.

A-52 REVISIÓN DE CASOS DE FASCITIS NECROTIZANTE

A. Eguiluz, K. Leizaola, H. Azkune, J. Oruesagasti,
I. Zamarreño, E. Zubillaga, F. García y J. Benavente
Servicio de Medicina Interna. Hospital Donostia-Donostia
Ospitalea. Donostia-San Sebastián, Guipúzcoa.

Objetivos. Valoración de casos de fascitis necrotizante ingresados en este Hospital en los últimos 5 años. Edad. Estancia media. Etiología. Factores predisponentes. CPK. Mortalidad y sus factores predictores. Tratamiento.

Material y métodos. Revisamos retrospectivamente 8 casos entre 2001 y 2006, extraídos de los archivos del Hospital y dados de alta con el diagnóstico principal de fascitis necrotizante.

Resultados. Edad: 48,25 a. de media. Sólo un paciente era mayor de 65 años. Varones: 50%. Estancia media: 30.13 días. Etiología: En 1 caso no se obtuvo el diagnóstico etiológico, 3 fueron polimicrobianas y en 4 se obtuvo un solo germen. En 5 casos se aisló *S. pyogenes*, 2 casos presentaron *P. aeruginosa* y 2 anaerobios (en ambos casos en forma de infección polimicrobiana). F. predisponentes: 4 casos tenían antecedente de laceración, herida y/o inyección. Uno de los pacientes presentaba DM. CPK: Se analizó en 3 pacientes y en 1 de ellos el resultado fue elevado. F. Predictores: En ningún caso se objetivó leucocitos > 30.000, Cr > 2, o infección por clostridio; y 2 de los pacientes presentaban patología cardíaca. Muerte: ocurrió en 2 casos. Tratamiento: exceptuando 1 caso, se utilizó terapia combinada. Los antibióticos más utilizados fueron: amoxicilina-clavulánico, clindamicina e imipenem. Se asociaron antibióticos anti-pseudomonales cuando fue necesario. Todos los pacientes a excepción de uno, fueron sometidos a cirugía. No se utilizaron en ningún caso otros tratamientos como Inmunoglobulinas u oxígeno hiperbárico.

Discusión. La fascitis necrotizante es una infección caracterizada clínicamente por destrucción tisular, afectación sistémica y alta tasa de mortalidad. Puede estar causada por una infección mixta de microorganismos aerobios y anaerobios; o puede ser monomicrobiana, típicamente causada por estreptococos del Grupo A. Existen una serie de factores predisponentes: diabetes mellitus y otras enfermedades crónicas; inmunosupresión, varicela, laceraciones, cirugía, quemaduras, etc. Se presenta en forma de dolor creciente, fiebre, eritema que evoluciona a la formación de vesículas y toxicidad sistémica. Podemos objetivar leucocitosis con marcada desviación izquierda y elevación de creatinina y CPK. El tratamiento ha de ser agresivo, incluyendo terapia antibiótica y desbridamiento quirúrgico. Otros tratamientos son las inmunoglobulinas intravenosas y el oxígeno hiperbárico. La mortalidad es muy elevada, y hay factores predictores de la misma: infección secundaria a *clostridium*, creatinina > 2 mg/dl, leucocitosis > 30.000 cel/microL, presencia de enfermedad cardíaca al ingreso.

Conclusiones. Muchas de las características típicas y más frecuentes de la fascitis necrotizante se ven reflejadas en esta revisión de casos. Cabe destacar que en esta serie la determinación de CPK se ha realizado en muy pocos casos; en la mayoría de pacientes encontramos algún factor predisponente, y todos menos uno recibieron terapia combinada (antibióticos + cirugía). En cuanto a la mortalidad, consideramos que ha sido considerable (25% de los pacientes).

A-53

FACTORES EPIDEMIOLÓGICOS Y ETIOLOGÍA DE LA MENINGITIS AGUDA BACTERIANA EN ADULTOS

R. García Madero, P. Laguna del Estal, C. García Zubiri, M. Gil Navarro, M. Agud Fernández y M. López Cano

Servicio de Medicina Interna. Hospital Universitario Puerta de Hierro. Madrid.

Objetivos. Conocer los factores epidemiológicos y etiología de la meningitis aguda bacteriana (MAB) en adultos y su evolución en el tiempo, mediante el análisis de los casos atendidos en un hospital durante un período de 25 años.

Material y métodos. Se revisan las historias clínicas de los pacientes de edad mayor o igual a 14 años diagnosticados de MAB, en base a unos criterios definidos previamente, entre 1982 y 2006.

Resultados. Se incluyen 250 casos con una media de edad de 49 años (14-85), de los que un 54% fueron varones. El mayor número de diagnósticos se hizo en invierno (32%), presentándose menos en primavera (23%), verano (23%) y otoño (22%). La adquisición fue nosocomial en el 33% y un 8% fueron meningitis recurrentes. En el 73% se identificó algún factor predisponente: otitis media aguda (9,6%) y crónica (2,4%), sinusitis (2,4%), neumonía (2,4%), endocarditis (1,2%), traumatismo craneoencefálico (7,2%), neurocirugía reciente (25,2%), dispositivo neuroquirúrgico (18%), inmunodepresión (3,6%), diabetes mellitus (3,2%), alcoholismo (1,2%), fistula de LCR (10,4%) y otros (5,2%). El agente aislado más frecuentemente fue el *S. pneumoniae* (17,2%), seguido por *Staphylococcus coagulasa* negativo (13,2%) y *N. meningitidis* (8,8%). En el 39% no se consiguió aislar ningún microorganismo y en 2,8% se aislaron 2 o más. Se analizan también los datos estratificando en 5 periodos temporales equivalentes entre 1982 y 2006. El número de casos recogido en los últimos periodos (2002-2006; 68 casos) es significativamente superior que el de los periodos iniciales (1982-1986; 26 casos). En los primeros años predomina la adquisición comunitaria (1982-1986; 15% frente a 2%), mientras que en los últimos predomina la nosocomial (2002-2006; 29% frente a 26%). La edad se mantiene estable a lo largo del tiempo con una media entre 41 y 49 años. Existe una mayor frecuencia de factores predisponentes relacionados con la neurocirugía en los últimos periodos (2002-2006; 45%), mientras que en los más precoces predominan los relacionados con la patología otorrinolaringológica (1981-1986; 24%). *N. meningitidis* es el microorganismo aislado más frecuentemente en periodos iniciales (1982-1986; 38%) y *S. pneumoniae* en periodos tardíos (2002-2006; 25%). *Staphylococcus coagulasa* negativo tiene una tendencia ascendente (0% en 1982-1986 frente a 31% en 2002-2006). Se observa una tendencia descendente de la mortalidad en el tiempo.

Discusión. El hecho de que en los últimos años de la serie se recoja un mayor número de casos de MAB relacionados con neurocirugía explica la alta frecuencia de aislamientos de *Staphylococcus coagulasa* negativos. También nos permite explicar la tasa más elevada de MAB de adquisición nosocomial que se observa en los últimos años de la serie, en contraposición con la adquisición comunitaria más frecuente de los años iniciales. Por otro lado, acorde con el avance de la medicina moderna, la mortalidad tiende a disminuir, por un mejor conocimiento de la enfermedad y de su tratamiento.

Conclusiones. 1) *S. pneumoniae* es el agente causal identificado más frecuentemente en la MAB en adultos, seguido de *N. meningitidis*; el aislamiento de *Staphylococcus coagulasa* negativos se asocia a procedimientos neuroquirúrgicos. 2) Los factores predisponentes de meningitis, su forma de adquisición y etiología se han modificado significativamente en los últimos años.

A-54

DIARREA POR CLOSTRIDIUM DIFFICILE: ESTUDIO COMPARATIVO ENTRE DOS GRUPOS DE RIESGO

M. Martínez M-Colubi, R. Ruiz Luna, V. Abad Cuñado, J. Bustamante Mandrón, D. López Wolf, V. Piedrafita, S. Serrano Villar y G. Fresco Navacerrada

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

Objetivos. La diarrea asociada al *Clostridium* es una de las infecciones nosocomiales más frecuentes. El objetivo de este trabajo es establecer las características epidemiológicas y de manejo clínico diferen-

ciales entre dos grupos de riesgo diagnosticados de diarrea por *Clostridium difficile*.

Material y métodos. Se realiza un estudio retrospectivo descriptivo comparativo en el que se incluyen los pacientes con el diagnóstico de diarrea por *Clostridium difficile* de enero 2003 a diciembre de 2005 ingresados en los servicios de Geriátrica y Medicina Interna del Hospital Clínico de Madrid. Se recogen las siguientes variables a estudio: datos epidemiológicos, factores de riesgo, medicación habitual, duración y motivo del tratamiento antibiótico, datos clínicos y del laboratorio, tratamiento instaurado etc. Posteriormente se realizó el análisis mediante el paquete estadístico SPSS 12.0.

Resultados. 147 pacientes fueron diagnosticados de Diarrea por *Clostridium difficile*: 40 en medicina interna (MIN) (2,72%) y 107 (97,27%) en geriatría (GRT) con una edad media de 81,82 (DE 12,37), 57,8% mujeres y 42,2% hombres del total. Existieron diferencias significativas en la media de edad siendo 12 años más jóvenes los ingresados en medicina interna, en el número de pacientes con accidentes cerebrovasculares, en pacientes con deterioro cognitivo y síndrome de inmovilidad, en la utilización de agentes que alteran la motilidad y de los inhibidores de la bomba de protones, en la duración del tratamiento de la DACD y en el tiempo de estancia hospitalaria a favor del grupo de Geriátrica. No se observaron diferencias significativas entre ambos grupos en el resto de las variables a estudio. Antibióticos más utilizados: cefalosporinas (41%), quinolonas (38%) con aumento de la frecuencia del levofloxacino (60%), penicilinas (30%) y clindamicina (32%). Un 56% de los casos recibieron dos o más antibióticos: 68% GRT y 44% MIN. Motivo del tratamiento antibiótico: 67,3%, infección respiratoria (71 GRT, 28 MIN), 18,4%, infección urinaria (21GRT, 6 en MIN), 6,8%, sepsis (8 GRT y 2 en MIN), 3,4%, infección del tracto digestivo (2 GRT y 3 MIN) y 4,1%, infección de partes blandas (5 GRT y 1 MIN). Severidad del cuadro: colitis leve 35% (37 GRT, 15 MIN) o moderado 47% (51 GRT, 17 MIN). No presentaron manifestaciones extraintestinales. Colonoscopia realizada en 11 casos: 7 GRT y 4 MIN por mala evolución clínica y dudas diagnósticas (colitis isquémica). Tratamiento empírico en un 62% de los casos (65,7% GRT y 52,5% MIN). Control post-tratamiento en un 12,4% de los pacientes, quedando tres como portadores asintomáticos. En ambos grupos se observó una clara agrupación de los casos en el tiempo y en el espacio.

Discusión. La diarrea asociada a *Clostridium difficile* es una patología en aumento en los centros hospitalarios. Sin embargo las medidas terapéuticas para esta patología parecen estar siendo efectivas, no existiendo correlación entre el aumento de la incidencia con el aumento de la severidad. En este estudio se corroboran estos dos hechos, no apareciendo un número mayor del esperado de diarrea muy severa. Respecto a las características clínicas de los enfermos y a los factores de riesgo de padecer DACD son similares a la de estudios previos, existiendo una mayor incidencia como era de esperar en geriatría, pacientes con mayor comorbilidad y estancia hospitalaria más larga. Llama la atención el aumento del levofloxacino como agente causal de la DACD, explicándose probablemente por su mayor utilización en la práctica clínica, necesitando nuevos estudios para determinar su virulencia. Por el contrario, nuevos antibióticos como la tigeciclina parecen no estar implicados en esta patología aún siendo empleados habitualmente en pacientes con importante comorbilidad. El empleo de pruebas de imagen como el TAC abdominal no está siendo empleado como adyuvante en los casos de difícil dx.

Conclusiones. La incidencia de DACD fue mayor en Geriátrica en relación con la mayor edad y comorbilidad de los pacientes así como con un mayor tiempo de estancia hospitalaria. Los mecanismos para prevenir la propagación de esta infección siguen siendo insuficientes.

A-55

NEUMONÍA POR RHODOCOCUS: ESTUDIO DE CUATRO CASOS

G. Lostaunau Costa¹, J. Pérez Silvestre¹, V. Abril López de Medrano¹, C. García Fabra¹, R. Sanz Vila¹, E. Ortega González² y A. Herrera Ballester¹

¹Servicio de Medicina Interna, ²Unidad Enfermedades Infecciosas. Consorcio Hospital General Universitario de Valencia. Valencia.

Objetivos. Cocobacilo G+, aerobio estricto y ácido alcohol resistente. Patógeno ambiental, productor de zoonosis. Patógeno intracelu-

lar, aumentando su incidencia con el VIH. Manifestación clínica más frecuente en pacientes inmunodeprimidos es la neumonía cavitada con afectación sobretodo LSD, asociado a bacteriemia en un 80%. *Material y métodos.* Estudio retrospectivo, observacional y descriptivo de los pacientes diagnosticados de infección por *Rhodococcus equi* en la Unidad de Enfermedades Infecciosas 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 $37,75 \pm 9,94$ 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 $83 \pm 55,16$, con un rango 25-135. El 50% de los pacientes llevaban y cumplían el tratamiento antirretroviral de gran actividad. El 100% de los pacientes tenían una hepatopatía crónica por VHC. Los síntomas más frecuentes son la clínica respiratoria 100% de los pacientes, seguido 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 $10,25 \pm 13,2$ 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. Todas las radiografías de tórax eran patológicas, con mayor afectación del lóbulo inferior izquierdo en el 50% de los casos, seguido 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, seguido con un 25% de la asociación de macrólidos con carbapenem. En ningún caso se requirió tratamiento quirúrgico abierto o drenaje percutáneo del absceso. La evolución fue satisfactoria en el 50% de los pacientes, un 25% recidivó la 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. Infección poco frecuente, inmunodeprimidos (nuestra serie VIH con CD4 muy bajos). Afectación pulmonar en todos los casos (series por encima del 90%), asociado a fiebre. Recomendable realizar diagnóstico diferencial con R. Equi en paciente VIH con neumonía cavitada. No existe tratamiento protocolizado, si bien utilizar antibióticos con buena penetración intracelular, bactericida (macrólidos, rifampicina, carbapenem, glucopéptidos). Pronóstico ligado a inmunodepresión y ausencia de tratamiento.

A-56

FRECUENCIA DE UVEÍTIS LUÉTICA EN PACIENTES INMUNOCOMPETENTES

E. Chinchilla Palomares¹, R. González León¹, R. Garrido Rasco¹, F. García Hernández¹, M. Castillo Palma¹, C. Ocaña Medina¹, T. Rueda Rueda² y J. Sánchez Román¹

¹M.I. Unidad de Colagenosis e Hipertensión Pulmonar, ²Oftalmología. Hospital Virgen del Rocío. Sevilla.

Objetivos. Analizar la frecuencia de uveítis luética en una serie de pacientes seguidos en una Unidad multidisciplinar de Uveítis formada por internistas y oftalmólogos y describir sus características.

Material y métodos. El Protocolo de Estudio de Uveítis de nuestra Unidad incluye serología luética en todos los pacientes. Se revisó la historia clínica (con especial atención al estudio de anticuerpos en sangre y LCR) y las características de la afectación ocular en dos pacientes diagnosticados de uveítis luética.

Resultados. De los 620 pacientes con uveítis seguidos en nuestra Unidad, sólo 2 presentaron uveítis luética, lo que supone un 0,32% del total. Caso 1: mujer de 48 años afecta de panuveítis + papilitis derecha con mala respuesta a tratamiento empírico inicial con glucocorticoides y ciclosporina. Al completar el estudio protocolizado se comprueba positividad de la serología luética, tanto para pruebas reagínicas (RPR) como treponémicas (FTA-ABS IgG) tanto en sangre como en LCR (en este último fue también positivo FTA-ABS IgM). Se suspendió el tratamiento inmunosupresor y se trató con penicili-

na G sódica (4 millones de UI/4 horas durante 10 días) experimentando una rápida mejoría. Cuatro meses más tarde sufre un nuevo brote de actividad con las mismas características. Los datos serológicos fueron idénticos. Se reinicia el mismo protocolo de tratamiento, pero, esta vez, seguido de la administración de 2,4 millones de UI de penicilina-benzatina i. M. semanalmente durante 3 semanas con buena respuesta. En la encuesta epidemiológica se detectó sífilis activa en el esposo. Caso 2: varón de 61 años diagnosticado de sífilis en estadio secundario, con historia de contactos sexuales esporádicos, no protegidos, con prostitutas (último 4 meses antes del diagnóstico). Serología luética positiva tanto para pruebas reagínicas (RPR) como treponémicas (FTA-ABS IgG e IgM). En febrero de 2007 (no había iniciado aún el tratamiento con penicilina-benzatina que se le prescribió) presenta visión borrosa y pérdida de agudeza visual izquierdas y se diagnostica de papilitis + necrosis retiniana. Se confirma la positividad de la serología luética en sangre (mismos resultados) y, en LCR, son también positivas las pruebas reagínicas y treponémicas (aunque estas últimas sólo para FTA-ABS IgG). Se inicia tratamiento con la misma pauta que en el primer caso (aunque sólo por vía i.v.) con muy buena evolución.

Discusión. La lúes es una causa muy infrecuente de uveítis (menor del 1% en las distintas series publicadas). Por otra parte, 5-10% de los pacientes con sífilis (especialmente si existe coinfección por VIH) presentan complicaciones oculares que pueden ser muy variadas: panuveítis en un 27-47% y uveítis posterior en un 9-18%. Las pautas de tratamiento propuestas son muy diferentes pero, en general, hay consenso acerca de la utilización de penicilina intravenosa. Dada la buena respuesta observada, especialmente cuando el tratamiento es precoz, y las graves consecuencias que pueden acarrear los errores diagnósticos, es imprescindible incluir la determinación de serología luética en el estudio de todos los pacientes con uveítis.

Conclusiones. La frecuencia de uveítis luética en nuestra serie, es de 0,32% (2 casos entre 620) entre pacientes no infectados por VIH. La respuesta al tratamiento es muy favorable cuando se instaura precozmente. La investigación sistemática de la serología luética en todos los casos de uveítis y el análisis de confirmación en LCR, en los casos en que aquella resulta positiva, es imprescindible para un diagnóstico y tratamiento adecuados.

A-57

ANÁLISIS DE UN BROTE DE TRIQUINOSIS EN LA PROVINCIA DE PALENCIA

J. San José Alonso, J. Martín Serradilla, E. Laherrán Rodríguez, J. Sánchez Navarro, Y. Morán Becares y M. Tejero Delgado

Servicio de Medicina Interna. Hospital General Río Carrión. Palencia.

Objetivos. Entre los meses de enero y marzo de 2007 tuvo lugar un brote de triquinosis en la comarca de Aguilar de Campoo de la provincia de Palencia. Describimos las características clínicas y analíticas, así como la respuesta al tratamiento, de los pacientes procedentes de dicho brote atendidos en nuestro Centro.

Material y métodos. Estudio de una cohorte de todos los pacientes remitidos a nuestra consulta desde Atención Primaria con el diagnóstico de sospecha de triquinosis, registrando de forma retrospectiva las manifestaciones clínicas, los datos epidemiológicos, los parámetros bioquímicos más relevantes y el título de anticuerpos frente a *Trichinella spiralis* por enzoinmunoanálisis, y de forma prospectiva, en una segunda visita tras cumplimentar el tratamiento, la evolución clínica y analítica y los posibles efectos secundarios del tratamiento.

Resultados. Un total de 21 pacientes fueron derivados a nuestra consulta con el diagnóstico de triquinosis. En 14 de ellos (9 varones y 5 mujeres) se confirmó serológicamente la infección. Los síntomas iniciales más frecuentes fueron la astenia en 4 individuos y las mialgias en otros 4. A lo largo de la evolución de la enfermedad manifestaron mialgias 12 pacientes, edema facial 7, fiebre 6, cefalea 6, astenia 5, tos 4, rash cutáneo 4, hemorragias conjuntivales 2, palpitaciones 2, diarrea 1 y epigastralgia 1; ningún paciente presentó hemorragias subungueales, disnea o disfagia. El título de anticuerpos específicos fue en 2 pacientes de < 1,1, en 3 casos de entre 1,1 y 3, en 7 casos de entre 3 y 5, y en 1 caso de > 5. Todos fueron tratados con mebendazol durante 14 días, iniciando el tratamiento

entre el 25 de enero de 2007 y el 30 de marzo de 2007. Tras el tratamiento las cifras medias de leucocitos en sangre descendieron de 8905/ml a 6.083/ml; las de eosinófilos de 1,586/ml a 560/ml, las de creatin-fosfoquinasa de 201,4 UI/l a 123,9 UI/l y las de lactato-deshidrogenasa de 456,6 UI/l a 292,2 UI/l. En la segunda determinación el título de anticuerpos fue en 3 casos de entre 1,1 y 3, en 5 casos de entre 3 y 5, y en 4 casos de > 5. La evolución fue favorable en todos los casos, encontrándose asintomáticos tras el tratamiento 8 pacientes, aunque persistieron leves mialgias en 5 y astenia en 1. Únicamente se registraron como efectos adversos achacables al tratamiento un caso de diarrea y uno de dispepsia.

Discusión. La triquinosis es una parasitosis infrecuente en nuestro medio, con una tasa de incidencia estable en los últimos 15 años, tanto en la Comunidad de Castilla y León como a nivel nacional, de 0,05 a 0,35 casos por 100.000 habitantes, con la excepción de un brote registrado en nuestra comunidad en 2003. Describimos el mayor brote de triquinosis registrado en nuestra provincia en los últimos años, causado por la ingesta de embutido de jabalí que en exámenes posteriores se demostró contaminado por quistes de *Trichinella spiralis*. Los síntomas iniciales más frecuentes fueron las mialgias y la astenia, y el síntoma más prevalente las mialgias. La evolución fue favorable desde el punto de vista clínico y analítico, y sólo en 2 casos se registró toxicidad leve a mebendazol. Dos de los pacientes evidenciaron seroconversión tras el tratamiento, pero varios más fueron tratados con mebendazol sin que se confirmara la infección serológicamente.

Conclusiones. Los recientes brotes de triquinosis obligan a extremar las precauciones a la hora de controlar la carne porcina destinada a consumo humano. Cuando la evidencia epidemiológica y clínica sea importante, puede optarse por un tratamiento precoz en lugar de esperar a una posible seroconversión.

A-58

PIOMIOSITIS PRIMARIA EN UNA UNIDAD MÉDICA DE ALTA PRECOZ

R. López Rodríguez, J. Campos Franco, N. Mallo González, R. Alende Sixto y A. González Quintela

Servicio de Medicina Interna. Complejo Hospitalario Universitario de Santiago. Santiago de Compostela, A Coruña.

Objetivos. Determinar las características epidemiológicas, clínicas, diagnósticas y tratamiento de la piomiositis primaria en una Unidad Médica de Alta Precoz.

Material y métodos. Estudio retrospectivo de 4 casos de piomiositis primaria diagnosticados entre enero 2003 y mayo 2007.

Resultados. La edad media fue 43,5 años (rango: 20-69) y el 25% eran mujeres. En el 75% existía antecedente reciente de un ejercicio intenso, el 75% no presentaba factores de riesgo y un caso tenía diabetes mellitus tipo 2. Los síntomas más frecuentes fueron la fiebre y el dolor. En el 25% la afectación fue multifocal y los músculos afectados fueron: esternocleidomastoideo (50%), obturador externo (25%), pectoral mayor (25%) e iliopsoas (25%). Los diagnósticos al ingreso fueron: celulitis, pielonefritis, síndrome febril sin foco y adenopatía a estudio. En el 50% se aisló *S. aureus* meticilinsensible, en un caso un *Bacteroides fragilis* y en otro no se identificó el agente causal. Los hemocultivos fueron positivos en el 50% de los pacientes. La ecografía se realizó en el 75% de los casos y todos presentaban imágenes sugestivas de abscesos. El TAC se realizó todos casos y presentaban hallazgos compatibles con piomiositis. La mitad de los pacientes fue tratado sólo con tratamiento antibiótico y la otra mitad precisó además de drenaje quirúrgico.

Discusión. Los pacientes mayores de 30 años generalmente tienen una enfermedad predisponente: diabetes mellitus, infección por VIH, neoplasias, enfermedades autoinmunes, hepatopatía crónica o UDVP. En nuestra serie el 75% de los casos no presentaban factores de riesgo y habían realizado en los días previos ejercicio intenso, por lo que los microtraumatismos musculares producidos por este podrían jugar un papel en su patogénesis. La piomiositis suele afectar a un solo músculo y la afectación de varios grupos musculares es relativamente rara. Los músculos más afectados son los cuádriceps, glúteos e iliopsoas. La afectación de los músculos del cuello y de la pared torácica, como presentaban dos de nuestros pacientes, solo se produce en el 0,4% y 6% de los casos respectivamente. La afectación multifocal en los países de clima templado es más frecuente en

pacientes inmunodeprimidos, casos como el de uno de nuestros pacientes con múltiples lesiones pero sin factores predisponentes son muy raros. El diagnóstico requiere un alto índice de sospecha y es confirmado por las pruebas de imagen, siendo TAC y RNM las mejores técnicas. La ecografía puede mostrar zonas hipoecoicas sugestivas de abscesos como sucedió en el 75% de nuestros casos. El tratamiento depende del estadio de la enfermedad, en la miositis edematosa la administración de cloxacilina puede ser suficiente, mientras que cuando el absceso está formado el tratamiento de elección es el drenaje del absceso, quirúrgico o percutáneo, asociado al tratamiento antibiótico. Dos de nuestros pacientes se encontraban en estadios iniciales de la fase supurativa y se curaron sólo con tratamiento médico.

Conclusiones. El antecedente de ejercicio intenso en los días previos puede ser considerado como un factor de riesgo para desarrollar una piomiositis. En los casos de piomiositis por *S. aureus* cuando los abscesos son pequeños se puede intentar la curación sólo con tratamiento antibiótico, y reservar el drenaje quirúrgico o percutáneo para cuando el paciente no evoluciona favorablemente (ausencia de disminución de la leucocitosis, persistencia o incremento del dolor y/o la fiebre).

A-59

INDICACIÓN DE INGRESO HOSPITALARIO EN UNA NEUMONÍA ADQUIRIDA EN LA COMUNIDAD: ¿ES SUFICIENTE EL PNEUMONIA SEVERITY INDEX?

L. Ruiz¹, I. Cachorro², A. Gastaminza³, R. Silvarino², E. Centeno¹, J. Villanueva¹, I. Larrea¹ y J. Núñez¹

¹Servicio de Medicina Interna -Neumología, ²Servicio de Medicina Interna, ³Hospitalización a Domicilio.

Hospital San Eloy. Barakaldo, Vizcaya.

Objetivos. Conocer la adecuación de los ingresos en planta de nuestra serie de pacientes con una neumonía adquirida en la comunidad (NAC) que han acudido al Servicio de Urgencias de nuestro hospital y que pertenecen a los grupos de bajo riesgo de mortalidad según el *Pneumonia Severity Index* (PSI I y II).

Material y métodos. Base de datos de todos los pacientes ingresados por una NAC en el Servicio de Medicina Interna- Neumología del Hospital San Eloy desde el año 2003. Periodo de tiempo estudiado: abril 2003-abril 2005. Se han recogido datos referentes a la presencia de comorbilidades así como datos clínicos, analíticas y radiográficas de los pacientes ingresados por una NAC desde el Servicio de Urgencias. Los pacientes fueron estratificados al ingreso en planta según la escala PSI.

Resultados. Hemos incluido a 107 pacientes, 79 varones y 28 mujeres con una edad media de 64,5 años (rango 19-94). Se objetivó la presencia de diferentes comorbilidades en 79 casos (73,8%), de estos 36 (33,6%) presentaron varias asociadas. La distribución de los pacientes de acuerdo con el PSI fue: 22 pacientes (20,6%) PSI I; 8 (7,5%) PSI II; 29 (27,5%) PSI III; 37 (34,6%) PSI IV; 11 (10,3%) PSI V. De los 30 pacientes que pertenecían al grupo de bajo riesgo de muerte (PSI I y II) se encontró justificación para su ingreso en 22: seis casos por insuficiencia respiratoria, 4 por la presencia de derrame pleural, 7 debido a la existencia de comorbilidades asociadas severas, 2 por la presencia de una radiografía de "riesgo" (1 caso de afectación bilateral y 1 de sospecha de cavitación), 3 casos de antigenuria positiva a legionella. En los 8 casos (7,4%) restantes no se observó razón de ingreso hospitalario.

Discusión. La indicación del ingreso hospitalario de una NAC puede ser en ocasiones conflictivas en especial en las épocas invernales de alta presión asistencial en nuestros servicios de urgencias. En los últimos años se han desarrollado una serie de escalas que tienen por objeto el de tratar de homogeneizar la indicación del ingreso. De todos ellos ha sido el *Pneumonia Severity Index* quizás el que más ampliamente ha sido utilizado. Los resultados de nuestro trabajo vienen a confirmar que el PSI es una herramienta útil pero no es suficiente al infravalorar la gravedad de algunos pacientes en los estadios considerados como de bajo grado de muerte.

Conclusiones. 1) La aplicación en exclusiva del PSI puede infravalorar la gravedad de determinados pacientes clasificados como de bajo grado de muerte (PSI I y II). 2) Tras aplicar el PSI y los criterios de ingreso tradicionales podemos considerar que la adecuación de los ingresos por una NAC en nuestro hospital puede considerarse como apropiada.

A-60 MENINGITIS AGUDA BACTERIANA DE ETIOLOGÍA DESCONOCIDA EN ADULTOS

M. Agud Fernández, P. Laguna, C. García, R. García, M. Gil, M. López y M. Yebra

Servicio de Medicina Interna. Hospital Universitario Puerta de Hierro. Madrid.

Objetivos. El diagnóstico de sospecha de sospecha de meningitis aguda bacteriana (MAB) se establece con la combinación de cuadro clínico y patrón analítico de líquido cefalorraquídeo (LCR) sugestivos, confirmandose con resultados microbiológicos (gram y cultivo de LCR, hemocultivo) positivos. Sin embargo, en un significativo número de casos dichos estudios son negativos. El objetivo de este trabajo es conocer las características diferenciales de la MAB de etiología desconocida (MED), mediante el análisis de los casos de MAB en adultos atendidos en un hospital de tercer nivel durante un período de 25 años.

Material y métodos. Se revisaron las historias clínicas de los pacientes > 14 años diagnosticados de MAB entre 1982 y 2006. Se hizo el diagnóstico de MAB de etiología conocida (MEC) ante un cuadro clínico compatible y uno de los siguientes datos: cultivo de LCR positivo, o cultivo de LCR negativo (con hipoglucoorraquia y/o pleocitosis neutrofilica) y hemocultivo positivo o presencia de diplococos gramnegativos en la tinción de gram de LCR. Cuando todos los cultivos fueron negativos se estableció el diagnóstico de MED en base a un cuadro clínico compatible, pleocitosis de más de 100 neutrófilos/mm³, y tinción de gram de LCR positiva (excepto para diplococos gramnegativos), negativa o no realizada. Se comparan los datos demográficos, epidemiológicos, cuadro clínico, análisis de LCR y evolución de ambos grupos.

Resultados. Se incluyen 250 casos de MAB, de los que 102 (40%) fueron MED. Epidemiológica y clínicamente, las MED se diferenciaron de las MEC en la edad (43 ± 19 años frente a 53 ± 20, respectivamente, p < 0,001), la frecuencia con que habían recibido antibióticos previamente al diagnóstico [(37% frente a 25%, p = 0,038, RR 1,4 (1-1,8)], el desarrollo de complicaciones neurológicas [(17% frente a 22%, p = 0,002, RR 1,47 (1,21-1,78)] y de alteración del nivel de conciencia (47% frente a 70%, p < 0,001); en este último dato clínico las diferencias, al estratificar por terciles de edad, sólo fueron significativas en el grupo < 39 años (33% frente a 62%, p = 0,006). No se hallaron diferencias en cuanto a sexo (mujeres 51% frente a 41%), adquisición nosocomial (39% frente a 30%), frecuencia de recurrencia (7,8% frente a 8,1%), de cefalea (77% frente a 73%), de vómitos (45% frente a 41%), de fiebre (89% frente a 93%), de rigidez de nuca (67% frente a 68%), de exantema (7% frente a 11%) y de complicaciones no neurológicas (9% frente a 15%). En el análisis del LCR no hubo diferencias en el recuento de leucocitos (3119 ± 4647 frente a 3239 ± 4457), porcentaje de neutrófilos (79% ± 20 frente a 78% ± 22), de hipoglucoorraquia (62% frente a 72%) ni en la cuantificación de proteínas (272 ± 277 frente a 332 ± 327). En relación con la evolución, los pacientes con MED ingresaron menos en UCI (26% frente a 49%, p < 0,001), diferencia que se mantuvo sólo en el grupo < 65 años [(23% frente a 53%, p < 0,001, RR 1,7 (1,3-2,2)], pero no se observaron diferencias en la duración del ingreso, presencia de secuelas al alta ni en la tasa de mortalidad (9% frente a 12%).

Discusión. En todas las series de MAB publicadas se haya observado un porcentaje variable de casos (9%-42%) de etiología desconocida. La MED sería un grupo no homogéneo de meningitis en el que se incluirían causas no infecciosas, meningitis víricas, meningitis producidas por bacterias de difícil aislamiento, meningitis por hongos y MAB pretratadas con antibióticos a dosis subóptimas. Nuestro estudio apoya este último factor. La utilización de procedimientos diagnósticos ya disponibles o en desarrollo actualmente, como la determinación de lactato en LCR y de procalcitonina o proteína C reactiva séricas, y de estudios microbiológicos como la detección de antígenos bacterianos, y de genoma viral y bacteriano en LCR, permitirán en un futuro reducir sensiblemente los casos de MED y elegir un tratamiento.

Conclusiones. 1) La MED es el grupo más frecuente de MAB en adultos con las técnicas de aislamiento e identificación microbiológicas clásicas. 2) El tratamiento antibiótico previo se asocia a mayor probabilidad de no identificar la etiología de la MAB. 3) Menor edad y menos síntomas y complicaciones neurológicas caracterizan a la

MED frente a la MEC, presentando ambos grupos una clínica y evolución similares.

A-61 TOXOPLASMOSIS CEREBRAL COMO CRITERIO DE SIDA A LOS 10 AÑOS DE TERAPIA ANTIRRETROVIRAL DE GRAN ACTIVIDAD (TARGA)

J. Pedreira Andrade, M. Castro Iglesias, S. López Calvo, P. Vázquez Rodríguez y J. Baliñas Bueno

Servicio de Medicina Interna B. Departamento de Medicina. Universidad A. Complejo Hospitalario Universitario Juan Canalejo. A Coruña.

Objetivos. Valorar la incidencia de toxoplasmosis cerebral (TC) como criterio definitivo de SIDA, diez años después de iniciada la terapéutica TARGA.

Material y métodos. Se recogen todos los casos diagnosticados de SIDA en un Hospital General entre enero de 2004 y 30 de julio de 2007, valorando en los pacientes con TC: edad, sexo, forma de transmisión, fecha de diagnóstico de VIH, CD4 y carga viral.

Resultados. Entre 103 casos de SIDA (23/04, 35/05, 30/06 y 15/hasta junio 07), solo 4 presentaron en el momento del diagnóstico del SIDA TC, en todos ellos como proceso oportunista aislado (3,97%). Se trató de 4 varones, 3 adictos a drogas por vía parenteral (ADVP) y 1 heterosexual, con edad media de 42,7 años (31-47). Únicamente en 1 caso el diagnóstico de SIDA coincidió con el diagnóstico de infección por VIH. En los 3 restantes el anti-VIH se había detectado con un promedio de 14 años antes (9-21). La cifra media de CD4 fue de 148,5 cél/μl (38-316) y la carga viral (RNA -VIH) media resultó de 391.028 copias/ml (7,810-750.000 copias/ml). Ningún paciente era inmigrante

Conclusiones. 1) La toxoplasmosis cerebral en la época TARGA se presenta rara vez como criterio diagnóstico de SIDA (3,97%). 2) Constatamos, pues, un notable descenso de este proceso, que incluía a más de un 10% de los casos de SIDA antes de 1996 (inicio TARGA). 3) Se trata de pacientes ADVP diagnosticados previamente de infección por VIH (más de 10 años antes), con CD4 (148,5 cél/μl) y RNA-VIH muy elevado (391.025 copias/ml), por lo tanto severamente inmunodeprimidos. 4) El descenso de la toxoplasmosis como infección definitoria de SIDA, contribuye sin duda como causa determinante en la disminución de los casos de este proceso, que acontecen en los últimos años

A-62 RAPIDEZ DE ADMINISTRACIÓN DE ANTIBIÓTICOS EN NEUMONÍAS. ADECUACIÓN A LAS GUÍAS CLÍNICAS

K. Leizaola¹, E. Cenciaga¹, I. Zamarreño¹, A. Eguiluz¹, C. Sarasqueta², G. Zubillaga³, M. Mendiburu¹ y E. Sánchez¹

¹Servicio de Medicina Interna, ²Epidemiología, ³Documentación Clínica. Hospital Donostia-Donostia Ospitalea. Donostia-San Sebastián, Guipúzcoa. ³Universidad del País Vasco. UPV-EHU. Guipúzcoa.

Objetivos. 1) Constatar el tiempo puerta de Urgencias-1ª dosis de antibiótico en el ingreso de Neumonías. 2) Comparar este tiempo con otro estudio nuestro de 2004, objetivar la mejora en calidad de este tiempo. 3) Objetivar mortalidad de las mismas según la gravedad en la escala CURB-65.

Material y métodos. Revisamos retrospectivamente todas las 321 Neumonías de adultos con ingreso hospitalario en 6 meses (Julio-diciembre-2006). Obtenemos el listado de todas las Neumonías codificadas en el CMBD del Servicio de Documentación Clínica.

Resultados. Tiempo-Ingreso-Antibiótico: 260 Minutos (Ds 157). Rango: 30'-840'. Estudio anterior del 2004 En 84 pacientes: 370 minutos (Ds 180). (p < 0,001) Edad media: 70,4 Años (Ds 17). Rango: 18-101 Años. Mayores de 65 años: 81%. Sexo: Varones: 64,5%. Estancia media: 9,2 días (Ds 6,7). Rango: 1-54 Días. Origen: Comunidad: 96,6%. Institución: 13%. CURB-65 (Conciencia alterada, Urea elevada, Taquipnea, Hipotensión, mayores de 65 años): CURB-65 de 1: 35%. CURB-65 de 2: 34%. CURB-65 de 3: 23%. CURB-65 de 4: 8%. CURB-65 de 5: 0,4%. Mortalidad: Global: 11% Servicio médico De Ingreso: Med. Interna: 46%. Neumología: 41%. Intensivos: 9%. Otros: 4%. Tiempo De

Antibiótico Si Fallecimiento: 213 Minutos. Tiempo De Antibiótico Si No Fallecimiento: 265 Minutos. ($p = 0,085$) No Diferencia Significativa. Antibióticos Utilizados: Amoxicilina-Clavulánico 40%, Cefalosporinas 20%, Quinolonas 47%, Macrólidos 16%, Aminoglucosidos 2%, Antipseudomonales 2%, Carbapenems 3%. Mortalidad según CURB Menores de 65 años: 1 de 60 pacientes (1,6%). Mayores de 65 años: 32 de 261 pacientes (12%). Mortalidad según CURB-65: CURB-65 de 1: 2 de 90 pacientes (2%), CURB-65 de 2: 3 de 85 pacientes (3,4%), CURB-65 de 3: 13 de 56 pacientes (19%), CURB-65 de 4: 13 de 21 pacientes (62%), CURB-65 de 5: 1 paciente. ($p < 0,05$).

Conclusiones. 1) Cumplido objetivo de reducción del tiempo de inicio de antibiótico desde el ingreso en el 2006 comparado con 2004 (de 370 a 270 minutos). 2) Está dentro de las recomendaciones de las Guías Clínicas, menos de 8 horas, preferible menos de 4 horas. 3) Mortalidad creciente en mayores de 65 años según gravedad del CURB-65.

A-63 ASPERGILOSIS PULMONAR INVASIVA. ESTUDIO CLÍNICO DE 40 CASOS

J. Leo Eyzaguirre, Á. Vega Suárez, A. Cabezón Crespo, L. Alvela Suárez, V. Chimpén Ruiz, M. Bécares Lozano e Y. Casanova Álvarez

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

Objetivos. Estudio clínico retrospectivo de pacientes diagnosticados de aspergilosis pulmonar invasiva.

Material y métodos. Se revisan las historias clínicas de los últimos 10 años ingresados en el Hospital Clínico Universitario de Salamanca. Para la recogida de datos se estableció un protocolo y se seleccionaron los pacientes que cumplían el consenso EORTC Y NIAID para el diagnóstico de aspergilosis pulmonar invasiva.

Resultados. Cuarenta pacientes se diagnosticaron de aspergilosis pulmonar invasiva, 26 varones y 14 mujeres. Sus edades estaban comprendidas entre 16 y 88 años. Entre sus antecedentes destacaban, 25 pacientes (62,5%) con neoplasias diversas, con quimioterapia 14 (35%), trasplante de médula ósea 8 (20%). Los síntomas más frecuentes fueron, tos con o sin expectoración en 21 casos (52,5%), fiebre en 18 (45%), disnea en 17 (42,5%) y dolor torácico en 7 (17,5%). En la exploración física, 20 pacientes (50%) tenían ruidos torácicos patológicos, piel caliente 18 (45%), mal estado general 13 (32,5%), taquipnea 9 (22,5%). En la analítica, 16 pacientes presentaron anemia y leucocitosis respectivamente y 10 (25%) leucopenia. Se cultivó el *aspergillus* en esputo en 17 enfermos (42,5%), por BAL en 5 (12,5%), aspirado bronquial telescópado en 2 (5%). El *aspergillus fumigatus* fue el más frecuente y se encontró en 19 casos (47,5%). El antígeno de *aspergillus* en sangre se determinó en 4 casos, estando elevados los galactomananos en 2. El diagnóstico fue probado en 5 casos (12,5%), probables en 23 (57,5%) y posibles en 12 (30%). El tratamiento fue diverso, en 17 pacientes (42,5%) se asociaron 2 fármacos. La anfotericina B fue el más utilizado, 19 casos (47,5%). Se obtuvo mejoría en 25 enfermos (62,5%) y fueron éxitos 15 (37,5%).

Discusión. La frecuencia de las infecciones por *aspergillus* se ha incrementado en pacientes inmunocomprometidos. La clínica es la de neumopatía bacteriana que no cede con tratamiento antibiótico, las manifestaciones son similares a las que presentaron nuestros pacientes. El diagnóstico de aspergilosis pulmonar invasiva probable fue el más frecuente. Como en otras series, la infección por el *aspergillus fumigatus* es la más numerosa en nuestros pacientes. Indudablemente, los métodos diagnósticos por imagen como la TAC han ayudado al diagnóstico más temprano de la enfermedad. El tratamiento antifúngico es variado y suelen asociarse dos o tres fármacos cuando la evolución no es favorable. A pesar de los avances en el diagnóstico de esta enfermedad, la mortalidad sigue siendo elevada, en nuestra serie fue del 37,5%, algo menor que el 50% o más que la señalada por algunos investigadores

Conclusiones. 1) La aspergilosis pulmonar invasiva se ha incrementado en la población inmunocomprometida; 2) El diagnóstico precoz si se tiene en cuenta el consenso EORTC Y NIAID, puede ser de gran ayuda, al igual que los métodos complementarios; 3) A pesar de los avances en el diagnóstico y tratamiento más temprano de la enfermedad, su mortalidad sigue siendo elevada.

A-64 COLINESTERASA PLASMÁTICA COMO INDICADOR DE GRAVEDAD EN LAS NAC

L. Castellano, I. Amorós, A. Gómez-Belda, A. Belda, L. Jiménez y A. Roldán

Servicio de Medicina Interna. Hospital de Sagunto. Sagunto/Sagunt, 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 47 pacientes con una edad media de 75 años, el 51,1% eran hombres y el 10,6% provenían de Residencia. En un 14,9% la etiología fue neumocócica. Se clasificaron a los pacientes en cinco grupos según valores de PSI, el 12,8% pertenecía a la categoría II, el 46,8% a la III, el 46,8% a la IV y el 14,9% 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 es desconocida. Dado que participa en el metabolismo de los relajantes musculares, algunos anestésicos 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 de la misma en mayores de 40 años son de 5320-12.290 UI. Dado que la síntesis es hepática se han excluido del estudio aquellos pacientes con enfermedad hepática conocida que pueden presentar ya de por sí cifras plasmáticas disminuidas.

Conclusiones. Aunque nuestro estudio está limitado por la muestra escasa, se intuye la tendencia a niveles más bajos de colinesterasa plasmática en aquellos casos con PSI más alto, por lo que la determinación de la misma podría ser usada en la práctica como un parámetro más de indicador de gravedad en aquellos pacientes con diagnóstico de neumonía comunitaria.

A-65 ADECUACIÓN DEL TRATAMIENTO EMPÍRICO DE LA INFECCIÓN URINARIA EN URGENCIAS

L. Rubio¹, A. Casas¹, M. Martín¹, S. Gámez¹, M. Velasco², J. Valverde³, A. Delgado-Iribarren³ y G. García de Casasola¹

¹Área de Urgencias, ²Sección de Infecciosas. Servicio de Medicina Interna, ³Unidad de Microbiología. Fundación Hospital Alcorcón. Alcorcón, Madrid.

Objetivos. La infección de la vía urinaria (IVU) es un diagnóstico frecuente. En España, el elevado porcentaje de resistencias a quinolonas y cotrimoxazol en uropatógenos hace que la elección del tratamiento empírico no sea sencilla. Se diseñó el presente trabajo para conocer la adecuación del tratamiento empírico de la IVU en un servicio de Urgencias y sus factores asociados.

Material y métodos. Se incluyeron todos los pacientes con sospecha de IVU y urocultivo positivo valorados en el servicio de Urgencias durante 2 meses. Se recogieron variables clínicas, epidemiológicas y de laboratorio. Se definió tratamiento empírico como adecuado si el primer antibiótico utilizado en Urgencias resultó sensible en el antibiograma. Se compararon las variables con la T-Student, chi cuadrado, U de Mann Whitney y test de Wilcoxon según fuera adecuado y se realizó un análisis de regresión logística para estudiar las variables asociadas a adecuación.

Resultados. Se estudiaron 151 pacientes, con edad media 67,1 años (rango 19 y 104), y 61% mujeres. El 63,0% de los pacientes tenían comorbilidades, el 27,2% estaba institucionalizado en residencia de ancianos, el 24,0% tenía demencia y el 27% tenía patología urológica previa. Las bacterias más frecuentes fueron *E. coli* 65,4%, *K. pneumoniae* 9,9% y *Enterobacter* sp 3,3%. Hubo un 10% de casos de IVU bacteriémica, la mayoría por *E. coli* (94%). Los antibióticos más utilizados fueron amoxicilina-clavulánico (44,8%) y ciprofloxacino (23,1%) seguidos de cefalosporinas de 3º generación (9,8%). La resistencia a antibióticos en el global de los aislados fue del 66% a ampicilina, 17,2% a amoxicilina-clavulánico y el 37,7% a ciprofloxacino. La distribución de las resistencias fue irregular, siendo más frecuente en el grupo de mayores de 80 años. El antibiótico empírico fue inadecuado en el 20,5% de los pacientes. Los antibióticos que se utilizaron empíricamente de forma inadecuada con más frecuencia fueron la amoxicilina-clavulánico y el ciprofloxacino. En el análisis univariado, la inadecuación fue más frecuente en varones ($p = 0,094$), de mayor edad ($p = 0,01$), con uso de antibiótico previo ($p = 0,014$), con mayor duración de los síntomas ($p = 0,011$) y que se presentaban con disnea ($p = 0,058$) o con IVU sin foco ($p = 0,064$). Tras ajustar las variables en un modelo de regresión logística las asociadas a inadecuación fueron la edad (HR 0,978 por año IC95% 0,957-1) y el uso de antibiótico previo (HR 0,298 IC95% 0,098-0,901).

Conclusiones. El porcentaje de inadecuación en esta muestra es alto. Las entidades clínicas más difíciles de reconocer como IVU sin foco o disnea son las que asocian más frecuentemente a inadecuación. La edad avanzada y el uso de antibiótico previo deben incluirse en la decisión del tratamiento empírico de la IVU en Urgencias, utilizando en estos casos o cefalosporinas de 3º generación o carbapenem.

A-66 ESTUDIO DESCRIPTIVO DE LOS ABSCESOS HEPÁTICOS EN UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL

I. García, O. Marín, E. Vilalta, M. Villalta, R. Salomon, E. Oliveros, C. Cuenca y C. Pérez de Oteyza

Unidad de Medicina Interna D. Hospital General Gregorio Marañón. Madrid.

Objetivos. Describir las características epidemiológicas, clínicas, microbiológicas y terapéuticas de los abscesos hepáticos piógenos de cualquier etiología.

Material y métodos. Se realizó un estudio descriptivo retrospectivo de los abscesos hepáticos piógenos diagnosticados desde enero del 2004 a mayo del 2007, en el Hospital Gregorio Marañón de Madrid. Se consideraron variables epidemiológicas (sexo, edad, estancia media), clínicas (enfermedades asociadas, mecanismo etiopatogénico, síntomas, morbi-mortalidad), diagnósticas (datos analíticos, radiológicos y microbiológicos) y terapéuticas. Se utilizó el programa estadístico SPSS 11,0.

Resultados. Se seleccionaron 81 pacientes con abscesos hepáticos piógenos, con una edad media de 61,4 años (DS: 17,39, mediana 64 años) y predominio el sexo masculino (65,4%). De los pacientes del estudio, un 23,5% presentaban una neoplasia maligna concomitante; el 26% habían recibido tratamiento inmunodepresor; un 21% eran diabéticos y el 17% presentaban hepatopatía crónica. El origen del absceso fue biliar-hepático en un 42%, en un 36% criptogénico, el 11% tras cirugía abdominal, el 7% secundario a patología gastrointestinal y un 4% por enfermedad pancreática. El origen biliar fue más frecuente en los pacientes mayores de 60 años (73,5%), de forma estadísticamente significativa ($p = 0,05$). La clínica fue aguda (< 15 días) en el 74%. Los síntomas más frecuentes fueron la fiebre (84%) y el dolor abdominal (59%). El valor medio de los datos analíticos fueron: 13.177 \times 10³ leucocitos, hemoglobina 11,64 g/dl, bilirrubina 2,95 mg/dl, GOT 140 UI/L y fosfatasa alcalina 241 UI/L. El 70% de los pacientes estudiados presentaron abscesos únicos. En el 85% el diagnóstico se realizó con TAC. Los gérmenes aislados más frecuentes fueron los anaerobios (33%); en un 31%, el cultivo fue estéril y polimicrobiano en un 26% de los casos seleccionados. El tratamiento más empleado fue el drenaje percutáneo del absceso con antibióticos (53%). Un 19% de los abscesos precisaron tratamiento quirúrgico. El 39% de los pacientes del estudio presentaron complicaciones durante el ingreso, la más frecuente fue la sepsis (17%). La mortalidad fue del 5%. La estancia media fue de 30,8 días (mediana 24 días).

Discusión. El absceso hepático piógeno es una enfermedad poco frecuente (incidencia: 0,020- 0,088%), pero con múltiples complicacio-

nes (30-60%) y elevada mortalidad (sin tratamiento del 100%). En la actualidad, existe una mayor frecuencia de abscesos entre la quinta y la sexta década; con origen principalmente biliar y con mayor identificación de anaerobios. La TAC es la prueba diagnóstica de elección (sensibilidad del 90 al 100%). El drenaje percutáneo ha relegado a un segundo plano a la cirugía como principal forma de tratamiento.

Conclusiones. El origen más frecuente de los abscesos hepáticos piógenos se localizó en el árbol biliar. Los anaerobios fueron los gérmenes más comúnmente aislados, aunque en un tercio de los casos el cultivo fue estéril. La TAC fue la prueba diagnóstica de elección y el drenaje percutáneo el tratamiento más utilizado. La mortalidad fue baja, pero el porcentaje de complicaciones fue significativo.

A-67 ENFERMEDAD POR MICOBACTERIAS NO TUBERCULOSAS (MNT) EN EL ÁREA SANITARIA DEL HOSPITAL DE LEÓN

F. Mourad¹, M. Liñán¹, J. Blanco² y J. Mostaza¹

¹Servicio de Medicina Interna, ²Servicio de Microbiología. Hospital de León. León.

Objetivos. Epidemiología y características clínicas de los pacientes con enfermedad por MNT en el área sanitaria del Hospital de León. **Material y métodos.** Análisis retrospectivo de las historias clínicas de los pacientes con aislamiento de MNT, entre 1995 y 2005, en al menos una muestra estéril o aislamiento repetido en muestras respiratorias. Se consideró que presentaban enfermedad por MNT, si tenían aislamiento de MNT en presencia de sintomatología clínica compatible y, en las formas respiratorias, si reunían los criterios de la *American Thoracic Association* (ATS).

Resultados. Se incluyeron 29 pacientes con enfermedad por MNT, 19 hombres y 10 mujeres, con una edad media de 57,9 años (rango: 13 a 85 años). La incidencia media es de 0,73 casos/100.000 habitantes/año, siendo menor en el periodo 1995-99 (11 casos, 5 en VIH+), que en el periodo 2000-05 (18 casos, 2 en VIH+). Las especies aisladas fueron: MAC 42%, *M. Chelonae* 22%, *M. fortuitum* 7%, *M. xenopi* 7% y otras (22%). La tinción fue positiva en más de la mitad de los casos (55%). Las infecciones respiratorias fueron las más frecuentes (15 casos), seguido de las formas no respiratorias (8 casos) y las infecciones diseminadas (6 casos). Dos mujeres, sin factores predisponentes, presentaron infección pulmonar por MAC con micronódulos y bronquiectasias. Entre las formas no respiratorias, las localizaciones más frecuentes fueron: cutánea (3 casos), linfadenitis (2 casos) y osteoarticular (2 casos). Se utilizaron macrólidos en 5 pacientes y, 4 pacientes, precisaron modificación del régimen terapéutico por toxicidad. 8 pacientes fallecieron, la mitad por su enfermedad de base y la otra mitad por infección diseminada. En 7 pacientes se perdió el seguimiento antes de finalizar el tratamiento y el resto (14 pacientes) evolucionaron favorablemente.

Discusión. Las MNT están distribuidas ampliamente en el entorno y se sospecha que se transmitan al hombre desde orígenes ambientales. Son microorganismos oportunistas y sólo producen infección en presencia de defectos locales o generalizados en las defensas del paciente. La identificación de MNT en una muestra clínica puede representar infección, colonización o contaminación de origen ambiental. En España, se ha descrito un aumento en la incidencia de enfermedad por MNT en los últimos años.

Conclusiones. Las infecciones por MNT son poco frecuentes en nuestro medio, pero parece que su incidencia está aumentando. La localización más frecuente es la respiratoria, seguida de piel y tejidos blandos, linfadenitis y osteoarticular. La infección diseminada por MNT, ocurre preferentemente en pacientes con SIDA y origina una enfermedad grave, con mortalidad elevada.

A-68 CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS Y EPIDEMIOLÓGICAS DE LA NEUMONÍA DE LA COMUNIDAD (NAC)

F. Mourad¹, M. Riesco¹, C. Martínez¹, S. Castellanos¹, M. Ledo¹, A. Morán¹ y L. Carazo²

¹Servicio de Medicina Interna. ²Servicio de Neumología. Hospital de León. León.

Objetivos. Se pretende describir las características epidemiológicas y clínicas, así como determinar el riesgo (Escala de Fine), de los pacien-

tes ingresados por NAC en el Servicio de Neumología del Complejo Asistencial de León.

Material y métodos. Análisis retrospectivo de historias clínicas de pacientes ingresados con NAC en el Servicio de Neumología desde junio hasta diciembre del 2006.

Resultados. En total fueron 70 pacientes, 49 hombres (70%) y 21 mujeres (30%). La edad media es de 60,8 años. La estancia media fue 10,3 días. En el 43% de los casos existía patología respiratoria de base. Y el 30% ya habían estado ingresados por NAC con anterioridad. La insuficiencia respiratoria fue presentada en 32 pacientes (46%). La identificación del germen causante fue en 7 pacientes. Los pacientes de las clases I y II tienen estancia media 5,8 días con una edad media de 48 años, de los cuales 4 pacientes no han tenido respuesta al tratamiento antibiótico previamente antes del ingreso, 12 pacientes presentaban clínica atípica y/o exploración física y complementaria marcada y 20 pacientes con sospecha de patología asociada. Los pacientes de las Clases IV y V tienen estancia media 13,5 días con edad media de 76 años, un tercio presentaba insuficiencia renal, 4 pacientes con neoplasias y el 25% precisaba asociación o cambio entre antibióticos. 2 pacientes de clase IV y V han fallecido, el primero con metastasis asociado a neumonía, el segundo con neumonía bilateral y disminución de la conciencia. Resto de pacientes con buena evolución con tratamiento antibiótico empírico.

Discusión. La NAC es una enfermedad frecuente con una incidencia en nuestro medio de 1,6-1,8 casos/1.000 habitantes/año y que afecta fundamentalmente a ancianos y varones. Es un problema sanitario de primer orden por su incidencia y mortalidad, más en las personas de edad avanzada y con comorbilidad, sobre todo pulmonar. En nuestra serie 37 pacientes (53%) presentaban un riesgo bajo, sin embargo estos pacientes presentaban clínica sugestiva para descartar otras patologías y/o respuesta inicial negativa al tratamiento antibiótico en domicilio. Los pacientes con riesgo alto presentaban asociación entre patologías adyacentes y edad avanzada que precisaba en casos asociación entre antibióticos. Según las guías clínicas la etiología del NAC no se llega a conocer en 40% de los casos, como se puede comprobar en nuestra serie solo en el 10% se identificó el germen responsable.

Conclusiones. La proporción de incidencia del NAC entre hombres y mujeres es de 2:1. Un tercio de los pacientes han estado ingresados por NAC con anterioridad. La identificación del germen causante es desconocido en 90% de los casos. Mortalidad total en nuestra serie 2,8%. Los pacientes de alto riesgo precisan tratamiento combinado y estancia media más larga.

Tabla 1. Riesgo medido con Escala de Fine (A-68).

Clase	I	II	III	IV	V
Nº pacientes	15	22	9	20	4

A-69

PIOMIOSITIS EN EL SERVICIO DE MEDICINA INTERNA M. Soto Hormigo, J. Patier, M. Moreno Cobo, A. Echaniz, P. Guisado, M. Egea, G. Fraile y M. Mialdea

Servicio de Medicina Interna. Hospital Ramón y Cajal. Madrid.

Objetivos. Conocer las características clínicas, epidemiológicas y microbiológicas de los pacientes diagnosticados de piomiositis (PM) en el servicio de Medicina Interna (SMI) del hospital Ramón y Cajal.

Material y métodos. Revisión retrospectiva de las historias clínicas con diagnóstico de PM en los últimos 15 años (Mayo 92-Mayo 07). Mediante hoja estandarizada se recogieron las siguientes variables: edad, sexo, factores predisponentes (VIH, malnutrición, alcoholismo, diabetes, neoplasia, otras) y/o antecedente de traumatismo, síntomas (fiebre, dolor localizado, impotencia funcional), técnicas de imagen (eco, TC y/o RM), músculos afectados, bacteria cultivada (en pus y/o sangre), antibióticos utilizados, cirugía vs drenaje y evolución. Se definió piomiositis primaria (PMP) aquella en la que no se identificó ningún foco o el mismo se encontraba a distancia y existía bacteriemia, y como piomiositis secundaria (PMS) aquella en la que el foco se encuentra contiguo al músculo afectado. Se compararon los resultados con los de otras series de nuestro entorno.

Resultados. Se identificaron 14 pacientes, 5 presentaban una PMP y 9 una PMS. La edad media fue 60,7 años y 10 eran varones

(71%). En 3 con PMP no se encontró ningún factor predisponente, uno tenía lupus sistémico y en otro coexistían varios factores (diabetes descompensada, alcoholismo activo, neoplasia y osteomielitis del pie). En los 9 casos de PMS se identificó patología de base: neoplasia (2 casos), enfermedad de Crohn (2 casos), uropatía obstructiva con absceso perirenal (1 caso), infección postquirúrgica tras nefrectomía (1 caso), absceso pélvico (1 caso), espondilodiscitis contigua (1 caso) e isquemia arterial aguda (1 caso). En nuestra serie ningún paciente era VIH. La técnica de imagen utilizada fue la TC que facilitó el diagnóstico y la extensión en el 100%. En la PMP la bacteria más frecuente fue *S. aureus* (3 de 5) y en la PMS se aisló *S. aureus* en 3 de 9, siendo la infección polimicrobiana más frecuente. La afectación fue de un músculo aislado en 13 casos: psoas (10 casos), esternocleidomastoideo (2 casos) y glúteo mayor (1 caso). Un único caso presentó afectación múltiple de m. psoas, m. glúteo mayor, m. dorsal ancho y m. subescapular. Todos los casos tuvieron fiebre, dolor local o referido e impotencia funcional. La tumefacción local y los signos inflamatorios estaban presentes en 2 casos. Todos fueron tratados con antibioterapia dirigida, en 9 se realizó drenaje por punción con TC y en 3 cirugía. La evolución fue favorable en todos sin desarrollo de sepsis. Tres casos fallecieron sin relación con la PM, siendo la causa de la muerte en 2 un evento cardíaco agudo y en 1 la evolución de la neoplasia. Los músculos afectados, los síntomas y el tratamiento médico y/o quirúrgico se muestran.

Discusión. La PM es una entidad poco frecuente en nuestro medio y fue inicialmente identificada en países con clima cálido (denominándose piomiositis tropical). En series publicadas con posterioridad se describen casos en climas templados con datos epidemiológicos y expresión clínica muy variables dentro de nuestro medio. La norma es la afectación de un único músculo de gran tamaño preferentemente en extremidades inferiores, en abdomen o tórax y muy poco frecuente en el cuello. La presunta relación con una bacteriemia transitoria o persistente desde un foco casi siempre desconocido, producida por *S. aureus* sería la responsable de la mayoría de los casos que se han denominado PMP. Sin embargo, en nuestro medio se identifican con más frecuencia PMS en pacientes con patología de base.

Conclusiones. La PM es una entidad poco frecuente en los SMI. La PMP es muy rara en nuestro medio, no suele asociarse a factor predisponente y se produce por *S. aureus* en la mayoría de los casos. La PMS se da junto con patología de base y esta producida con mayor frecuencia por infección polimicrobiana. En nuestra serie, a diferencia de otras, predomina la afectación del m. psoas. Un elevado índice de sospecha es necesario para el diagnóstico siendo la TC la técnica más rentable al permitir localizar la infección, obtener muestras y realizar drenaje dirigido. El tratamiento precoz mediante la combinación de antibióticos y drenaje percutáneo o cirugía evitó la muerte por sepsis y resolvió la PM en todos los casos de nuestra serie.

A-70

ATEROSCLEROSIS PRECOZ EN PACIENTES INFECTADOS POR EL VIH EN TRATAMIENTO ANTIRRETROVIRAL PROLONGADO DE UNA COHORTE DEL ÁREA MEDITERRANEA

E. Bernal¹, A. Muñoz¹, I. Marín², T. Vicente² y A. Cano¹

¹Sección de Enfermedades Infecciosas. Servicio Medicina Interna,

²Sección de Cardiología. Servicio de Medicina Interna.

Hospital General Universitario Reina Sofía. Murcia.

Objetivos. Existen evidencias crecientes de que los pacientes con infección por el VIH tienen un riesgo cardiovascular aumentado como consecuencia del desarrollo prematuro de arteriosclerosis. La disfunción endotelial y el aumento del grosor intimo-media (GIM) carotídeo son alteraciones que se producen en las primeras fases del desarrollo de la aterosclerosis y se han relacionado con un aumento de los eventos cardiovasculares. Los objetivos de nuestro estudio fueron: Evaluar la presencia de disfunción endotelial y GIM carotídeo en una cohorte de pacientes con infección por el VIH en tratamiento antirretroviral prolongado. Evaluar los factores de riesgo cardiovascular asociados a los pacientes con infección por el VIH.

Material y métodos. Estudio transversal en el que se incluyeron pacientes consecutivos en tratamiento antirretroviral durante más de 1 año sin antecedentes personales de cardiopatía isquémica. Disfunción endotelial valorada mediante vasodilatación dependiente de

endotelio (VDE) a nivel de arteria braquial mediante ecografía-doppler. Detección de lesión vascular carotídea medida por ecografía carotídea de alta resolución.

Resultados. Se analizaron los datos de 19 pacientes, de los cuáles 6 estaban en tratamiento con no análogos de nucleosidos (ITINN) y 13 con inhibidores de la proteasa (IP), todos ellos en combinación con inhibidores de la transcriptasa inversa de nucleósidos. Catorce (70%) eran varones, de 42 ± 7 años, 0,5% hipertensos, ninguno era diabético, 84% fumadores y 31% con dislipemia. Los niveles de colesterol total fueron $186,8 \pm 67$, HDL colesterol 48 ± 23 mg/dl, LDL colesterol 89 ± 33 mg/dl y triglicéridos $218,8 \pm 178$ mg/dl. En 15 pacientes (78,94%) la carga viral fue indetectable y los niveles de CD4 fueron 510 ± 310 células/ml. En 10 (52,63%) pacientes se observó la presencia de disfunción endotelial y en 6 (31,57%) pacientes el GIM estuvo elevado. El 80% de los pacientes con DE eran fumadores. La VDE en los tratados con IP ($9,32 \pm 8,9$ mm) fue similar a los tratados con ITINN ($9,28 \pm 11,94$ mm) y hubo una correlación no significativa con el tiempo de exposición ($r = 0,229$; $p = 0,07$).

Conclusiones. Un porcentaje considerable de pacientes con infección por el VIH en tratamiento antirretroviral prolongado presenta disfunción endotelial y enfermedad vascular carotídea. En la cohorte analizada se observa una tendencia entre el tiempo de exposición a fármacos antirretrovirales y disfunción endotelial. El porcentaje de pacientes fumadores con disfunción endotelial es elevado.

A-71

FACTORES PREDICTORES DE BACTERIEMIA POR *E. COLI* BLEE DE FOCO URINARIO

A. Asenjo¹, R. Barrena¹, M. Velasco¹, A. Delgado-Iribarren², J. Valverde², M. Delgado¹, C. Aranda¹ y C.C. Tejero¹

¹Servicio de Medicina Interna, ²Servicio de Microbiología. Fundación Hospital Alcorcón. Alcorcón, Madrid.

Objetivos. El aislamiento en sangre de *E. coli* productor de beta-lactamasas de espectro expandido (BLEE) es un problema creciente en España. El foco urinario se asocia con más frecuencia a su aparición. Se diseñó el presente estudio para valorar los factores asociados a la bacteriemia por *E. coli* BLEE de foco urinario.

Material y métodos. Se recogieron datos clínicos, epidemiológicos y de laboratorio de todas las bacteriemias por *E. coli* de foco urinario aislados en la Fundación Hospital Alcorcón durante 6 meses. Las variables (presencia/ausencia de BLEE) se compararon mediante chi-cuadro y t de Student y se realizó un análisis de regresión logística tomando como variable dependiente la presencia de BLEE.

Resultados. La muestra estaba formada por 62 pacientes, 40,3% varones, con una edad media de $67,4$ ($21,6$) años. *E. coli* BLEE se aisló en 14 pacientes (22,6%). Los pacientes con *E. coli* BLEE eran mayores ($82,7$ vs 63 años, $p < 0,001$), más frecuentemente varones (40 vs $10,8\%$ $p = 0,012$), demenciados (70 vs $13,5\%$, $p < 0,001$), procedentes de residencia de ancianos ($72,7$ vs $11,8\%$, $p < 0,001$), con tendencia a una mayor proporción de comorbilidades: (diabetes $37,5$ vs $17,4\%$, $p = 0,162$), cirrosis ($50,0$ vs $20,7\%$, $p = 0,217$), insuficiencia renal ($40,0$ vs $21,1\%$, $p = 0,314$), con mayor probabilidad de patología urológica previa ($37,9$ vs $9,1\%$, $p = 0,013$), o manipulación urológica ($46,2$ vs $16,3\%$, $p = 0,056$), portadores de sonda vesical ($40,0$ vs $15,2\%$, $p = 0,067$), con infecciones urinarias previas ($43,5$ vs $10,3\%$, $p = 0,004$), con mayor uso de antibiótico previo ($60,0$ vs $17,2\%$, $p = 0,007$) y con infección de origen nosocomial ($50,0$ vs $17,3\%$, $p = 0,038$). Presentaron con menos frecuencia síntomas localizadores de la infección urinaria (dolor lumbar, prostático o síndrome miccional). En el análisis de regresión logística, los factores asociados con la presencia de *E. coli* BLEE en sangre fueron la edad mayor de 80 años, la manipulación urológica previa y proceder de residencia de ancianos.

Conclusiones. La proporción de *E. coli* BLEE en bacteriemias de foco urinario es muy elevada en nuestro centro. Aparecen en pacientes con mayor deterioro global y utilización de recursos sanitarios. La edad avanzada, la estancia en residencia y la manipulación urológica previa en pacientes con infección urinaria bacteriémica predicen la infección por *E. coli* BLEE.

A-72

BACTERIEMIA POR *STREPTOCOCCUS BOVIS*. ESTUDIO RESTROSPECTIVO 1999-2007

J. Cara¹, V. Pascual¹, A. San Gil¹, M. Riera², C. Nicolás², M. Xercavins³, J. Martínez-Lacasa¹ y J. Mascaró¹

¹Servicio de Medicina Interna, ²Enfermeras epidemiólogas, ³Servicio de Microbiología. Hospital Mutua de Terrasa. Terrasa, Barcelona.

Objetivos. Estudiar las características clínicas y la evolución de los episodios de bacteriemia por *Streptococcus bovis* en nuestro hospital entre los años 1999-2007. Analizar la patología intestinal asociada al episodio de bacteriemia especialmente de adenocarcinoma.

Material y métodos. Se revisaron retrospectivamente las historias clínicas de los episodios de bacteriemia por *Streptococcus bovis*. El equipo de infección nosocomial controla todos los hemocultivos positivos informados por el Servicio de Microbiología, que son registrados en una base de datos.

Resultados. Entre los años 1999-2007 se registraron un total de 26 episodios de bacteriemia por *Streptococcus bovis* en 25 pacientes, lo que supuso una incidencia del 0,87% respecto del total de bacteriemias. La edad media de los pacientes fue de $71,8 \pm 24$ años y 20 pacientes fueron varones. 12/26 (46%) correspondieron a episodios de endocarditis, registrándose un episodio de recidiva. En todos los pacientes se hizo estudio endoscópico, excepto en el caso de mortalidad dentro de la primera semana del ingreso. En los pacientes con endocarditis se encontró algún tipo de lesión en colon en todos los pacientes menos uno, siendo la más frecuente la aparición de pólipos seguida de diverticulosis y finalmente un caso de adenocarcinoma. La duración del tratamiento en el grupo de pacientes con endocarditis fue de 38 ± 8 días, no se registró ningún éxito y sólo fue precisa la cirugía cardíaca en un caso. Analizando los episodios sin endocarditis el foco más frecuente fue el biliopancreático en 8/14 (57%) seguido del intestinal 4/14 (28%) y finalmente el no filiado. En 4 casos (2 de origen biliar y 2 intestinal), existía el antecedente inmediatamente previo de la colocación de una prótesis biliar o realización de una colonoscopia respectivamente. En 4/11 (36%) la colonoscopia fue normal, encontrándose en el resto de paciente estudiados un caso de neoplasia de recto. La media de tratamiento fue de 18 ± 6 días y hubieron 3 éxitos (2 de ellos relacionados con la bacteriemia). Del total de pacientes, la bacteriemia fue comunitaria en 21/26 (80%), registrándose 1 sólo episodio nosocomial en el grupo de pacientes con endocarditis. *Streptococcus bovis* fue sensible a penicilina en 24/26 (92%) mostrando los otros 2 resistencia intermedia. Todos fueron sensibles a cefotaxima.

Conclusiones. La bacteriemia por *Streptococcus bovis* se acompaña casi en la mitad de los casos de endocarditis y en este caso es frecuente encontrar lesiones en la mucosa del colon, si bien suelen ser benignas. Cuando no hay endocarditis el foco de origen suele ser biliar o intestinal. La resistencia antibiótica no es actualmente un problema para el tratamiento estándar.

A-73

ESTUDIO DESCRIPTIVO DE LAS ENDOCARDITIS INFECCIOSAS AGUDAS EN UN HOSPITAL DE 2º NIVEL.

I. Martín Algora¹, L. Sáez Comet¹, R. Martínez Álvarez¹, B. Ordóñez Rubio², C. Aspiroz Sancho³, P. Lamban Aranda¹ y G. Olivar Dupla⁴

¹Servicio de Medicina Interna, ²Servicio de Cardiología, ³Servicio de Microbiología, ⁴Unidad de Cuidados Intensivos. Hospital Royo Villanova. Zaragoza.

Objetivos. Conocer las características clínicas, etiológicas y evolutivas de las endocarditis infecciosas (EI) que se han diagnosticado en un servicio de Medicina Interna de un hospital de 250 camas de las que 60 pertenecen a este servicio.

Material y métodos. Se realiza un estudio retrospectivo de las historias clínicas de todos los casos de endocarditis diagnosticados durante el periodo comprendido entre abril del 2002 y abril del 2007. Las endocarditis infecciosas se clasificaron como definitivas o posibles, según los criterios de Durack modificados (Li JS et al. Clin Infect Dis 2000;30:633-8).

Resultados. Se diagnosticaron 20 episodios de endocarditis infecciosas. El 85% (17/20) fueron hombres y el 15% (3/20) mujeres. La

edad media de los pacientes en el momento del diagnóstico fue de 67,9 años. En todos los casos se realizó ecocardiograma, evidenciándose signos de endocarditis en la válvula aórtica en 14 casos (70%) y en la válvula mitral en 12 casos (60%). En 5 (25%) de estos casos se objetivó afectación en ambas válvulas. En un caso estaba afectada la válvula aórtica y tricúspide. El 17/20 de las endocarditis infecciosas se produjo en válvulas nativas, y el 3/20 en válvulas protésicas (todas ellas sobre la válvula aórtica). En 9/20 pacientes (45%) se identificaron cardiopatías predisponentes. En 11/20 (55%) se identificó alguna patología o maniobra de riesgo: urológica (5/20 pacientes, 25%), odontológica (3/20 pacientes, 15%), cardiológica (2/20 pacientes, 10%), otras (3/20 pacientes, 15%). En 9/20 pacientes (45%) no se identificó maniobra de riesgo de endocarditis. La forma de presentación clínica más frecuente fue: fiebre (14 pacientes, 70%), síndrome constitucional (3 pacientes, 15%), insuficiencia cardíaca (9 pacientes, 45%), otros (5 pacientes, 25%). En 15/20 pacientes (75%) se aisló uno o más gérmenes responsables de la endocarditis. Los gérmenes causantes fueron: *S. aureus* (3 pacientes, 15%), *Staphylococcus coagulans* negativos (2 pacientes, 10%), *S. viridans* (6 pacientes, 30%), Enterococos (3 pacientes, 15%). En 1 paciente por *Candida parapsilosis* y en 3 pacientes no se llegó al diagnóstico microbiológico. La mortalidad en nuestro centro entre los 20 episodios de endocarditis fue de 5 pacientes (25%) 4 precisaron ingreso en UCI por complicaciones y 8 pacientes (40%) precisaron traslado al Servicio de Cirugía cardíaca del hospital de referencia, en todos estos casos se había producido insuficiencia aórtica severa.

Conclusiones. Las manifestaciones clínicas, forma de presentación y tanto la indicación de cirugía cardíaca como la mortalidad son comparables a las de otras series de hospitales de las mismas características. Destacar la existencia de una cardiopatía previa y una manipulación invasiva en la mitad de los casos.

A-74

ESTUDIO COMPARATIVO DE LOS ABSCESOS HEPÁTICOS PIOGENOS ÚNICOS Y MÚLTIPLES: ETIOLOGÍA, CLÍNICA Y TRATAMIENTO

I. García, O. Marín, E. Vilalta, C. López, R. Salomón, V. Villalba, E. Oliveros y C. Pérez de Oteyza

Unidad de Medicina Interna D. Hospital General Universitario Gregorio Marañón. Madrid.

Objetivos. Comparar las características epidemiológicas, clínicas, microbiológicas y terapéuticas de los abscesos hepáticos piógenos únicos y múltiples.

Material y métodos. En el Hospital Gregorio Marañón de Madrid, desde enero del 2004 a mayo del 2007, se diagnosticaron 81 abscesos hepáticos piógenos. Todos los abscesos fueron diagnosticados por técnicas radiológicas o durante el acto quirúrgico. De forma retrospectiva se ha realizado un estudio comparativo de los abscesos únicos y múltiples, mediante la revisión de las historias clínicas. Las variables analizadas fueron: edad, sexo, enfermedades asociadas (DM, alcoholismo, hepatopatía crónica, tratamiento inmunodepresor, neoplasias y trasplante hepático), mecanismo etiopatogénico (biliar-hepático, gastrointestinal, pancreático, poscirugía y criptogénico), síntomas (fiebre, dolor abdominal y síntomas gastrointestinales), datos analíticos (leucocitos, hemoglobina, bilirrubina, GOT, fosfatasa alcalina y creatinina), hallazgos radiológicos, datos microbiológicos, complicaciones (recidiva, sepsis, fracaso renal agudo y pleuropulmonares), mortalidad, tipo de tratamiento y estancia media. El análisis estadístico se realizó con el programa SPSS 12.0.

Resultados. Del total de los 81 abscesos hepáticos estudiados, 57 (70%) fueron únicos y 24 (30%) múltiples. La proporción varón/mujer en ambos grupos fue de 38/19 en los únicos y de 15/9 en los múltiples; las diferencias no fueron estadísticamente significativas ($p = 0,71$). La edad media fue más alta en los abscesos únicos ($62,89 \pm 18,25$ años) que en los múltiples ($57,83 \pm 14,99$ años); las diferencias no fueron estadísticamente significativas ($p = 0,20$). La presencia de una colangitis o colecistitis (origen biliar) fue el principal mecanismo desencadenante en los abscesos múltiples (58%), de forma estadísticamente significativa ($p = 0,03$). La presencia de diabetes fue identificada en 10 pacientes (17,5%) con abscesos únicos y en 7 (29%) con lesiones múltiples. El 21% de los pacientes con abscesos únicos y el 29% de los múltiples presentaban una neoplasia asociada. No existieron diferencias significativas en los síntomas clí-

nicos en ambos grupos. No existieron diferencias estadísticamente significativas en las determinaciones analíticas entre los dos tipos de abscesos; aunque el valor de la fosfatasa alcalina fue superior (291 UI/L frente 220 UI/L) en los procesos únicos. En ambos tipos de abscesos, la TAC fue la prueba de imagen más utilizada para el diagnóstico. Los hemocultivos fueron positivos principalmente en los abscesos múltiples (46%), de forma estadísticamente significativa ($p = 0,01$). En ambos grupos, los anaerobios fueron los microorganismos aislados con mayor frecuencia. El tratamiento médico con antibióticos fue más empleado en los abscesos múltiples (46%) ($p = 0,01$). La mortalidad (5%) y las complicaciones (40%) durante el ingreso fueron más frecuente en las lesiones únicas, pero las diferencias no fueron estadísticamente significativas. La estancia media fue más larga en los abscesos únicos ($31,6 \pm 26,2$ días) que en los múltiples ($28,8 \pm 18,15$ días).

Discusión. En la actualidad, varios estudios demuestran una mayor incidencia de enfermedades biliares como desencadenantes de los abscesos hepáticos piógenos, principalmente en las lesiones múltiples. En las series actuales, el aislamiento de anaerobios oscila entre el 24 y el 67%, independientemente del tipo de lesión. A pesar de la mayor eficacia diagnóstica con la TAC y el desarrollo de técnicas percutáneas para el tratamiento, las tasas de mortalidad y de complicaciones de los abscesos siguen siendo elevadas (10-40%).

Conclusiones. Los resultados del estudio demostraron que el origen biliar es más frecuente en los abscesos múltiples, con hemocultivos positivos y buena respuesta al tratamiento antibiótico. No existieron diferencias clínicas ni microbiológicas. Los abscesos únicos presentaron con mayor frecuencia complicaciones durante el ingreso.

A-75

INFECCIÓN POR ASPERGILLUS DE MARCAPASOS/DES-FIBRILADORES AUTOIMPLANTABLES (DAI)

N. Escamilla¹, T. Álvarez de Espejo¹, A. Duca¹, A. Sollet¹, E. Muñoz¹, I. Espert¹, I. Sánchez² y A. Ramos¹

¹Servicio de Medicina Interna, ²Servicio de Microbiología. Hospital Universitario Puerta de Hierro. Madrid.

Objetivos. La infección de los marcapasos y desfibriladores automáticos implantables (IMD) continúa representando un reto diagnóstico y terapéutico muy importante. Existen muy pocos trabajos que hayan analizado los casos de IMD debidos a infección fúngica. El objetivo del estudio es analizar las características clínicas de pacientes diagnosticados de infección así como su evolución clínica.

Material y métodos. Se incluyeron en este análisis un paciente con infección de DAI producida por *Aspergillus flavus* y quince casos de IMD causada por *Aspergillus* sp. previamente publicados en la literatura.

Resultados. La media de edad (\pm DS) de los dieciséis pacientes analizados fue 65 ± 11 años (rango, 30-80 años). El tiempo transcurrido hasta el diagnóstico fue 34 ± 4 meses (rango 14-120 meses). La media \pm DS de la duración de los síntomas fue 62 ± 42 días (rango 14-150 días). La fiebre fue la forma de presentación más frecuente (12 pacientes, 75%) y fue el único síntoma en 5 pacientes (37%). Tres pacientes presentaron inflamación del bolsillo del generador. Catorce pacientes (87,5%) tuvieron endocarditis, de los cuales 9 se evidenciaron con ecocardiograma transtorácico, mostrándose vegetación en dos de ellos (22%). El ecocardiograma transesternal demostró la presencia de vegetaciones en todos los casos en los que se realizó (8 pacientes, 100%, $p < 0,01$). En siete casos (44%) se demostró la existencia de embolismo pulmonar provocado por la migración de vegetaciones de *Aspergillus*. *Aspergillus* sp. sólo se aisló en hemocultivos en un caso (6%). En cinco casos, el fallecimiento se atribuyó a la infección por *Aspergillus* y todos presentaron endocarditis. El retraso en el diagnóstico fue 52 ± 34 días en los supervivientes y 73 ± 61 días en los que fallecieron ($p = 0,541$). Los pacientes que se presentaron como fiebre de origen desconocido y no otro síntoma o signo tuvieron una mayor mortalidad (50%) que los pacientes con otras formas de presentación (20%, $p = 0,241$). Todos los supervivientes se les extrajo el material.

Conclusiones. La infección de marcapasos/DAI causada por *Aspergillus* sp. tiene una elevada mortalidad y debería considerarse en aquellos pacientes con fiebre de origen desconocido y hemocultivos negativos. ETE permite realizar de un diagnóstico más temprano y de este modo conseguir un tratamiento exitoso, que siempre debe incluir la extracción del dispositivo infectado.

A-76 GASTROENTERITIS AGUDA POR SALMONELLA: REVISIÓN DURANTE UN AÑO

A. Jimeno Sáinz¹, L. Guerrero¹, C. Seco de Guzmán² y C. Cebrián³

¹Servicio de Medicina Interna, ²Unidad de Documentación, ³Servicio de Anatomía Patológica. Hospital Ernest Lluch Martín. Calatayud, Zaragoza.

Objetivos. Las gastroenteritis pueden ser desencadenadas por agentes infecciosos y no infecciosos. El objetivo de este estudio es valorar la incidencia de gastroenteritis aguda producida por *Salmonella* sp., así como sus manifestaciones clínicas, y evolución de los pacientes ingresados en nuestro hospital durante el año 2006.

Material y métodos. Se realizó un estudio retrospectivo de los pacientes ingresados por gastroenteritis aguda por *Salmonella* en nuestro hospital durante un periodo de tiempo desde enero a diciembre de 2006. Se recogieron datos demográficos, manifestaciones clínicas, enfermedades subyacentes, evolución y tratamiento recibido. Criterios de inclusión: 1. Edad > 18 años; 2. Ingresados en el Servicio de Medicina Interna en el periodo referido con diarrea por *Salmonella*. Criterios de exclusión: 1. Pacientes ingresados por diarreas de otras etiologías.

Resultados. Se obtuvieron un total de 10 casos. La edad media fue de 53,3 años. El 62,5% eran hombres (5) frente a un 37,35% (3) que fueron mujeres. El síntoma más frecuente fue la diarrea (100%) seguida de la fiebre (75%). Seis pacientes presentaron patología de base, siendo la más frecuente la tumoral (linfoma no Hodgking; anemia hemolítica y megaloblástica, Ca endometrial). Un 25% de los casos presentaron signos de deshidratación y en 2 casos se asoció insuficiencia renal (aguda un caso y agudización de su insuficiencia renal crónica en el otro). El coprocultivo fue positivo en todos los casos. En ningún caso presentó bacteriemia, siendo realizado el hemocultivo en el 50% de los casos. 6 pacientes recibieron tratamiento (Ciprofloxacino (5) y uno con Trimetropin/sulfametoxazol). En ningún caso existió recaídas.

Discusión. Las gastroenteritis infecciosas son producidas por diferentes gérmenes, bacterias, virus, parásitos o incluso antibióticos. Su mecanismo de acción varía desde bacterias enterotoxigénicas (*E. coli*, *V. cholerae*), como bacteria invasoras que destruyen la mucosa intestinal (*Shigella*, *E. coli*) o bien por mecanismo inflamatorio como es la *Salmonella*. El número de salmonelosis en nuestro medio que ingresan en nuestro hospital es bajo. No obstante debemos considerar que existen casos de salmonelosis que no han requerido ingreso, y que podían haber aumentado la prevalencia. Un porcentaje elevado de nuestros pacientes presentaron fiebre con escalofríos, enfermedad de base o deshidratación que requirieron el uso de antibióticos.

Conclusiones. 1. En nuestro medio la Gastroenteritis por salmonella no es muy frecuente. 2. En ningún caso se asoció con bacteriemia. 3. En nuestro estudio además de la rehidratación endovenosa y oral precisaron tratamiento antibiótico. 4. No se objetivaron ningún caso de recaídas.

A-77 MONONUCLEOSIS INFECCIOSA EN ADULTOS: REVISIÓN DE 5 AÑOS EN UN HOSPITAL DE ARAGÓN

A. Jimeno Sáinz¹, L. Guerrero¹, C. Seco de Guzmán², M. Naya³ y M. Gaitero³

¹Servicio de Medicina Interna, ²Unidad de Documentación, ³Servicio de Otorrinolaringología. Hospital Ernest Lluch Martín. Calatayud, Zaragoza.

Objetivos. La mononucleosis infecciosa es una enfermedad producida por el virus de Eipstein-Barr y que afecta con mayor frecuencia a niños y adolescentes. Nuestro objetivo en el presente estudio es valorar la incidencia de MNI en adultos, ver sus características clínicas, evolución y posibles complicaciones.

Material y métodos. Se realizó un estudio retrospectivo de los casos diagnosticados de MNI en adultos durante 5 años (enero del 2001 a diciembre de 2006). Criterios de inclusión: edad > 14 años; 2. linfadenopatías; 3. inflamación faríngea; 4. fórmula linfocitaria compatible. Criterios de exclusión: linfadenopatías de otra etiología; 2. faringoamigdalitis de origen bacteriano.

Resultados. Se obtuvo un total de 10 pacientes con edad media 14,5 años. No existía predominancia por el sexo. El síntoma más frecuente fue la fiebre y adenopatías dolorosas (100%) estando presente la odinofagia en 6 pacientes (60%). En 7 pacientes se palpó visceromegalias que fueron confirmadas con la ecografía abdominal. El diagnóstico se realizó con la positividad de la serología (técnica monosticon) y fue cuantificada en 2 casos. Se realizó serología para Citomegalovirus, Toxoplasmosis, VIH en 5 pacientes. Todos los pacientes recibieron antitérmicos, 2 de ellos además AINEs y corticoides. Un paciente sufrió sobreinfección bacteriana que requirió antibioterapia. Ningún paciente presentó complicaciones.

Discusión. En nuestro estudio en primer lugar nos sorprendió la edad de los pacientes ingresados, continúa siendo la MNI una enfermedad de adolescentes. La edad mínima fue de 14 años y la máxima de 22. Por otro lado los síntomas más frecuentes fueron las adenopatías dolorosas y la fiebre. Más de la mitad de los pacientes estudiados (7) tuvieron una reacción hepática secundaria, y en 6 casos presentaron hepatomegalia. El tratamiento de la MNI es sintomático, sin embargo la intensa odinofagia y edema local hizo aconsejable el tratamiento con corticoides y AINE.

Conclusiones. 1) En nuestra zona la MNI sigue siendo una enfermedad de adolescentes. 2) La afectación visceral no es despreciable en el grupo estudiado. 3) En un 20% de los casos fue necesario incorporar al tratamiento AINEs y corticoides. 4) En nuestro estudio, no existieron complicaciones.

A-78 MENINGITIS AGUDA NEUMOCOCICA

M. Agud Fernández, P. Laguna del Estal, R. García Madero, M. Gil Navarro, M. López Cano, C. García Zubiri y M. Yebra Bango

Servicio de Medicina Interna. Hospital Universitario Puerta de Hierro. Madrid.

Objetivos. *S. pneumoniae* es una causa frecuente de meningitis aguda bacteriana (MAB) en adultos. El objetivo del estudio es analizar las características clínicas y evolutivas de la meningitis neumocócica, mediante el análisis de los casos atendidos en un hospital durante un periodo de 25 años.

Material y métodos. Se revisan las historias clínicas de los pacientes de edad > 14 años diagnosticados de MAB entre 1982 y 2006, incluyendo en el estudio todos los casos con cultivo de líquido cefalorraquídeo (LCR) positivo para *S. pneumoniae*.

Resultados. De 250 casos de MAB se identifican 38 (15%) producidas por *S. pneumoniae*, que se incluyen en el estudio. La mediana de edad fue de 58 años (22-82) y el 53% eran mujeres. El 95% fueron meningitis adquiridas en la comunidad y el 13% fueron recurrentes. Los factores predisponentes asociados más frecuentemente fueron: otitis media aguda en 12 (32%) y fistula de LCR en 9 (24%); sólo 3 (8%) no asociaron ningún factor. Clínicamente, presentaron cefalea 31 (82%), vómitos 19 (50%), fiebre 36 (95%), rigidez de nuca 32 (84%) y alteración de conciencia 33 (87%); ningún caso cursó con exantema. La duración de la enfermedad hasta el diagnóstico fue de 1,9 días de media. Habían recibido tratamiento antibiótico previamente al diagnóstico 9 (24%). En el análisis del LCR la media de leucocitos fue de 5,479/mm³, con un 63% de porcentaje medio de neutrófilos y unas proteínas de 376 mg/dl de media. Desarrollaron complicaciones no neurológicas 10 (26%): sepsis 4 (10,5%), shock 1 (2,6%), secreción inadecuada de ADH 1 (2,6%) y otras 4 (10,5%). Presentaron complicaciones neurológicas 13 (34%): crisis epilépticas 9 (23,7%), lesión de pares craneales 2 (5,3%) y otras 2 (5,2%). Ingresaron en UCI 23 (60%), sólo 5 (13%) recibieron tratamiento con corticoides y 4 (10,5%) fueron resistentes a antibióticos. La duración del ingreso fue de 26 días de media. El curso clínico fue favorable en 29 (76%), fallecieron 5 (13,2%) y quedaron secuelas neurológicas en 4 (10,5%).

Discusión. *S. pneumoniae* es el agente etiológico más frecuente de la MAB adquirida en la comunidad en adultos no jóvenes (mediana de edad 57 años), si bien en nuestra serie supuso sólo el 15% por incluir un elevado número de casos origen nosocomial que tienen diferente etiología. Más del 90% tuvieron algún factor predisponente, los más frecuentes la otitis media y la fistula de LCR. Se presentó con un cuadro clínico muy agudo (duración media 1,9 días) y sintomático (fiebre 94% y alteración de conciencia 87%), con el

desarrollo de complicaciones neurológicas (especialmente crisis epilépticas) en un tercio de los casos y con un curso evolutivo caracterizado por una morbimortalidad del 24% (superior a la de la meningitis meningocócica). La baja tasa de resistencia a antibióticos detectada, así como el empleo casi anecdótico de corticoides, serían explicables por el largo periodo de inclusión de pacientes.

Conclusiones. 1) *S. pneumoniae* es una etiología frecuente de MAB adquirida en la comunidad en adultos no jóvenes. 2) La mayoría presentan algún factor predisponente de meningitis meningocócica. 3) La presentación clínica es aguda y muy sintomática. 4) Su morbimortalidad es elevada.

A-79

ESCHERICHIA COLI COMO UROPATÓGENO EN NUESTRA ÁREA: EVOLUCIÓN DE SENSIBILIDAD

F. Jódar Morente¹, J. Trujillo¹, V. Navarro¹, M. Almenara¹, I. Cuesta², I. Carazo², M. Omar³ y J. Hernández Burruezo³

¹Servicio de Medicina Interna, ²Servicio de Microbiología,

³Unidad de Infecciones. Hospital Universitario Médico-Quirúrgico. Jaén.

Objetivos. Analizar la evolución de las resistencias de *Escherichia coli* en las infecciones urinarias en el distrito sanitario de Jaén durante el periodo entre el 2001 y el 2005 para conocer las tasas de resistencia a los distintos fármacos utilizados en su tratamiento y poder establecer realizar recomendaciones de tratamiento empírico.

Material y métodos. Resultados de todos los urinocultivos positivos consecutivos de pacientes atendidos por infección urinaria adquirida en la comunidad durante el periodo de enero del año 2001 a diciembre del año 2005 procedentes del área de influencia del Complejo Hospitalario Ciudad de Jaén remitidas desde los centros de atención primaria al laboratorio de referencia. Se seleccionaron aquellos positivos para *E. coli*. Las tasas de resistencia fueron comparadas mediante una prueba de homogeneidad de proporciones (análisis de la varianza con prueba del χ^2 de Pearson) y se definió la significación estadística como una $p < 0,05$.

Resultados. Ver tabla 1.

Discusión. Alta sensibilidad a amoxicilina clavulánico, gentamicina, y nitrofurantoína, siendo el fármaco con mayor sensibilidad la fosfomicina, manteniéndose estable e incluso aumentando en los diferentes años del estudio, llegando a tener en 2005 una sensibilidad superior al 95%. Apreciamos una sensibilidad disminuida a ampicilina, ciprofloxacino y cotrimoxazol, similar a otros estudios. Además, podemos observar una caída continua en la sensibilidad de la cefuroxima desde el año 2001 al 2005, llegando a ser esta pérdida de sensibilidad estadísticamente significativa.

Conclusiones. Persiste la resistencia hacia quinolonas y cotrimoxazol, a pesar del reducido empleo de ambos en antibioterapia empírica. Cefuroxima ha sido utilizado con bastante asiduidad en los últimos tiempos para el tratamiento empírico de las infecciones urinarias, y vemos una caída de la sensibilidad generalizada estadísticamente significativa. Desaconsejamos su empleo empírico. Amoxicilina clavulánico, nitrofurantoína y fosfomicinason alternativas eficaces para el tratamiento de la infección urinaria de forma empírica. Por su adecuada sensibilidad y facilidad de empleo y de cumplimiento, la alta concentración urinaria y la ausencia de resistencias fecales, así como su empleo exclusivo para la cistitis y la ausencia de uso en ganadería o cultivos, recomendamos fosfomicina como antibioterapia empírica en nuestro medio.

Tabla 1. Sensibilidad a *Escherichia coli* (A-79).

Antimicrobiano	2001	2002	2003	2004	2005	p
Ampicilina	28,12	30,89	31,05	33,90	28,88	NS
Amoxicilina-clavulánico	81,54	80,59	88,41	84,35	88,86	NS
Cefuroxima	93,75	86,58	72,64	64,01	69,42	< 0,001
Ciprofloxacino	67,83	64,43	66,18	61,04	61,18	NS
Gentamicina	90,36	90,53	88,88	89,05	90,98	NS
Cotrimoxazol	55,85	55,68	60,81	60,94	59,27	NS
Fosfomicina	85,88	87,91	94,50	95,16	95,65	< 0,004
Nitrofurantoína	96,30	95,61	90,72	95,79	90,43	NS

A-80

EL TRATAMIENTO TUBERCULOSTÁTICO EN MEDICINA INTERNA. EVOLUCIÓN DE LA INDICACIÓN DE TRATAMIENTO EMPÍRICO EN LOS ÚLTIMOS 8 AÑOS

J. Barquero-Romero¹, G. García García¹ y M. Magro Ledesma²

¹Servicio de Medicina Interna. Hospital Perpetuo Socorro. Badajoz. ²Servicio de Medicina Interna. Hospital Infanta Cristina. Badajoz.

Objetivos. La tuberculosis (Tb) sigue siendo la principal causa infecciosa de muerte en adultos a nivel mundial. En el tratamiento de la tuberculosis el ideal a alcanzar es la desaparición de de tratamientos empíricos. Hemos querido conocer, en condiciones de práctica clínica habitual, el porcentaje de pacientes que reciben tratamiento empírico para la Tb en Medicina Interna y si se han reducido en los últimos 8 años.

Material y métodos. Estudio observacional retrospectivo de pacientes con informe en las bases de datos del Servicio de Medicina Interna (Hospital Perpetuo Socorro y Hospital Infanta Cristina). Se recoge el periodo 1998-2006. Se define: tratamiento (Tto) de certeza la existencia de cultivo positivo para micobacterium tuberculosis (MT); Tto de alta probabilidad la existencia de baciloscopia o biopsias positivas en ausencia de cultivo positivo para MT; Tto empírico la instauración de tratamiento tuberculostático en ausencia de cultivo positivo o de diagnóstico de alta probabilidad. Test de Chi-2 y test de t de Student según tipos de variables. Programa estadístico G-stat®.

Resultados. Se recogieron 97 pacientes. Varones 75 (76%) Mediana de edad 44 (Qi-Qs: 34-68) años. Sin diferencia por sexos. La clínica más frecuente fue: Tos-expectoración 46%, fiebre 43%, dolor 34%, disnea 25%, pérdida apetito y pérdida de peso 24%, deterioro del estado general 22%, astenia 13% y hemoptisis 5%. Entre los factores de riesgo encontramos: TBC previa 33%, VIH 21%, VHC-VHB 17%, bronconeumopatía 15%, enolismo o hepatopatía 13%, fumadores 21%, Diabetes 5%, neo 3%, esteroides 1%, consumo de drogas 8%. La localización más frecuente fue de la enfermedad fue: pulmonar 62%, pleural 20%, ganglionar 6%, pericárdica 4%, peritoneal 3%, SNC 3%, y suprarrenal 1%. Se realizó prueba de Mantoux en 34%, informándose como positivo el 59% (de los que se realizaron). Las principales pruebas analítico-microbiológicas realizadas fueron: Baciloscopia 70%, cultivos 65%, biopsia 21% y ADA 32%. Un resultado positivo se obtuvo en 42% de BK, 26% de cultivos, 52% de biopsia y 50% de los ADA (siempre en referencia a los que se solicitaron). La rentabilidad diagnóstica de la Bk fue: esputo 46%, adenopatía 100%, Liq ascítico 33%, LCR 25%, aspirado bronquial 50 y pleura 0%. La rentabilidad del cultivo fue 85% para el BAS, 56% para esputo, 50% para pleura, 50% para liq pericárdico. Se realizó biopsia a 23 pacientes (24%) de las que resultaron positivas 11 (47%). La rentabilidad diagnóstica de la biopsia fue 83% para la pleural y 100% para ganglionar. El ADA se realizo en 30 pacientes (32%) y fue positivo en el 50%. La muestra con mayor rentabilidad para el ADA fue sangre (3 de 3) y en Liq pleural (11 de 12). Cumplían criterios de tratamiento de certeza el 31%, de alta probabilidad 23% y 46% de tratamiento empírico. Observamos que si se agrupan los años antes y después de 2003, el los diagnósticos de certeza pasan del 18% al 39%, los de alta probabilidad del 29% al 17%, y los empíricos bajan del 52 al 43%. Por grupos la población VIH tuvo una mayor proporción de tratamientos empíricos (57% vs 43%). Por localizaciones el tratamiento empírico fue en pulmón 49%, pleura 33% y pericardio 66%.

Conclusiones. El número tratamientos de certeza y alta probabilidad de TBC en Medicina Interna se ha incrementado en los últimos años, aunque el número de tratamientos empíricos sigue siendo muy elevado, siempre en base a la información contenida en los informes de alta.

A-81

TUBERCULOSIS EN PACIENTES COINFECTADOS POR VIH. ESTUDIO DE LOS CASOS ATENDIDOS EN EL HOSPITAL SAN AGUSTÍN

M. Tuya Morán¹, M. Zarraga Fernández¹, H. Villar Pérez², D. Pérez Martínez¹, J. Ferreiro Celeiro¹, J. Menéndez Caro¹, F. Álvarez Navascues³ y R. Gómez de la Torre¹

¹Servicio de Medicina Interna, ²Servicio de Microbiología,

³Servicio de Neumología. Hospital San Agustín. Avilés, Asturias.

Objetivos. Analizar los casos de tuberculosis (TB) coinfectados por VIH, atendidos en un hospital de segundo nivel. Estudiar las caracte-

rísticas epidemiológicas, clínicas, diagnósticas y evolutivas, así como el momento de presentación de la TB en el curso de la infección VIH. **Material y métodos.** Estudio retrospectivo y descriptivo, desde 1992 hasta marzo de 2007, de las historias clínicas de pacientes con diagnóstico microbiológico de TB, infectados por VIH, que fueron atendidos en la sección de Medicina Interna. Los datos recogidos se analizan por el programa Excel (Microsoft).

Resultados. Se analizan 43 pacientes. Hombres 36 (83,7%). Edad media 33 años (23-60). Clínica: fiebre + síntomas respiratorios + síndrome general 18 (41,9%), fiebre + síntomas respiratorios 9 (20,9%), síntomas respiratorios + sd. general 3 (7%), fiebre + sd. general 3 (7%), otros síntomas 10 (23,2%). Patrón radiológico: infiltrado 15 (36,6%), cavitación 4 (9,8%), miliar 4 (9,8%), adenopatías 2 (4,9%), intersticial no miliar 2 (4,9%), derrame 1 (2,4%), normal 8 (19,5%), varios patrones normal: 4 (50%) eran bacilíferos. Estudio de resistencias consta en 31 (70,5%), presentan resistencias: 4 (12,9%), 2 casos primarias y 2 secundarias. En los 4 casos de resistencias: 2 RFP, 2: RFP + INH, 1 RFP + INH + ETB + PZ. Año diagnóstico de la TB previo a 1997: 25 casos (4,16 pacientes/año); posterior a 1997: 18 (1,91 pacientes/año). Vía transmisión del VIH: ADVP 36 (83,7%), Heterosexual 5 (11,6%), Homosexual 2 (4,7%). VHC+: 34 (82,9%). CD4 al diagnóstico de TB mediana: 108/mm³. Diagnóstico simultáneo de ambas infecciones: 9 (20,9%). VIH conocido sin control: 17 (39,5%). VIH con tratamiento: 9 (20,9%). Episodios recurrentes de TB: 9 (20,9%). Éxitos antes de finalizar el tratamiento: 8 (18,6%).

Discusión. La tuberculosis es un problema importante de salud pública por su alta prevalencia. La infección por VIH, es uno de los principales factores de riesgo, estimándose que entre 7-31% de los pacientes con TB, están infectados por VIH. Las manifestaciones clínicas en el VIH, están determinadas por el grado de inmunosupresión, y así, los casos de infección avanzada presentan con más frecuencia afectación de campos pulmonares inferiores, ausencia de cavitación, mayor afectación extrapulmonar y diseminada, y mantoux negativo. El porcentaje de recurrencia oscila entre 3-24,4%. La TB causa entre 10-30% de las muertes en el VIH. La inadecuada adherencia al tratamiento, las interacciones con antirretrovirales, los problemas de malabsorción, y la aparición de resistencias, son las causas de fracaso, y morbimortalidad.

Conclusiones. En nuestra serie, predominó la localización pulmonar, a pesar de la avanzada inmunosupresión. Aunque la radiografía de tórax sea normal, en pacientes con síntomas, debe practicarse estudio bacteriológico de esputo. El colectivo de ADVP, es el más afectado. Las resistencias a tuberculostáticos, fueron secundarias en la mitad de los casos, por mala cumplimentación del tratamiento. Aunque en los últimos años, ha disminuido la incidencia de tuberculosis en pacientes VIH+, queda por mejorar el grado de recurrencia y la mortalidad.

A-82 TUBERCULOSIS NO PLEURO-PULMONARES EN UN HOSPITAL GENERAL DURANTE 5 AÑOS

Y. Morán Bécares, E. Laherran Rodríguez, J. Martín Serradilla, J. Sánchez Navarro, J. San José Alonso y A. Tejero Delgado

Servicio de Medicina Interna. Hospital General Río Carrión. Palencia.

Objetivos. Conocer el número de casos de tuberculosis no pleuro-pulmonares diagnosticados en el Complejo Hospitalario de Palencia, características de los pacientes, sintomatología, localizaciones, métodos empleados en el diagnóstico y seguimiento de tratamiento.

Material y métodos. Revisión de Historias Clínicas de los pacientes diagnosticados de tuberculosis (TB) no pleuro-pulmonar, en el hospital durante los años 2.002 al 2.006, ambos inclusive.

Resultados. Durante el período de estudio identificamos 27 casos de TB, de ellos 18 (66,6%) fueron varones y 9 mujeres, entre 19 y 84 años, la media de edad fue de 58,22 años. Hubo 4 pacientes con infección VIH. Las localizaciones de TB fueron: ganglionar (9 casos), meningea/SNC (5 casos), intestinal (4), osteo-articular (3), renal (2

casos), cutánea, absceso subcutáneo, endometrio y testículo (con 1 caso cada una de ellas), aparecieron dos casos de afectación suprarrenal (uno de ellos junto con la afectación cutánea). Hubo 7 pacientes con afectación en varias localizaciones, en 6 de ellos con afectación pulmonar. El cuadro constitucional fue el síntoma más frecuente (9 pacientes), la fiebre apareció en 7 casos, otros síntomas se relacionaron el órgano afectado: tumoraciones visibles en 8 casos, dolor abdominal y trastorno del ritmo intestinal en 4, lumbalgia en 3 casos o sintomatología neurológica en 3. El método diagnóstico en 10 casos (37%) fue únicamente anatomopatológico, en 8 muestras mediante detección del bacilo, en 9 creció en el cultivo (3 en esputo y 6 en material de biopsia o fluidos), hubo 3 casos de meningitis cuyo diagnóstico fue bioquímico y evolutivo, y en 2 el diagnóstico se realizó por técnicas de imagen y evolución clínica. La demora entre la aparición de los síntomas y la consulta fue muy variable: entre 3 días y un año (media: 84,2 días). Tras la consulta el inicio del tratamiento se retrasó una media de 41,2 días (entre 1 día y un año). Se pautó tratamiento convencional con tres (18 casos) o cuatro drogas (8 casos) de primera línea, 9 pacientes siguieron tratamiento durante 6 meses, 8 durante 9 meses, 2 durante 12 meses y 1 paciente 18 meses. Hubo 20 pacientes que recibieron tratamiento completo con seguimiento, 3 fallecieron durante el tratamiento, 3 no acudieron a revisión y en un caso no se pautó tratamiento antibiótico (solo extirpación tumoración testicular). En dos casos apareció toxicidad hepática por isoniazida.

Discusión. La TB extrapulmonar, de menor importancia epidemiológica, sigue teniendo importancia clínica, condicionando deterioro general del paciente, limitación funcional, lesiones irreversibles en los órganos afectados, y en algunos casos el fallecimiento. La instauración de tratamiento adecuado se retrasa en muchas ocasiones por la inespecificidad de síntomas y su instauración progresiva, que demora la consulta y dificulta el diagnóstico de sospecha. En nuestro caso, esta demora fue muy variable, aunque en las localizaciones de mayor gravedad, meningea/SNC y miliar/diseminada, se instauró pronto el tratamiento. La pararición de localización pulmonar en 6 de nuestros casos, también contribuyó a su diagnóstico. Finalmente, el seguimiento del tratamiento favorece su correcto cumplimiento y detección de efectos adversos.

Conclusiones. Las formas más frecuentes de TB no pleuro-pulmonar fue la linfadenitis tuberculosa, seguida de la meningea e intestinal. Las manifestaciones clínicas fueron variables, con predominio del síndrome constitucional. El diagnóstico de certeza por cultivo se estableció en un 33%. La demora desde el inicio de los síntomas hasta el tratamiento específico fue elevada. En la mayoría de los pacientes se hizo seguimiento y no tuvieron complicaciones derivadas del tratamiento.

A-83 ESTUDIO DESCRIPTIVO DE LA PATOLOGÍA QUE MOTIVA INGRESO HOSPITALARIO EN EL PACIENTE VIH A. García Bernárdez, G. Martín Canal, M. Gallego Villalobos, I. Fidalgo López, J. Cartón Sánchez y E. Vallina Álvarez

Servicio de Medicina Interna 1. Hospital Universitario Central de Asturias. Oviedo, Asturias.

Objetivos. Describir la patología de los pacientes VIH ingresados en el servicio de medicina interna.

Material y métodos. Estudio descriptivo transversal de los pacientes ingresados en un servicio de medicina interna entre el 1 de enero de 2006 y el 30 de junio de 2006. Se recogen los datos de los pacientes VIH ingresados durante este período, teniendo en cuenta las siguientes variables: edad, género, diagnóstico principal, coinfección virus hepatitis B/C, categoría de la CDC. Los datos son extraídos de los informes de alta.

Resultados. Durante los meses de enero a junio de 2006 se efectúan 571 ingresos, de los cuales el diagnóstico de VIH aparece en 61 pacientes (10,68%). De estos pacientes 60 son menores de 65 años y hay un sólo caso por encima de los 65 años. El 73,77% son hombres y el 26,23% son mujeres. Se registraron 5 altas voluntarias y 4 fueron éxitos. Del total de pacientes VIH el 60,65% son categoría C3, el 14,75% son A1, el 13,11% son A2, el 4,92% B3, el 4,92% B2 y el 1,64% C2. 21 sobre el total presentaban coinfección por Virus Hepatitis C (VHC) y 4 casos además Hepatitis B (VHB). Los

diagnósticos más frecuentes han sido los siguientes: Neumonías comunitarias 24,6%; Infecciones respiratorias de vías altas 9,83%; Sobredosificaciones por tóxicos 9,83%; Candidiasis faringo-esofágicas 8,20%; Infecciones del tracto urinario/Pielonefritis 8,2%; Primoinfecciones VIH 4,92%; Neumonías por Pneumocistis 4,92%; Hemorragia cerebral/Ictus 4,92%. Otros diagnósticos: Anemia secundaria a Zidovudina, Leucoencefalopatía Multifocal Progresiva, Descompensación hidrópica, Celulitis, Endoftalmitis por candida, Gastroenteritis aguda, Virus Herpes Zoster, Sarcoma de Kaposi, Pancreatitis, Colecistitis, Fiebre medicamentosa, Acidosis Láctica, Esclerosis Múltiple y Trastorno de la personalidad.

Discusión. Los servicios de Medicina Interna de los Hospitales de tercer nivel atienden sobre todo a pacientes con pluripatología, siendo las enfermedades respiratorias, cardiovasculares e infecciosas las principales causas de ingreso. Entre las causas infecciosas que motivan los ingresos destaca la infección por VIH, creándose unidades específicas al efecto. Tras la introducción de la terapia antirretroviral de gran actividad (TARGA) ha disminuido de forma importante la necesidad de ingresos hospitalarios, con una importante disminución en la mortalidad.

Conclusiones. Desde la introducción de la TARGA el número de pacientes VIH que precisan de un ingreso hospitalario se ha reducido de forma importante, desplazándose el mayor volumen de enfermos hacia las últimas categorías (C). Del mismo modo, el tipo de patología de estos pacientes se intenta aproximar a la casuística de la población no-VIH, con destacable predominio de enfermedades respiratorias y del tracto urinario. No hay que olvidar, en este sentido, la patología derivada del mismo tratamiento farmacológico, o la nada despreciable incidencia de patología relacionada con el abuso de drogas, así como la coinfección de muchos de estos pacientes con el VHC. Nuestros resultados se aproximan a los observados en algunas otras series, aunque se trata de un número por ahora limitado de casos. Cabe destacar, por último, que la tasa de mortalidad no es muy elevada a pesar de que la mayoría de sujetos pertenecen a las categorías más avanzadas.

A-84

PREVALENCIA DE INFECCIONES EN UNA UNIDAD DE CUIDADOS SEMIINTENSIVOS Y PRONÓSTICO A CORTO PLAZO

M. Durán Castellón¹, M. Sánchez Pérez¹, M. Monedero Prieto¹, J. Pedroso González², M. Rodríguez Gaspar¹, E. Rodríguez Rodríguez¹, E. González Reimers¹ y F. Santolaria Fernández¹

¹Servicio de Medicina Interna, ²Servicio de Microbiología. Hospital Universitario de Canarias. San Cristóbal de La Laguna, Santa Cruz de Tenerife.

Objetivos. La tasa de infecciones nosocomiales en las unidades de cuidados intensivos es alta. La infección, con sus diversas formas de presentación según la gravedad, es una de las causas más frecuentes de mortalidad en los pacientes admitidos en unidades de cuidados intensivos, independientemente del motivo de ingreso. El objetivo del presente trabajo es analizar la prevalencia de sepsis en un grupo de pacientes ingresados en una unidad de cuidados semiintensivos (UCSI), valorar la gravedad y su relación con el pronóstico y mortalidad a corto plazo.

Material y métodos. Fueron estudiados los pacientes admitidos en nuestra UCSI durante un período de 2 años. Se recogieron datos epidemiológicos, causa que motivó el ingreso, comorbilidad asociada, casos de infección al momento del ingreso y las desarrolladas durante el mismo así como el foco infeccioso, gérmenes aislados y tratamientos administrados.

Resultados. Fueron analizados 282 pacientes, con una edad media de 62,24 ± 16,6 años. 240 pacientes presentaron algún tipo de infección durante el ingreso, 27,9% eran cuadros de sepsis grave, 25,4% shock séptico y 9,2% desarrollaron fallo multiorgánico. Las infecciones eran de procedencia extrahospitalaria en 164 pacientes. Se aisló germen responsable en el 53,1% de los casos. El foco de infección más frecuente en todos los casos fue el pulmonar. Se registraron un total de 55 casos (19,5%) de infecciones adquiridas en UCSI. De los pacientes infectados en UCSI un 25,45% tuvieron al menos un hemocultivo positivo y los gérmenes aislados con mayor frecuencia fueron bacilos gramnegativo (46%) seguido de hongos y MRSA. Fallecieron durante el ingreso 66 pacientes (23,6%), 38 de ellos lo hicieron en UCSI. El motivo de ingreso que mostró mayor relación con la mortalidad fue la infección (27,3% de mortalidad; p = 0,025) [RR: 1,6 (4,1-1,14)]. Fallecieron más los pacientes con neoplasia asociada (p = 0,025) y bajo tratamiento inmunosupresor (p = 0,017). La mortalidad en los pacientes que se infectaron durante el ingreso en UCSI fue del 38,2% [RR: 2,47 (1,3-4,7)] (p = 0,009).

Conclusiones. La tasa de infección nosocomial adquirida en la unidad es alta y a menudo asociada a gérmenes resistentes, siendo éste un predictor de mal pronóstico a corto plazo.

A-85

GESTACIÓN Y INFECCIÓN POR VIH. ESTUDIO DE LOS CASOS DE NUESTRO HOSPITAL

M. Custal¹, J. Colomer¹, A. Prat², C. Soler¹, E. De Cendra¹, A. Gómez¹ y C. Clemente¹

¹Servicio de Medicina Interna, ²Servicio de Ginecología y Obstetricia. Hospital Provincial Santa Caterina. Salt, Girona.

Objetivos. La infección por el VIH afecta a varios millones de personas en todo el mundo. La transmisión vertical o maternofetal es la causa de infección por VIH en los niños. La mayor parte de la transmisión vertical ocurre al final del embarazo, durante el parto y la lactancia materna. Desde la introducción del tratamiento antirretroviral ha cambiado radicalmente el pronóstico de la infección consiguiéndose reducir el número de complicaciones clínicas y presentando un aumento de la supervivencia. Estas razones conllevan que las pacientes infectadas se queden embarazadas y dan a luz a sus hijos, con un mejor control virológico, aplicándose protocolos que incluyen fármacos antirretrovirales, con indicación de cesarea en algunos casos y la supresión de la lactancia con un bajo/nulo porcentaje de infección vertical.

Material y métodos. Se revisan los casos de gestantes con infección por VIH atendidas en nuestro hospital por los servicios de Medicina Interna y Ginecología durante el período desde 1997 a mayo de 2007. Se trata de un hospital comarcal que abarca un área de influencia de 120.000 habitantes actualmente con unas tasas de inmigración del 20% aproximadamente. En el estudio se analizaron diversos parámetros: edad, ser inmigrante, detección de la infección en el embarazo, forma de transmisión, tratamiento antirretroviral seguido, control virológico de la gestante, tipo de parto, protocolo seguido en el parto a la madre y al niño, complicaciones puerperales, número de infecciones verticales.

Resultados. Hemos analizado 38 partos de 34 gestantes. Las edades de las gestantes estaban comprendidas entre los 18 y 37; 11 eran inmigrantes; se detectó la infección durante el embarazo en 8 gestantes; la transmisión del VIH se produjo por contacto heterosexual en 23 pacientes y 11 habían sido usuarias de drogas por vía parenteral; el tratamiento recibido fue con monoterapia con zidovudina en 3 pacientes, combinaciones con inhibidores de la transcrip-

Tabla 1. Factores pronósticos de mortalidad (A-84).

	Infectedos (n = 240)	Total de pacientes (n = 282)
Reingreso	RR 5,49 (23,8-1,27) p = 0,034	RR 2,04 (8,00-0,75) p = 0,239
Motivo ingreso infección	RR 2,36 (5,34-1,05) p = 0,05	RR 2,16 (4,1-1,14) p = 0,024
Motivo ingreso trno. metabólico	RR 0,15 (1,12-0,02) p = 0,064	RR 0,15 (1,14-0,02) p = 0,067
Diabetes	RR 1,80 (3,27-0,99) p = 0,072	RR 1,73 (3,03-0,098) p = 0,077
Neoplasia	RR 1,85 (3,61-0,95) p = 0,10	RR 2,14 (4 -1,15) p = 0,025
Tratamiento inmunosupresor	RR 2,43 (5,29-1,12) p = 0,039	RR 2,62 (5,55 -1,24) p = 0,017

tasa inversa en 7, tratamiento en combinaciones de 3 fármacos (zidovudina y inhibidores de la proteasa) en 21 pacientes, 1 no recibió tratamiento; la carga virológica fue inferior a 1.000 copias en 25 pacientes y en 10 presentaron cargas superiores; el parto fue por cesarea en 18 de ellas y vaginal en 15 pacientes, ninguna presentó complicaciones puerperales graves. Alguna gestante siguió el embarazo en otro centro por lo que no disponemos de sus datos. Todas las pacientes atendidas en nuestro centro recibieron el protocolo antirretroviral y ninguna hizo lactancia materna. Los recién nacidos fueron seguidos por Pediatría y en controles posteriores, ninguno presentó infección por VIH.

Discusión. El mayor control y seguimiento de las gestantes y la utilización de antirretrovirales para una adecuada supresión de la carga viral durante el embarazo disminuye el riesgo de infección vertical y de ello dependerá en gran medida la realización de cesarea electiva o parto vaginal. El tratamiento antirretroviral que se han seguido es extraído de las recomendaciones del grupo GESIDA y del Plan Nacional sobre el Sida donde incluyen en el protocolo la zidovudina, como el fármaco más seguro y efectivo, administrándose durante el parto y en las primeras horas de vida del recién nacido y durante las 6 primeras semanas y estando contraindicada la lactancia materna. Se desaconsejan algunos fármacos y combinaciones por riesgo teratogénico elevado.

Conclusiones. Actualmente el diagnóstico de la infección por VIH durante el embarazo permite prevenir la transmisión al recién nacido con una alta efectividad por lo que debe incluirse el test sin duda alguna a toda mujer gestante. La supresión adecuada de la replicación viral en la madre y la indicación de cesarea en algunos casos son probablemente las mejores medidas de disminuir la transmisión en el hijo, contraindicándose la lactancia materna. En nuestra serie no se produjo ningún caso de transmisión vertical.

A-86
MENINGITIS EN LA PRÁCTICA CLÍNICA DIARIA
E. Lerma Chippirraz, S. Hernández Marín, R. Güerri Fernández, M. Velat Rafols, J. Villar García, L. Mellibovsky y J. Garcés Jarque y A. Díez Pérez

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

Objetivos. Conocer las características clínico epidemiológicas, microbiológicas y clínicas de las meningitis diagnosticadas en el último año (de junio 2006 a junio 2007) en el Hospital Universitario del Mar de Barcelona.

Material y métodos. Estudio descriptivo retrospectivo de los casos clínicos codificados al alta como infección del sistema nervioso central. Se consideró paciente afecto de meningitis si se había aislado un microorganismo en una muestra de líquido cefalorraquídeo (LCR) o bien la presencia de pleocitosis, hipoglucoorraquia o hiperproteínoorraquia en ausencia de cuadro clínico neurológico que justificara otro diagnóstico de etiología no infecciosa. Las meningitis fueron clasificadas, en bacterianas, micobacterianas, víricas o fúngicas. Se analizaron la técnica empleada en el diagnóstico. Se evaluaron los distintos aspectos clínicos y el uso de las distintas exploraciones complementarias empleadas en el proceso diagnóstico.

Resultados. Se identificaron 40 casos de meningitis en el periodo de estudio. La edad media fue de 45,4 ± 20,2. En cuanto a la distribución por sexos 28 casos (71%) fueron hombres. La puntuación media en el índice de comorbilidad de Charlson fue 2,61 ± 3,01 (rango 0-9). La principal manifestación clínica fue fiebre en el 93% y cefalea en el 81%. Los síntomas presentaron una duración media de 3,2 ± 2,3 días antes que los pacientes consultaran. En urgencias se realizó tomografía computerizada (TC) al 75% de los pacientes, siendo patológico en el 12% pero no contraindicando la realización de la punción lumbar en ningún caso. Al ingreso 16 (38%) pacientes presentaron criterios de síndrome de respuesta inflamatoria sistémica, de los cuales 5 presentaron shock séptico. La mortalidad global fue del 14,6% (6 pacientes), todos ellos con shock. Los microorganismos relacionados con mortalidad: 2 *N. meningitidis*, 2 *S. pneumoniae*, 1 *K. oxytoca* y 1 *S. pyogenes*. El diagnóstico microbiológico se obtuvo en el 27 pacientes (70%) siendo el resto diagnosticados por las características del LCR y la respuesta al tratamiento instaurado. De las técnicas microbiológicas el cultivo permitió el diagnóstico en el 31,7% de los casos, la tinción Gram del líquido en el 22%, la

PCR en el 5% y los hemocultivos en el 11,3%. En la tabla 1 se detallan los principales microorganismos identificados. En cuanto al estudio de sensibilidad no se observó en ningún caso bacterias multirresistentes.

Discusión. La meningitis es una entidad poco frecuente, sin embargo sino es tratada de forma precoz presenta una mortalidad elevada (14,6% en esta serie). La identificación de la clínica (cefalea y fiebre), la realización de la punción lumbar de forma rápida y la instauración del tratamiento antibiótico de forma precoz son elementos claves en la terapia. El uso de la TC en esta serie no aportó elementos clínicos adicionales y no contraindicó la realización de PL en ningún caso. La presencia de criterios de SIRS y más de shock son signos de alarma asociados a mal pronóstico, por lo que se debería incrementar la vigilancia y agilizar aún más la instauración de tratamiento en estos pacientes.

Tabla 1. Agentes etiológicos meningitis (A-86).

	N	%
<i>N. meningitidis</i>	5	12,2%
<i>S. pneumoniae</i>	9	22%
<i>L. monocitogenes</i>	3	7,3%
Otras bacterias	3	7,3%
Micobacterias	7	16,1%
Virus	4	9,8%
Hongos	1	2,4%

A-87
A PROPÓSITO DE 16 CASOS DE ASPERGILOMA PULMONAR
Á. Vega Suárez, V. Chimpén Ruiz, L. Alvela Suárez, J. Leo Eyzaguirre, A. Cabezón Crespo, Y. Casanova Álvarez y M. Bécares Lozano

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

Objetivos. Estudiar retrospectivamente los pacientes diagnosticados de aspergiloma pulmonar.

Material y métodos. Se revisan las historias clínicas de pacientes ingresados en el Hospital Clínico Universitario de Salamanca durante los últimos 10 años que cumplían criterios radiológicos o anatomopatológicos de aspergiloma.

Resultados. 16 pacientes se diagnosticaron de aspergiloma, de los cuales 12 eran varones y 4 mujeres, con edad media de 51,21 años. Entre sus antecedentes destacaban tuberculosis pulmonar en 7 pacientes (43,75%), neoplasia en 4 (25%), EPOC en 3 (18,75%), absceso pulmonar en 1 (6,25%) y neumoniosis en 1 (6,25%). El síntoma predominante fue tos productiva, la mayoría hemoptoica, en 12 casos (75%), fiebre en 4 (25%) y dolor torácico en 3 (18,75%). En la analítica, 8 enfermos (50%) tenían anemia, 6 (37,5%) leucocitosis y 1 (6,25%) leucopenia. La radiología fue compatible con aspergiloma en 11 pacientes (68,75%): 5 (31,25%) en la TAC torácica, 3 (18,75%) en TACAR y otros 3 (18,75%) en radiografía simple de tórax. En 11 casos (68,75%) se realizó biopsia pulmonar, que fue diagnóstica para aspergiloma en todos ellos. En el tratamiento, la combinación de antifúngicos más cirugía se realizó en 5 casos (31,25%), intervención quirúrgica aislada en 4 (25%), antifúngico exclusivamente en 1 (6,25%) y embolización arterial en otro caso (6,25%), no habiéndose realizado ningún tratamiento en 5 casos (31,25%). La evolución fue favorable en 14 enfermos (87,5%) y resultaron éxitos 2 (12,5%).

Discusión. El aspergiloma es un hongo que crece en forma de masa, fundamentalmente en cavidades pulmonares preexistentes, aunque también en tejidos sanos, causando un absceso. En este sentido, nuestros pacientes tenían antecedentes de enfermedad pulmonar en 12 casos (75%). Por otra parte, si bien en los trabajos publicados se señala que la mayoría no tienen expresión clínica, siendo un hallazgo en la radiografía de tórax, en nuestros casos el esputo sanguinolento fue la expresión más frecuente y concuerda con lo señalada en otras publicaciones que la sitúan en torno al 75%. Es de reseñar que los cultivos de esputo aportan poco al diagnóstico, siendo la radiografía de tórax, la TAC y la TACAR las pruebas que más ayudan, así como la biopsia de la zona comprometida. Respecto al tratamiento,

la intervención quirúrgica se realizó en 6 de los enfermos que presentaron hemoptisis franca; estos pacientes podrían beneficiarse de la embolización como tratamiento paliativo e inyectando anfotericina B en la cavidad, también indicado en aquellos que no son candidatos a intervención quirúrgica.

Conclusiones. 1) Un alto porcentaje de nuestros enfermos presentó hemoptisis. 2) La radiografía y la TC (convencional y de alta resolución) orientan en general al diagnóstico. 3) Cinco pacientes no precisaron tratamiento y nueve requirieron intervención quirúrgica, seis de ellos por hemoptisis franca. 4) La embolización puede ser un método inicial de tratamiento para los que presentan hemoptisis y en los que está contraindicada la intervención. 5) En los casos donde la embolización no es efectiva, está indicada la intervención.

A-88 AFECTACIÓN PLEUROPERICARDICA TUBERCULOSA. ESTUDIO CLÍNICO DE SEIS CASOS

**P. Crecente Otero, V. Chimpén Ruiz, F. Sanz Ortega,
A. Mateos Sánchez y L. Sánchez Rodríguez**

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

Objetivos. Estudio de pacientes diagnosticados de pleuropericarditis tuberculosa.

Material y métodos. Se estudian pacientes ingresados en el Hospital Clínico Universitario de Salamanca y diagnosticados de pleuropericarditis tuberculosa e ingresados en los últimos seis años.

Resultados. 6 pacientes fueron diagnosticados de esta enfermedad, sus edades estaban comprendidas entre 28 y 77 años. Entre sus antecedentes destacan, 2 (33,33%) con tuberculosis pulmonar previa y otro con hipertensión pulmonar. Los síntomas predominantes fueron, astenia, anorexia y pérdida de peso en 6 (100%), fiebre en agujas en 4 (66,6%), tos productiva y disnea en 3 casos (50%) respectivamente. Dos debutaron con shock hipovolémico por taponamiento cardíaco. En la exploración física, 3 (50%) presentaban signos de derrame pleural y hepatomegalia respectivamente. Análiticamente, 4 pacientes (66,6%) tenían aumento de la velocidad de sedimentación y reactantes de fase aguda, 3 (50%) anemia de trastornos crónicos. El ADA se determinó en 2 derrames pleurales y fue negativo, y en un derrame pericárdico que fue positivo. En la radiografía de tórax, el derrame pleural era de escasa cuantía y en 2 casos (33,3%) se sospechó la existencia de derrame pericárdico. La TC torácica evidenció derrame pericárdico en todos los casos, confirmado por ecocardiograma, y ninguno presentó compromiso hemodinámico. El Mantoux fue positivo en uno de los seis pacientes (16,6%). El cultivo de *M. tuberculosis* en esputo y líquido pleural repetidamente en 2 casos fue negativo, así como en líquido pericárdico. El ADA en el líquido pleural se determinó en 2 pacientes y en el líquido pericárdico en uno y fue positivo en este último. La biopsia pleural y pericárdica se realizó en 4 enfermos (66,6%) y fue diagnóstica en todos; a nivel de pericardio se aisló *M. tuberculosis*. El tratamiento habitual permitió una buena evolución en 5 casos, en otro se ignora por radicar fuera de nuestra provincia. En ningún caso se objetivaron datos de toxicidad farmacológica ni efectos secundarios.

Discusión. La tuberculosis es frecuente, pero el derrame pleuropericardico tiene poca incidencia. La literatura señala la fiebre, sudación nocturna, pérdida de peso, anorexia y malestar general como primeros síntomas inespecíficos, como sucedió en nuestros casos. El ADA no se pudo determinar en todos y el Mantoux fue negativo en la mayoría, no contribuyendo a la sospecha diagnóstica. Es habitual que el Mantoux y el aislamiento del bacilo en líquidos biológicos sean negativos, como ocurrió en nuestra serie. El diagnóstico se estableció en la mayoría por la biopsia pericárdica y en un caso por cultivo positivo. La rentabilidad de la biopsia es del 70%.

Conclusiones. 1) Ante un cuadro de fiebre, síndrome constitucional y alteraciones radiológicas en la radiografía de tórax, una de las posibilidades es la tuberculosis pulmonar. 2) La práctica del Mantoux, el aislamiento de *M. tuberculosis* o el ADA tienen un valor predictivo negativo muy bajo. 3) El estudio del líquido pericárdico y la biopsia pericárdica resultaron más rentables que el estudio del líquido pleural y la biopsia de la pleura en nuestros casos. 4) Sin tratamiento la pericarditis tuberculosa puede ser letal. 5) Aún siendo frecuente la tuberculosis en nuestro medio, se infravalora e infradiagnostica si no hay clínica respiratoria asociada.

A-89 SITUACIÓN DE LA BRUCELOSIS EN EL ÁMBITO SANITARIO DE LEÓN DURANTE LOS ÚLTIMOS AÑOS **S. Castellanos Viñas¹, F. Mourad¹, M. Ledo Laso¹, A. Morán Blanco², M. Liñán Alonso¹, M. Riesco Crespo³ y C. Martínez Caballero⁴**

¹Servicio de Medicina Interna, ³Servicio de Medicina Intensiva,

⁴Servicio de Medicina de Familia. Hospital de León. León.

²Servicio de Medicina Interna. Hospital Monte San Isidro. León.

Objetivos. Valoración de la situación actual de la brucelosis que requiere ingreso hospitalario en el área sanitaria de León en los últimos 9 años, evaluando especialmente la epidemiología, clínica, diagnóstico y tratamiento de dicha enfermedad.

Material y métodos. Se trata de un estudio descriptivo retrospectivo en el que se han tomado como casos aquéllos pacientes dados de alta con el diagnóstico de brucelosis en el Complejo Asistencial de León entre los años 1998 y 2006 (ambos inclusive).

Resultados. Se han estudiado un total de 56 pacientes hospitalizados con el diagnóstico de brucelosis, la edad media es de 47 años con un 82% de varones. Todos los casos tienen un claro antecedente epidemiológico relacionado con la enfermedad, ya sea laboral (64,29%) o residencial (35,71%). Respecto a las manifestaciones clínicas la fiebre constituye el 89,28%, artritis y artralgiás 75%, existe síndrome general en 41,07%, síntomas digestivos en el 21,43%, genitourinarios en el 16,07%, neurológicos en el 16,07%, y adenopatías en el 5,36%. Las repercusiones analíticas derivadas de la enfermedad son poco frecuentes y cuando aparecen son hematológicas: anemia (10,71%), leucopenia (7,14%) y trombopenia (5,36%). En el 91,07% de los casos se confirma analíticamente el diagnóstico; ya sea por serología 35,71%, cultivo 19,64%, o ambos métodos 35,71%. El tratamiento antibiótico resulta eficaz con mejoría de los síntomas a los pocos días, hallándose un 7,14% de recidivas tras el tratamiento (4 casos de 56), de los cuales 2 precisaron reingreso. Las alteraciones analíticas secundarias al tratamiento son raras, predominando la hipertransaminemia de carácter leve (5,36%). El seguimiento fue inicialmente en la Consulta Hospitalaria (62,5%) y posteriormente por Atención Primaria.

Discusión. La brucelosis es una zoonosis producida por un gram negativo del género *Brucella* que se comporta como intracelular facultativo. Se trata de una Enfermedad de Declaración Obligatoria desde 1943, en Castilla León la tasa experimentó un brusco ascenso en 1966, superando la media nacional, manteniéndose por encima hasta la actualidad. El descenso aparente en el número de casos a nivel nacional se inició en 1989, en Castilla-León en 1992. En la serie de casos estudiada el descenso en el número sucede a partir de 2001, siendo ingresados 5 pacientes de los 15 declarados en la provincia de León, lo cual indicaría que el 33% de los pacientes requieren ingreso; de la misma manera para años posteriores se obtiene una tasa de ingreso creciente, llegando a ser del 100% en el año 2005 (3 casos declarados en León y 3 casos registrados en el Hospital de León). Sin embargo, este dato es irreal debido a la infradeclaración de dicha enfermedad; ya que muchos casos quedan limitados a la consulta de Atención Primaria sin precisar atención especializada.

Conclusiones. La prevalencia de la brucelosis ha disminuido en los últimos años gracias a campañas de vacunación animal y saneamiento de las explotaciones. En éste estudio realizado en la provincia de León, se objetiva una tendencia a la infradeclaración, que limita el conocimiento real de la prevalencia. La mayoría de los casos son varones entre 30-70 años, con una media de 47 años. Las características clínicas de la enfermedad se ven interferidas precozmente por la antibioterapia, disminuyendo así las formas graves y las tasas de reingreso por recurrencia, que sólo se dio en el 3,57% de los casos (2 de 56 pacientes).

A-90 DIAGNÓSTICO DE OSTEONECROSIS EN PACIENTES INFECTADOS POR EL VIH

**P. Ryan, L. Martín, J. Hens, T. Fernández, T. Aldamiz,
C. Recarte, L. Álvarez-Sala Walter y A. Muiño**

Servicio de Medicina Interna. Hospital General Universitario Gregorio Marañón. Madrid.

Material y métodos. Presentamos 6 pacientes de nuestro hospital diagnosticados de osteonecrosis, todos ellos infectados por el VIH. 5

de ellos varones, con una edad media de 40 años. Datos relacionados con el VIH: Todos los pacientes presentaban infección por el VIH, de ellos, 4 con diagnóstico de SIDA. Con respecto al grupo de riesgo: 5 eran ADVP y 1 Homosexual. La media de CD4 nadir era de 111 células/mm³, y los CD4 y la carga viral al diagnóstico de la osteonecrosis fue de: 290 células/mm³ y de 25.408 copias respectivamente, todos estaban recibiendo TARGA (habían recibido antiretrovirales una media de 3,6 años). El tiempo, medido en meses, que habían estado en contacto con inhibidores de la proteasa, análogos de nucleósidos y no análogos fue de 13,5, 45,6 y 9,6 respectivamente. Antecedentes personales: Tres pacientes referían consumo de alcohol (> 60 g/día) y otros tres estaban diagnosticados de dislipemia. De todos los pacientes, dos tenían historia previa de traumatismo importante y uno antecedentes de alteración hematológica. No se realizaron pruebas oportunas para descartar enfermedades reumatológicas. Dos de los pacientes habían recibido corticoides a dosis altas, durante un periodo prolongado y un paciente había recibido previamente radioterapia. Diagnóstico: 4 pacientes fueron diagnosticados por radiografía simple y dos por resonancia magnética. Ningún paciente se diagnosticó por TAC o Gammagrafía. Los valores analíticos más destacados fueron: Calcio: 9, fosfatasa alcalina: 121 y LDH de 529. Clínica: La osteonecrosis fue sintomática (dolor, incapacidad funcional...) en 5 pacientes, todos tenían afectación femoral, tres de ellos de forma bilateral y un paciente tenía afectación de ambos hombros. No se evidenció afectación en otras localizaciones. Tratamiento: De los 5 pacientes que requirieron control de analgesia, 3 recibían únicamente AINES y 2 recibían AINES junto a opiáceos débiles. Ningún paciente requirió opiáceos fuertes. Un paciente necesitó cirugía como tratamiento final. Ninguno de los pacientes estaba recibiendo bifosfonatos.

Conclusiones. A pesar de la alta prevalencia en la población VIH de factores de riesgo para la osteonecrosis, esta es relativamente infrecuente. Todos los pacientes presentaban a parte del VIH algún factor de riesgo para el desarrollo de osteonecrosis. Es importante tener en cuenta estos factores de riesgo y tener un alto índice de sospecha para poder diagnosticar de esta enfermedad. Dado que las opciones terapéuticas son limitadas, hay que considerar estrategias preventivas encaminadas a reducir los factores de riesgo modificables. Nuestra muestra aunque pequeña corrobora lo visto en estudios más grandes.

A-91 EVOLUCIÓN CLÍNICA DE LOS PACIENTES CON ABSCEOS HEPÁTICOS EN UN PERÍODO DE 6 AÑOS (2000-2005)

I. Fernández¹, J. López-Contreras¹, F. Navarro², V. Pomar¹ y M. Gurgui¹

¹Unidad de Enfermedades Infecciosas, Servicio de Medicina Interna, ²Servicio de Microbiología. Fund. de Gest. Sanitaria de l'Hospital de la Sta. Creu i Sant Pau. Barcelona.

Objetivos. El absceso hepático piogénico suele ser polimicrobiano y las bacterias más frecuentemente implicadas son de origen entérico. Puede asociarse a patología infecciosa intestinal o biliar pero el 55% son criptogénicos.

Material y métodos. Estudio: observacional retrospectivo. Casos: pacientes ingresados con el término absceso hepático en el diagnóstico principal o secundarios. Se consignaron: edad, sexo, factores de riesgo, patología abdominal asociada, tamaño, localización, método diagnóstico, microorganismos aislados, tratamiento realizado, duración del mismo y complicaciones. Los datos fueron analizados mediante el programa SPSS para Windows. La comparación de los días de estancia y los de tratamiento se realizó inicialmente por el test de Mann-Whitney debido al número de casos y a la presencia de outliers. Posteriormente se realizó un test de T y un test de Levene, excluyendo un outlier que tenía 158 días de ingreso.

Resultados. Se detectaron 60 casos que cumplían los criterios de búsqueda. Solo 50 cumplían los criterios diagnósticos. El 58% fueron varones. Edad media 70 años (rango 31-96). Factores predisponentes: 66,7% eran diabéticos, 22% tenían neoplasia subyacente y 32% patología biliar. Un 38% fueron criptogénicos. Treinta y siete casos (74%) fueron abscesos únicos. Localización más frecuente: lóbulo hepático derecho (40%). El diagnóstico microbiológico fue realizado por PAAF y hemocultivo en 17 casos (34%), sólo por PAAF en 17 casos y sólo por hemocultivo en 3 casos. En 13 casos

no se aisló microorganismo y el diagnóstico se llevó a cabo por criterios clínicos, analíticos, radiológicos y de respuesta al tratamiento. Diecinueve casos (38%) fueron polimicrobianos, siendo los microorganismos más frecuentes: *Escherichia coli*, estreptococos del grupo viridans, enterococos y *Bacteroides* spp. Dieciocho casos (36%) fueron monomicrobianos, los microorganismos más frecuentes fueron: estreptococos del grupo viridans y *Escherichia coli*. Complicaciones: 22% presentaron shock séptico y la mortalidad atribuible fue 6,3%. El tratamiento antibiótico empírico más frecuente fue ceftriaxona más metronidazol (46%), seguido de piperacilina-tazobactam (22%).

Discusión. Cada vez hay más datos sobre resultados satisfactorios en pacientes tratados sólo con antibióticos, si bien parecía que el drenaje acortaba el tiempo de tratamiento. En nuestra serie y teniendo en cuenta las limitaciones que comporta un estudio observacional retrospectivo y el posible sesgo de selección, se observa una estancia media menor en el grupo de los pacientes que no fueron drenados. Es necesario realizar estudios de intervención aleatorizados para aclarar cual es el tratamiento de elección en estos pacientes.

Conclusiones. 1) En nuestra serie la incidencia de abscesos criptogénicos fue menor que la descrita en la literatura. 2) Se observa una mayor incidencia de neoplasias como factor de riesgo. 3) El grupo que recibió sólo tratamiento médico tuvo una estancia media más corta, aunque no hubo diferencias en la duración del tratamiento antibiótico entre los dos grupos.

Resultados. (tabla 1).

Tabla 1. Resultados (A-91).

	Tto. médico	Tto. médico + drenaje	p N.
Nº de pacientes	29	21	
Tratamiento (días)	34,7 ± 19,2 (14-81)	35,9 ± 19,9 (6-81)	0,688
Estancia (días)	20,5 ± 11,6 (3-48)	34,1 ± 31,5 (6-158)	0,013

A-92 ESTUDIO DESCRIPTIVO Y MODELO CLÍNICO PREDICTIVO DE PALUDISMO

J. Ruiz-Giardin¹, J. Sanmartín¹, A. Barrios¹, I. García², J. Hinojosa¹, N. Cabello¹, E. Canalejo y A. Zapatero¹

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

Objetivos. Crear un modelo predictivo de paludismo, a partir de un estudio descriptivo retrospectivo de casos y controles.

Material y métodos. Se han recogido todos los casos de paludismo (frotis y/o gota gruesa, y/o antigenemia positiva sin tratamiento antipalúdico previo y/o PCR). Los controles elegidos fueron PCR negativos. Variables analizadas: edad, sexo, mes del diagnóstico, país de infección, tipo de *Plasmodium*, días con clínica y en España al diagnóstico, fiebre, síntomas digestivos, cefalea, otros síntomas, esplenomegalia, anemia, leucocitos, trombopenia, bilirrubina, LDH, transaminasas, proteína c reactiva, y tratamiento. Se realizó análisis univariado con cálculo de OR. Las variables con significación clínica o estadística se analizaron en un modelo de regresión logística. Las variables clínicamente significativas en el modelo multivariado fueron puntuadas de uno a cuatro según el valor de la OR, creándose así dos modelos predictivos con cálculo de sensibilidades S, especificidades E, valores predictivos positivos VPP y negativos VPN, con puntuación máxima de 7 y 9 puntos respectivamente. Se realizó cálculo de prevalencia.

Resultados. Durante dos años y medio se han diagnosticado 59 casos de paludismo (52 de certeza). Los controles recogidos con PCR han sido 15. Total 67 pacientes. Descriptivo de los casos de paludismo: Hombres 36 casos (69,2%), meses más frecuentes de diagnóstico octubre, noviembre y diciembre con el 42% de los casos, todos de África subsahariana, 44,2% (23 casos), de Guinea Ecuatorial, y 24 de Nigeria. El tipo de *Plasmodium* más frecuente: *Plasmodium falciparum* 42 casos (80,8%), dos de parasitación mixta (*P. falciparum* más ovale). 62% de los pacientes en los que se recogió el dato se trataban de *visiting friends and relatives* (VFR). En 42 pacientes de los 45 en los que se recogió el dato no realizaron profilaxis antipalúdica (89%). Porcentaje de parasitación < 5%

en el 91%. Dos casos tenían un porcentaje de parasitación del 15%. Dos ingresos en UCI (% de parasitación 15%, y < 1% respectivamente). 41 casos (78,8%) con menos de 7 días de clínica, y 50 (96%) menos de un mes. 42 pacientes (80,7%) llevaban menos de 1 mes en España. Tratamiento: 35 (68,6%) quinina y doxiciclina, 6 (11,8%) quinina y clindamicina, 3 (5,9%) proguanil atavaquona. Modelo univariado: Las variables significativas fueron: leucopenia p 0,083; esplenomegalia p 0,18; cefalea p < 0,001; síntomas digestivos p 0,022; anemia p 0,10; trombopenia p < 0,001; bilirrubina elevada p 0,03; elevación de la proteína c reactiva p < 0,001; LDH elevada p 0,002. Modelo multivariado: Las variables significativas fueron: manifestaciones digestivas OR 14,31; anemia OR 9,84; y trombopenia OR 53,02. Modelo predictivo: Se realizaron dos modelos. En el primer modelo se asignaron los puntos 1 si existía anemia, 2 si había manifestaciones digestivas y 4 si existía trombopenia. Puntuación máxima 7 puntos. Área bajo la curva ROC = 0,92 (EE = 0,033). IC 95% exacto: 0,82 a 0,97. VPP de paludismo con 5 puntos o más es del 100%. Con cero puntos VPN 100%. El punto de corte óptimo dado por el modelo son 3 puntos o más, con $S = 76\%$, $E = 93\%$, $VPP = 78,5\%$, y $VPN = 89,5\%$. Prevalencia estimada del 24%. En el segundo modelo se introdujo además la proteína c reactiva con 2 puntos. Puntuación máxima del modelo 9 puntos. Punto de corte óptimo 3 puntos. $S = 87,1$; $E = 90,0$; $VPP = 73,3$; $VPN = 95,7$. Prevalencia estimada del 24%.

Conclusiones. En nuestro modelo predictivo la existencia de anemia, trombopenia y manifestaciones digestivas tiene un alto valor predictivo positivo de paludismo (100%), y su ausencia en presencia además de una proteína c reactiva normal prácticamente excluye el diagnóstico. Un porcentaje de parasitación bajo no excluye gravedad. Es necesario insistir en las medidas profilácticas de los VFR, ya que la mayoría de ellos no realizan profilaxis antipalúdica. Nuestro modelo es aplicable ante las sospechas de paludismo de personas procedentes de África subsahariana, donde la causa más frecuente de fiebre es el paludismo, pero no así en otras procedencias como el sudeste asiático, sudamérica o el sur de Asia Central donde el dengue o la fiebre tifoidea son causas tan frecuentes de fiebre como la malaria. Es necesaria la validación del modelo con nuevos casos para confirmar su posible utilidad clínica.

A-93

AFECTACIÓN GASTROINTESTINAL GRAVE SECUNDARIA A COLITIS POR CITOMEGALOVIRUS. DESCRIPCIÓN DE CUATRO CASOS

I. González Cuello¹, J. Gregori Colomé¹, E. González Escoda¹, F. López García¹, T. Amorós³, J. García García¹, I. Pacheco Tenza¹ y J. Ruiz²

¹Servicio de Medicina Interna. ²Servicio de Anatomía Patológica. Hospital de la Agencia Valenciana de Salud Vega Baja. Orihuela, Alicante. ³Servicio de Medicina Interna. Hospital J.M. Morales Meseguer. Murcia.

Objetivos. La infección diseminada por citomegalovirus (CMV) afecta en muchas ocasiones al tracto gastrointestinal y puede producir isquemia y perforaciones intestinales graves. Aunque es más común en pacientes inmunodeprimidos (transplantados, pacientes con cáncer en tratamiento con quimioterapia o el uso prolongado de corticoesteroides) y con infección por el VIH, en los últimos años se están comunicando casos en pacientes inmunocompetentes. Describimos cuatro casos de infección por CMV no infectados por el VIH que desarrollaron graves complicaciones intestinales.

Material y métodos. Caso 1. Varón de 79 años con antecedentes de EPOC en tratamiento con broncodilatadores que ingresó por fiebre, tos, aumento de su disnea y expectoración de 15 días de evolución. La radiografía de tórax fue normal. Se diagnosticó de EPOC agudizado iniciándose tratamiento con antibióticos y corticoides. A las 24 horas del ingreso presentó dolor abdominal, mostrando a la exploración física un abdomen distendido y doloroso. La radiografía simple de abdomen y una colonoscopia con biopsias del colon fueron diagnósticas de una colitis con perforación asociada de probable origen isquémico. Se realizó de forma urgente una colectomía total e ileostomía terminal. Las biopsias del colon fueron diagnósticas de isquemia intestinal secundaria a infección por CMV. Caso 2. Mujer de 74 años, diabética e hipertensa, que ingresó por síndrome constitucional y diarrea crónica. Se practicó una colonoscopia que mos-

tró afectación de colon por probable enfermedad de Crohn. Las biopsias mostraron una colitis por CMV e isquémica. Caso 3. Mujer de 65 años, sin antecedentes de interés, que ingresó por dolor cervical y parestias en miembro superior izquierdo. Se realizó una resonancia magnética (RM) cervical que puso de manifiesto estenosis del canal cervical y discopatía de C3 a C7, por lo que se inició tratamiento con dexametasona endovenosa. A la semana del ingreso presentó rectorragia y tenesmo rectal; la colonoscopia mostró lesiones macroscópicas que podían ser compatibles con enfermedad inflamatoria intestinal o una colitis isquémica. La anatomía patológica, sin embargo, fue diagnóstica de colitis por CMV. Caso 4. Mujer de 83 años, hipertensa, dislipémica, diagnosticada de artritis reumatoide en tratamiento con 5 mg de prednisona al día. Ingresó por anemia, debilidad y dolor óseo. La RM de columna mostró una compresión medular a nivel cervical, por lo que se inició tratamiento con bolus de corticoides endovenosos. Durante el ingreso presentó distensión abdominal y rectorragia: la colonoscopia fue compatible con colitis isquémica en colon ascendente. El estudio anatomopatológico posterior confirmó la existencia de infección por CMV e isquemia intestinal.

Discusión. La afección gastrointestinal de la infección por CMV es la segunda localización más frecuente tras la retinitis, y es rara en pacientes inmunocompetentes. Sin embargo, como sucedió en nuestros cuatro casos, pueden ocasionar complicaciones graves en forma de abdomen agudo y perforación intestinal. La edad avanzada se ha propuesto como factor de inmunodeficiencia por la disminución de células T-CD8 naive y la aterosclerosis que también predispone a la isquemia. Nuestros cuatro pacientes eran de edad avanzada y no estaban infectados por el VIH; en dos de ellos no existía tampoco otro factor de inmunosupresión; dos enfermos, sin embargo, recibieron corticoides a altas dosis. En conclusión, siempre hay que tener en cuenta en el diagnóstico diferencial de las colitis a las producidas por el CMV, dadas las graves complicaciones que puede producir. De igual forma, hay que tener en cuenta que aunque la colitis por CMV es más frecuente en pacientes con SIDA o inmunodeprimidos, también pueden afectar a pacientes inmunocompetentes.

A-94

HEPATITIS AGUDA GRANULOMATOSA COMO FORMA DE PRESENTACIÓN DE FIEBRE Q

R. Gómez de la Torre¹, J. Fernández Bustamante², J. Menéndez Caro¹, D. Pérez Martínez¹, A. Milla Crespo² y R. Sánchez Fernández²

¹Servicio de Medicina Interna. Hospital San Agustín. Avilés, Asturias. ²Servicio de Medicina Interna. Hospital V. Álvarez Buylla. Mieres, Asturias.

Objetivos. Análisis de las características epidemiológicas, clínicas, analíticas, histopatológicas, evolutivas de la hepatitis aguda icterica y no icterica como forma de presentación de la fiebre Q aguda.

Material y métodos. Estudio retrospectivo. Para su realización se ha utilizado el registro de codificación de los dos centros referenciados, en el período enero 2000-Junio 2007

Resultados. Se presentan 3 casos de hepatitis granulomatosa como forma de presentación aguda de Fiebre Q. 100% han sido varones. La edad media: 44a + - 13,74. La Fiebre de Origen Desconocido (FOD), ha sido la forma de inicio simultánea a la hepatopatía en el 100%, con evolución previa al ingreso de 10,66 ± 4 días. La media de AST: 321 ± 308,11, la media de ALT: 491 ± 516,33. La media de GGT: 253 ± 155,19, la media de bilirrubina: 6,1 ± 5,43. En todos los casos hubo seroconversión: IFI: 512. En dos de los 3 casos: 66,66%: granulomas no caseificantes, en 1 de los 3 casos: 33,33%: Pigmento biliar e imagen que inicia la formación de un granuloma centrado en una vacuola grasa con aspecto de anillo. 2 de los 3 casos: 66,66% estaban habitualmente en contacto con ganado en el concejo de Aller, uno de los 3 casos: 33,33% médico. Síndrome Ictérico en dos de los tres casos: 66,66% La evolución ha sido a la curación completa tras tratamiento durante 15 días con doxiciclina.

Discusión. Es de particular interés la variabilidad en la forma de presentación de la fiebre Q aguda. En un estudio que recoge 1070 pacientes clasificados como fiebre Q aguda: la fiebre aislada como forma de presentación se describe en el 14% de los pacientes, 20% como hepatitis y neumonía, 40% como hepatitis y 17% como neumonía aislada (1). Meningitis, artritis séptica, pericarditis, osteomiel-

tis en menos del 1% de los casos. Estudios que hacen pensar que la variabilidad clínica se relaciona con variabilidad en la *Coxiella* por diferentes tipos de plásmidos según las diferentes áreas geográficas. La neumonía es más prevalente en el norte de América, la hepatitis más prevalente en Europa. La hepatomegalia y la ictericia constituyen un hecho poco frecuente como forma de presentación de la fiebre Q aguda: menos del 30%.

Conclusiones. Si bien nuestro estudio tiene limitaciones al ser una serie retrospectiva, nos ha parecido interesante comunicar la hepatitis aguda ictericia y anictérica como forma de presentación de la fiebre Q aguda. No se debe de olvidar en algunas comunidades que el diagnóstico de FOD con colestasis disociada puede ser el debut de la fiebre Q.

Tabla 1. Hepatitis y fiebre Q (A-94).

			Espleno	AST	ALT	F Alcalina
1	41 a	15 días FOD	Si	33	65	450
		7 días	Espleno	AST	ALT	F Alcalina
2	59 a	FOD	Si	285	346	401
		10 días	Espleno	AST	ALT	FAlcalina
3	32 a	FOD	No	646	1065	281

A-95 ESTUDIO DESCRIPTIVO DE LOS CASOS DE ENDOCARDITIS EN UNA UNIDAD DE ENFERMEDADES INFECCIOSAS EN LOS ÚLTIMOS TREINTA MESES

P. Alarcón Blanco¹, J. García Castro¹, C. Hidalgo-Tenorio¹, V. Manzano Gamero¹, Santalla¹ y M. López Ruz²

¹Unidad Infecciosas. Servicio Medicina Interna, ²Cirugía Cardiovascular. Hospital Universitario Virgen de las Nieves. Granada.

Objetivos. La Endocarditis (EI) es una enfermedad infecciosa que puede afectar al endocardio valvular (ya sea nativo o protésico), mural, grandes vasos e incluso dispositivos como marcapasos y DAI. Es un proceso grave que en ausencia de tratamiento es mortal. Describir la experiencia de la Unidad de Enfermedades Infecciosas (UEI) del Servicio de Medicina Interna (SMI) del Hospital Universitario Virgen de las Nieves (HUVN) en EI en los últimos treinta meses, y comparar nuestros resultados con los de la literatura. **Material y métodos.** Estudio descriptivo, prospectivo y longitudinal de los casos de EI (excluyendo aquellos que afectan a dispositivos), diagnosticados y/o seguidos en la UEI del SMI desde 2005 hasta mediados de 2007. Analizamos las variables epidemiológicas, microbiológicas, clínicas, diagnósticas (criterios Duke), intervencionistas y de seguimiento. Los datos fueron analizados mediante el programa SPSS 13.01.

Resultados. El número de pacientes (n) fue 26. En 2005 se diagnosticaron el 26,9% (7/26), en 2006 el 38,5% (10/26) y en 2007 (hasta junio) el 34,6% (9/26). La edad media fue de 58,38 años. La proporción de hombres fue del 61,5% (16/26) y la de mujeres del 38,5% (10/26), con una incidencia de 1,7 casos por cada 10000 habitantes, siendo pacientes remitidos de otro centro el 19,2% (5/26), con una estancia media de 39,76 días. Las EI fueron Nativas en un 73,1% (19/26), Protésicas en un 23,1% (6/26) y Murales en un 3,8% (1/26). Se halló valvulopatía previa en un 65,38% (Reumática: 23, 1% (6/26); CIA/CIV: 11,5% (3/26); Prolapso Mitral: 7,7% (2/26)). La válvula afectada fue la Mitral en un 38,46% (10/26), la Aórtica en un 30,77% (8/26), Mitro-Aórtica en un 26,92% (7/26) y la Tricuspidéa en un 3,85% (1/26). La mediana de tiempo de tratamiento antibiótico fue de 42 días (16 - 720). Los hemocultivos resultaron positivos en un 73,1% (19/26), la ecocardiografía Transtorácica en un 69,23% (18/26) y la Transesofágica en un 92,31% (24/26). Las EI fueron Definidas en un 76,9% (20/26) y Posibles en un 23,1% (6/26). El valor medio del Índice de Charlson fue de 4 ± 3,11. Requhirieron cirugía en el ingreso el 57,7% (15/26) de los pacientes. El porcentaje de curación ha sido del 88,5% (23/26) con una proporción de éxito del 12,5% (3 en 2006). Los microorganismos aislados fueron *S. viridans* en un 34,62% (9/26), *S. aureus* MS en un 19,23% (5/26), *S. aureus* MR en un 3,85% (1/26), *S. epidermidis* en un 11,54% (3/26), *C. burnetii* en un

3,85% (1/26), *C. albicans* en un 3,85% (1/26), *M. hominis* en un 3,85% (1/26) y *E. faecalis* en un 7,69% (2/26), obteniéndose hemocultivos negativos en un 15,38% (4/26).

Discusión. No hallamos diferencias sustanciales con las series recientes de la literatura médica, aunque la edad media de nuestros pacientes, 58 años, tiende a ser menor. Destacamos el predominio masculino, valvulopatía previa en un 65% de los casos, fundamentalmente reumática, con incremento en la frecuencia del prolapso mitral, predominio de la válvula mitral, y porcentaje constante en la infección protésica (en torno al 20%). Hay un creciente protagonismo de los estafilococos frente a los estreptococos (relación 1:1). Referente al diagnóstico, la presencia de *Coxiella* o *Mycoplasma* recuerda la imposibilidad de descartar la enfermedad ante hemocultivos negativos; la sensibilidad de la ecocardiografía transtorácica y transesofágica concuerda con los estándares. Respecto al tratamiento (siguiendo la evolución a los 6 meses), es destacable el elevado porcentaje de cirugía durante el ingreso, explicable por la presencia de Servicio de Cirugía Cardiovascular de nuestro hospital. Finalmente, la proporción de éxito y curaciones fueron similares a los descritos en varias series de casos.

Conclusiones. Según nuestra reciente experiencia desde el 2005, los casos de EI atendidos en nuestro servicio comparten patrones epidemiológicos, clínicos, diagnósticos y de supervivencia similares a los ya descritos en series previas.

A-96 CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS DE LAS ENDOCARDITIS ASOCIADAS A DISPOSITIVOS CARDIOVASCULARES EN UN PERÍODO DE 11 AÑOS (1996-2006)

N. Hernández¹, J. López-Contreras¹, M. Gálvez¹, N. Benito¹, M. Sambeat¹, R. Pericas² y M. Gurgui¹

¹Unidad de Enfermedades Infecciosas. Departamento de Medicina, ²Servicio de Microbiología. Hospital de la Santa Creu i Sant Pau. Barcelona.

Objetivos. La endocarditis asociada a marcapasos (MCP) y a desfibriladores autoimplantables (DAI) es una infección nosocomial que tiene una importante morbi-mortalidad y altos costes sanitarios.

Material y métodos. Estudio observacional retrospectivo. Ámbito: hospital terciario de 700 camas. Período: enero 1996 a diciembre 2006. Nº de dispositivos insertados en este período: 1224 MCP y 188 DAI. Definición de los casos de endocarditis de MCP y DAI: 1) pacientes portadores de dispositivos con bacteriemia persistente (3 o más hemocultivos por el mismo microorganismo) que no pueda ser explicada por otra causa o 2) clínica compatible, al menos 1 hemocultivo positivo y cultivo positivo de la porción distal del cable o 3) clínica compatible, presencia 2 o más hemocultivos positivos y vegetaciones en el cable detectadas por ecocardiografía. Se registraron edad, sexo, antecedentes, indicación, tipo de dispositivo, fecha de implante, complicaciones, número de manipulaciones del dispositivo previas, fecha de infección, microorganismos aislados, hallazgos ecocardiográficos, factores de riesgo, tipo de antibiótico, tratamiento quirúrgico, duración del tratamiento y evolución.

Resultados. Se detectaron 27 pacientes con endocarditis asociada a dispositivos. Edad media: 70 años (rango 24-86 años). El 70% fueron varones. Factores de riesgo más frecuentes: diabetes mellitus, insuficiencia renal, hemodiálisis, corticoterapia y neoplasias. 18/27 presentaban alguna enfermedad cardíaca estructural. 20 pacientes eran portadores de MCP (7 VVI, 6 VDD, 8 DDD) y 7 de DAI. Un 59% presentaron complicaciones precoces tras la implantación: 7 desplazamientos y 9 hematomas o seromas. En un 52% se realizaron manipulaciones como recambio de generador o de electrodos. El intervalo medio desde la colocación hasta el diagnóstico fue de 66 meses (DS ± 57). 23 fueron endocarditis tardías y 4 precoces. Se realizó ecocardiografía transesofágica en el 96%, objetivando vegetaciones en el 70%. El 48% tuvieron tres o más hemocultivos positivos. Los microorganismos más frecuentes fueron: estafilococos coagulasa negativa (37%), *S. aureus* (30%), *E. faecalis* (15%). En 16 casos se realizó extracción de los cables endocavitarios, de ellos 9 tuvieron cultivo positivo (5 estafilococos coagulasa negativa y 4 *S. aureus*). Los antibióticos más frecuentes fueron cloxacilina (11), vancomicina (5), teicoplanina (2) y ampicilina (5). El 89% se realizó tratamiento combinado con un aminoglucósido (21) o rifampicina (3). El tratamiento endovenoso se mantuvo 34 (± 8) días. El 52% prolon-

gó la antibioterapia por vía oral durante varias semanas, con pautas según antibiograma. En 16 casos se recambieron los electrodos (tracción 44% y extracción quirúrgica por toracotomía 56%). La complicaciones fueron: 2 émbolos sépticos, 7 shock séptico, y la mortalidad atribuible fue del 11%.

Discusión. La incidencia observada en este período fue: 1,8% en MCP y 3,1% de DAI. Hasta en un 59% presentaron complicaciones precoces en relación con la inserción y en la mitad de los casos se realizaron manipulaciones quirúrgicas previas al diagnóstico de endocarditis. El 89% recibió tratamiento antibiótico sinérgico con un aminoglicósido y/o rifampicina. En la mayoría se realizó recambio de los electrodos, siendo la evolución satisfactoria en 24 de los 27.

Conclusiones. 1) La incidencia de endocarditis asociada a dispositivos cardiovasculares fue de 1,8% en MCP y de 3,1% en DAI. 2) Casi el 60% de los casos habían tenido complicaciones locales en relación con la inserción del dispositivo, tiempo antes del diagnóstico de la endocarditis. 3) La gran mayoría de los casos fueron por cocos grampositivos. 4) Más de la mitad de los pacientes recibió tratamiento antibiótico vía oral como prolongación de la pauta estándar endovenosa.

A-97

¿CÓMO ES LA PSEUDOMONA AERUGINOSA EN LA PLANTA DE MEDICINA INTERNA?

B. Rodríguez Rodríguez¹, L. Prosper Ramos¹, N. Ruiz Jimenez Arrieta y J. Navarro Laredo²

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

Objetivos. Descripción de las características clínico-microbiológicas de las infecciones por PsA en pacientes ingresados en el área de hospitalización de Medicina Interna del Hospital Universitario La Princesa. Conocer los factores que condicionan su aparición y determinar la resistencia de los cultivos recibidos y su impacto en la evolución de los pacientes.

Material y métodos. Estudio retrospectivo descriptivo de los pacientes consecutivos ingresados en la planta de hospitalización de Medicina Interna en el año 2006, en los que se aisló alguna cepa de PsA acompañado o no de signos clínicos de infección. Se recogen las características clínicas, evolución de los pacientes y datos microbiológicos. Los estudios de resistencia antimicrobiana fueron hechos siguiendo los criterios de Paterson (que define cepa resistente, cuando lo es resistente a ≥ 2 grupos de antimicrobianos: cefalosporinas antipseudomónicas, quinolonas, aminoglicósidos, carbapenems y ureidopenicilinas).

Resultados. Se recolectaron de 59 cepas de PsA de un total de 46 pacientes. El 65,5% eran hombres, con una edad media de 79 (± 13 ; rango: 26-99) años. El 93,2% de los pacientes tenían alguna patología concomitante predisponiendo a la infección con PsA. Las más frecuentes eran: enfermedad respiratoria crónica (52%), diabetes mellitus (25%), úlceras cutáneas (25%), neoplasia (18%), cirugía recientemente (11%). Hasta un 44% tenían ≥ 2 de ellos. El 69,5% presentaron algún factor predisponente, siendo los más frecuentes: consumo de antibióticos en los últimos 3 meses (44%), ingreso previo en el último año (34%), sonda urinaria (32%), pruebas invasivas (27%). En un 6,8% de casos (4 pacientes) el aislamiento se consideró colonización. En el 84,7% de los pacientes (50) la infección era nosocomial. Las localizaciones de la infección más frecuente son: infección respiratoria (45,7%), infección urinaria (30%), infección de partes blandas (8,5%), y fiebre sin foco (13,6%). Con una estancia media hospitalaria de 24,4 días (DS ± 17 ; rango: 6-80), siendo significativamente superior en el grupo de infección nosocomial (26,97 versus 12,7 días) frente al grupo con infección extrahospitalaria. El 20,7% de los pacientes (12) fallecen durante el ingreso y de éstos en 7 pacientes el fallecimiento es atribuible a la infección por *P. aeruginosa* (12%). Un 30,5% de las cepas de PsA cumplía criterios para definir las como multiresistentes. El 61% de cepas eran resistentes a ciprofloxacino, el 57,6% tenían resistencia a gentamicina, el 52% a tobramicina, el 37,3% a cefepime, el 13,6% a ceftazidima, el 17,6% a imipenem. La totalidad de las cepas eran sensibles a amikacina y a colistina, y la mayoría también lo eran a piperacilina tazobactam (96,6%).

Conclusiones. La infección por PsA en pacientes atendidos en la planta de hospitalización de Medicina Interna presenta en la actualidad una elevada resistencia a los antimicrobianos y causa infecciones

respiratorias y urinarias graves con importante morbi-mortalidad. La mayoría de los pacientes infectados tenía patología concomitante predisponente y/o algún factor precipitante para la infección. Conocer los patrones locales de sensibilidad es importante para la elección del tratamiento antimicrobiano adecuado en cada centro hospitalario.

A-98

MENINGITIS ESPONTÁNEA POR BACILOS GRAMNEGATIVOS

V. Pomar¹, N. Benito¹, R. Pericas², J. López Contreras¹, M. Gurgu¹ y P. Domingo¹

¹Servicio de Enfermedades Infecciosas, ²Servicio de Microbiología Clínica. Fund. de Gest. Sanitaria de l' Hospital de la Sta. Creu i Sant Pau. Barcelona.

Objetivos. La meningitis por bacilos gramnegativos (MBGN) es una causa poco frecuente de infección del sistema nervioso central. Sin embargo, parece haber un incremento progresivo, sobre todo en pacientes inmunodeprimidos y/o con antecedentes de patología neuroquirúrgica. Hemos analizado factores predisponentes, clínica, microbiología y evolución de los pacientes diagnosticados de MBGN espontánea en un hospital terciario universitario durante los últimos 25 años.

Material y métodos. Se han recogido prospectivamente, a partir de un cuestionario estandarizado, todos los pacientes mayores de 14 años diagnosticados de meningitis espontánea en el Hospital de Sant Pau. Se han considerado criterios diagnósticos de meningitis bacteriana la existencia de clínica compatible, parámetros licuorales e identificación del microorganismo en líquido cefalorraquídeo (LCR) y/o hemocultivo (gram y/o cultivo). Se describen las variables cualitativas en números absolutos y porcentaje y las cuantitativas mediante su media (desviación estándar) o mediana (amplitud intercuartil) dependiendo de su normalidad.

Resultados. En estos 25 años se han atendido 573 meningitis bacterianas espontáneas. 38 (7%) han sido producidas por bacilos gramnegativos (BGN). Entre 1980 y 1993 se produjeron 20 episodios (53%) y entre 1994 y 2007 18 (47%). El 24% de los casos fueron nosocomiales, siendo el resto adquiridos en la comunidad. La edad media fue 65 años. La mayoría de los pacientes (76%) presentaban un factor predisponente, sobre todo diabetes mellitus (18%). En el 73% de los casos se detectó un foco extrameningeo, siendo el más frecuente la infección urinaria (34%). En todos los pacientes se realizó punción lumbar, siendo el LCR patológico. El Gram fue positivo en el 39%, sin embargo el cultivo resultó positivo en el 97%. En la mayoría el cultivo resultó monomicrobiano, siendo el microorganismo más frecuente *Escherichia coli* (42%), seguido por *Pseudomonas* spp en el 26%. Dieciocho pacientes (47%) habían recibido antibiótico previamente al diagnóstico de la meningitis. Una vez diagnosticada se administró tratamiento empírico correcto en 29 pacientes (76%). La mayoría recibieron como tratamiento de elección una cefalosporina de 3ª o 4ª generación (57%). Se asoció un aminoglicósido en el 50%, siendo vía intratecal en 11 casos (29%). Durante el ingreso presentaron complicaciones neurológicas más de la mitad de los casos (55%) y extraneurológicas el 74%. Fallecieron 22 pacientes (58%) sin mostrar cambios significativos en el tiempo: entre 1980 y 1993 la tasa de mortalidad fue del 60% y entre 1993 hasta 2007 del 56%.

Discusión. La MBGN espontánea sigue siendo una causa poco frecuente de meningitis en el adulto. A pesar de lo sugerido en algunos trabajos, no se ha detectado un aumento de la incidencia en nuestra serie. Hay pocas publicaciones sobre MBGN espontánea en adultos, y la mayoría de ellas son de la década de los ochenta. En la población estudiada no se han demostrado diferencias respecto a la literatura en los factores predisponentes y el foco extrameningeo. El cultivo es positivo casi en la totalidad de los casos y el microorganismo más frecuentemente aislado sigue siendo *Escherichia coli*. A pesar de los avances diagnósticos y terapéuticos, no parece haberse producido un descenso en la mortalidad respecto a series más antiguas.

Conclusiones. La MBGN constituye el 7% de las meningitis espontáneas. No se ha observado un incremento en el número de casos durante el período de estudio. Se produce en pacientes con edad avanzada y comorbilidad importante. La mayoría son adquiridas en la comunidad aunque casi la cuarta parte son nosocomiales. El

microorganismo que se ha aislado con más frecuencia es *E. coli* seguido a distancia por *P. aeruginosa*. Se producen complicaciones en casi las tres cuartas partes de los pacientes. Presentan una elevada mortalidad, superior al 50%, que no parece haber disminuido durante el período de estudio.

A-99 NEUROLISTERIOSIS EN EL ADULTO: CUÁNDO SOSPECHARLA

B. Artigas Burillo¹, J. Mesquida Febrer², B. Font¹ y R. Comet Monte

¹Servicio de Medicina Interna, ²Centro de Críticos. Corporació Sanitària Parc Taulí. Sabadell, Barcelona.

Objetivos. Análisis epidemiológico y clínico sobre la infección del sistema nervioso central (SNC) por listeria en los últimos 11 años en nuestro centro. Comparación con la literatura.

Material y métodos. Revisión retrospectiva de casos esporádicos de listeriosis del SNC en adultos (edad igual o superior a 18 años) en el Hospital de Sabadell, en el período comprendido entre Jul/96 y Jul/07. Se recogen datos epidemiológicos (sexo, edad, inmunodepresión), clínicos (formas de presentación, síntomas iniciales, evolución y secuelas) y radiológicos (TC y/o RM).

Resultados. En estos 11 años, se han detectado 16 casos de neurolisteriosis en nuestro centro. El 62,5% eran varones, con una edad media de presentación de 60 años. El 62,5% presentaba algún factor de inmunodepresión. Los síntomas iniciales fueron: fiebre (78,5%), cefalea (64,3%) y meningismo (57%). El 57% presentó alteración del sensorio y el 43,7% un déficit neurológico focal. La forma de presentación predominante fue la meningitis (56%), seguido de romboencefalitis (25%) y de cerebritis o absceso hemisférico único (19%). Se realizó estudio de LCR en 15 de los 16 pacientes. En el 100% de las muestras de LCR se detectó hipoglucoorraquia, presentando una celularidad de predominio linfocitario en el 53%. La tinción de gram no mostró gérmenes en ninguna de las muestras. El cultivo de LCR fue positivo en el 73,3% y los hemocultivos en el 80%. Se realizó TC craneal a todos los pacientes, evidenciándose imágenes patológicas en 2 de ellos (áreas de cerebritis). En 10 pacientes (62,5%), se completó el estudio mediante RM cerebral, observándose alteraciones en 7 casos (casos de romboencefalitis y cerebritis). Durante el ingreso, 3 pacientes presentaron crisis comiciales, y 4 requirieron intubación orotraqueal. El 27% presentaron secuelas neurológicas focales. La mortalidad durante el ingreso fue del 12,5%.

Discusión. La *Listeria* es un bacilo grampositivo que afecta principalmente a pacientes con inmunosupresión celular. La infección por *Listeria* comprende múltiples síndromes clínicos, desde gastroenteritis a formas graves, como sepsis, endocarditis, o más frecuentemente, afectación del SNC. Dentro de la infección del SNC, el cuadro más habitual es la meningitis, seguido por la romboencefalitis y, de forma infrecuente, la cerebritis. En los últimos años, se ha observado un aumento en la incidencia de la infección por *Listeria*, asociada al aumento en la supervivencia de pacientes inmunodeprimidos y al uso creciente de fármacos inmunosupresores. Sin embargo, algunos autores señalan también un incremento en la población sana. En nuestra serie, más de un tercio de los pacientes no presenta ninguna inmunodeficiencia. La clínica inicial de la neurolisteriosis no difiere en gran medida de la meningitis por otras bacterias, puesto que los síntomas predominantes siguen siendo la fiebre, la cefalea, el meningismo y la alteración del sensorio, aunque con algunos matices; tanto en nuestra serie como en otras descritas, destaca: (1) la ausencia de rigidez de nuca en un alto porcentaje de los pacientes, así como la frecuente alteración del nivel de conciencia; (2) el predominio linfocitario en un elevado número de muestras de LCR; (3) la baja rentabilidad de la tinción de Gram; (4) la mayor sensibilidad de la RMN respecto a TC craneal para el diagnóstico de pacientes con focalidad neurológica y/o depresión del nivel de conciencia; (5) la elevada mortalidad (menor en nuestra serie con respecto a otras series publicadas) y alta tasa de déficit neurológico residual.

Conclusiones. Con mayor razón que en otras meningitis bacterianas, el diagnóstico precoz de la meningitis o meningoencefalitis por listeria es una prioridad, teniendo en cuenta el peor pronóstico que presenta. Es fundamental la sospecha de dicho patógeno para iniciar lo antes posible un tratamiento antibiótico adecuado. Dicha sospecha debería basarse fundamentalmente en la detección de factores de inmunode-

presión del huésped y en edades avanzadas, pero sin olvidar aquellos pacientes sanos que presentan un déficit focal neurológico agudo, depresión severa del nivel de conciencia y/o clínica poco florida.

A-100 NEUMONÍA POR VARICELA EN EL ADULTO P. Calderón, M. Mañas, C. Monroy, E. Marchán, M. Sidahi, J. Yanes, F. Ceres e I. Clemente

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

Objetivos. Describir las características epidemiológicas, clínicas, tratamiento y evolución de los pacientes con neumonía por varicela.

Material y métodos. Se realizó un estudio retrospectivo de los pacientes diagnosticados de neumonía por varicela en el Hospital General de Ciudad Real, en el período comprendido entre enero de 2001 y diciembre de 2006. Se recogieron datos sobre edad, sexo, época de diagnóstico, contacto previo, embarazo, hábito tabáquico, clínica, alteraciones analíticas, radiología, serología, tratamiento y evolución. El diagnóstico se basó en criterios clínicos y radiológicos. Se excluyeron del estudio los pacientes menores de 18 años.

Resultados. Se identificaron 10 casos de neumonía por varicela en adultos. De ellos 5 (50%) eran varones. La edad osciló entre 30 y 50 años. Seis de los casos se diagnosticaron en verano. Ocho (80%) pacientes presentaban hábito tabáquico. Tres pacientes (30%) habían tenido contacto previo con pacientes diagnosticados de varicela. Sólo una de las pacientes estaba embarazada y otro se encontraba con tratamiento inmunosupresor. Los síntomas más frecuentes fueron tos (70%), fiebre (80%) y disnea (100%). El cuadro clínico comenzó entre 2 y 7 días después de la aparición de las lesiones cutáneas. En las pruebas de laboratorio se observó una cifra media de leucocitos de 8.440, hemoglobina 13,3 y plaquetas 194.300. Se objetivó hiponatremia en 6 pacientes, con valores comprendidos entre 130-135 mmol/L, e hipertransaminasemia en todos, con cifras de AST entre 40-131 UI/L y ALT 40-120 UI/L. En 5 pacientes (50%) se objetivó insuficiencia respiratoria aguda. El patrón radiológico más prevalente fue el infiltrado intersticial en el 50% de los casos. La serología para el virus varicela zoster (VVZ) sólo se realizó en un paciente. Todos los pacientes recibieron tratamiento con aciclovir intravenoso iv. y no se utilizó corticoides en ningún caso. Seis pacientes precisaron ingreso en la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) por insuficiencia respiratoria aguda, de ellos 4 requirieron ventilación mecánica. Un paciente falleció por una infección intercurrente durante la estancia en UCI. En el resto la evolución fue favorable.

Discusión. La varicela es la forma más habitual de presentación de la primoinfección por el VVZ. La neumonía es la complicación más grave y aparece con mayor frecuencia en adultos, con una mortalidad del 10-30% en pacientes inmunocompetentes. Los factores de riesgo más importantes para el desarrollo de neumonía son el tabaco, el sexo masculino, el embarazo y los trastornos del sistema inmune. En nuestro caso un 80% de los pacientes eran fumadores, y una mujer se encontraba en el tercer trimestre de embarazo y otro recibía tratamiento con azatioprina por enfermedad de Crohn. Los síntomas más frecuentes son fiebre, tos y disnea, en algunas ocasiones aparecen dolor torácico y hemoptisis. Las pruebas analíticas son muy inespecíficas. Las alteraciones más frecuentes son trombopenia, hipertransaminasemia e hiponatremia, al igual que en nuestro caso. En cuanto a la gasometría arterial, la hipoxemia severa ha sido descrita como un factor predictor de mal pronóstico. En nuestra serie 6 pacientes necesitaron ingreso en la Unidad de Cuidados Intensivos y 4 de ellos requirieron ventilación mecánica. El patrón radiológico más común es el intersticial, aunque también puede presentarse afectación alveolar o mixta. En nuestros pacientes predominó el infiltrado intersticial bilateral. Aunque el diagnóstico de certeza sólo se obtendría con la confirmación serológica, llama la atención que la mayoría de los clínicos no la solicitan y realizan el diagnóstico con criterios clínicos y radiológicos. El tratamiento de elección es aciclovir iv. durante 7-10 días y debe iniciarse lo más precozmente posible. La asociación de corticoides es un tema controvertido, y de momento no se recomienda su uso rutinario. En nuestro caso no se utilizó en ningún paciente y todos evolucionaron favorablemente sólo con aciclovir.

Conclusiones. En resumen, en nuestro medio hospitalario la neumonía por varicela en el adulto es una complicación poco frecuente. La mayoría de los casos precisan ingreso en UCI por insuficiencia res-

piratoria que requiere ventilación mecánica. Es preciso la instauración precoz del tratamiento con aciclovir.

A-101

TRATAMIENTO DE INFECCIÓN RESPIRATORIA AGUDA POR *P. AERUGINOSA* CON COLISTINA INHALADA EN PACIENTES SIN FIBROSIS QUÍSTICA EN UNA UNIDAD DE HOSPITALIZACIÓN DOMICILIARIA. SERIE DE CASOS

J. Sicilia Urbán¹, E. Borreguero¹, C. Gómez Biezma¹, B. Díaz Pollán¹, A. Álvarez de Arcaya¹, M. Rodríguez Cerrillo¹ y I. Bonilla²

¹Servicio de Medicina Interna, ²Servicio de Microbiología Clínica. Hospital Clínico San Carlos. Madrid.

Objetivos. Comunicar nuestra experiencia de uso de colistina inhalada para el tratamiento de varios casos de infección respiratoria aguda por *P. aeruginosa* en pacientes sin fibrosis quística atendidos en nuestra unidad de hospitalización domiciliaria

Material y métodos. Presentamos cuatro pacientes sin fibrosis quística, dos varones y dos mujeres de edades comprendidas entre 60-79 años que ingresan en nuestra unidad de hospitalización domiciliaria trasladados desde otros servicios del hospital para tratamiento y seguimiento por proceso infeccioso respiratorio por *P. aeruginosa* multirresistente. Se realizó tratamiento antibiótico según antibiograma remitido desde el servicio de microbiología, utilizándose en todos los casos colistina inhalada a dosis de 1MUI cada 8 horas según ficha técnica, durante un mínimo de tiempo de 2 semanas. Se consideró como criterios clínicos de respuesta al tratamiento la resolución de la fiebre y desaparición de la tos productiva o mejoría de la purulencia del esputo. Como respuesta microbiológica se valoró la negativización del cultivo de esputo.

Resultados. El uso de colistina inhalada se acompañó de mejoría clínica en los cuatro casos. Se objetivó negativización del cultivo de esputo para *P. aeruginosa* en tres de los pacientes, y disminución del número de colonias y viraje a cepa multisensible en el cuarto. En uno de los pacientes tanto la mejoría clínica como la negativización del esputo se consiguió sólo con colistina sin ningún otro antimicrobiano concomitante. Los pacientes toleraron bien el fármaco no registrándose episodios de broncoespasmo, alteración de la función renal, ni toxicidad neurológica.

Discusión. En pacientes con bronquitis y/o neumonía por *Pseudomonas*, la administración de colistina por vía inhalatoria tendría teóricamente la ventaja de conseguir un aumento de las concentraciones del fármaco en las secreciones endobronquiales, sin la toxicidad renal ni neurológica descrita con la administración sistémica. Existe una amplia experiencia del uso de la colistina inhalada en pacientes con fibrosis quística para prevenir y tratar las infecciones pulmonares por *P. aeruginosa*, habiéndose encontrado en algunos estudios una reducción del número de infecciones y consecuentemente una reducción del declive de la función pulmonar. No obstante existe poca experiencia fuera del campo de la fibrosis quística.

Conclusiones. Aunque no como una opción terapéutica de entrada, la colistina administrada en forma de aerosol podría ser tenida en cuenta como una alternativa, sola o en combinación con otros antimicrobianos, en el tratamiento de las infecciones respiratorias agudas por *Pseudomonas aeruginosa*, en caso de multirresistencias y/o alergias medicamentosas en pacientes sin fibrosis quística. No obstante es necesaria más experiencia y la realización de estudios clínicos prospectivos para poder sentar conclusiones de su eficacia.

A-102

CAMBIOS EN LA INCIDENCIA Y EPIDEMIOLOGÍA DE LA ESPONDILODISCITIS INFECCIOSA ESPONTÁNEA EN UN SERVICIO DE MEDICINA INTERNA

P. Martínez Hernández¹, E. Rodríguez Castellano¹, F. Zamora Vargas¹, C. Navarro San Francisco¹, M. Amer López¹, P. García de Paso¹, J. Vázquez Rodríguez¹ y R. Feijoo Fernández²

¹Servicio de Medicina Interna, ²Servicio de Medicina Familiar y Comunitaria. Hospital Universitario la Paz. Madrid.

Objetivos. Analizar las características epidemiológicas y las modificaciones en la incidencia de los diferentes grupos etiológicos en los

pacientes diagnosticados de Espondilodiscitis Infecciosa Espontánea (EIE) en nuestro Servicio de Medicina Interna.

Material y métodos. Se incluyeron todos los pacientes diagnosticados de EIE, según criterios clínico-radiológicos y microbiológicos establecidos y aceptados, en nuestro Servicio de Medicina Interna entre enero de 1996 y diciembre de 2005. Se estudiaron los principales datos demográficos, duración de los síntomas antes del diagnóstico, los factores de riesgo conocidos para el desarrollo de infección vertebral, antecedentes de infecciones y de patología de columna. Los casos de EIE se clasificaron en tres grupos etiológicos: "piógenas", "micobacterianas" o "brucelares". El estudio fue dividido en dos períodos: período A (1996-2000) y período B (2001-2005).

Resultados. Se diagnosticaron 41 casos de EIE, 13 (31,7%) en el período A y 28 (63,3%) en el período B. La edad media de los pacientes fue de $58,5 \pm 17,6$ años (rango: 29-89) y 30 (73,2%) eran varones. La etiología de la EIE fue: 26 (63,4%) piógena, 12 (29,3%) micobacteriana y 3 (7,3%) brucelar. La media de días de hospitalización fue de 39 ± 28 días (r: 2-113) y la demora media del diagnóstico desde el inicio de los síntomas fue de $20,2 \pm 26,6$ semanas (r: 1,1-104,3). Los factores predisponentes de EIE se presentaron en 28 (68,3%) pacientes, 23 (56,1%) tuvieron antecedentes de infecciones y 23 (56,1%) antecedentes de patología de columna. La edad media de los pacientes aumentó durante el período B ($52,5 \pm 5,2$ vs $61,3 \pm 3,1$ años, $p = 0,145$). Las mujeres se presentaron sólo en el período B (0 vs 11, $p = 0,0008$). No se observaron diferencias en los factores predisponentes, antecedentes de infecciones o antecedentes de columna entre ambos períodos del estudio. La edad de los pacientes con EIE piógenas fue superior a la de los pacientes con EIE micobacteriana ($63,6 \pm 3,2$ vs $51,2 \pm 5,1$, $p = 0,035$). La incidencia total de EIE y de EIE piógenas durante el estudio fue de 1,7/1000 pacientes ingresados/año y 1/1000 pacientes ingresados/año, respectivamente. Ambas incidencias aumentaron de forma significativa a lo largo del estudio ($p = 0,0057$ y $p = 0,0476$).

Discusión. La EIE es un proceso considerado infrecuente que afecta al disco intervertebral y a las vértebras adyacentes. En los últimos años se ha observado un aumento de las EIE, generalmente debido a un incremento de los casos de EIE piógenas. Este hecho ha sido explicado por el aumento de la supervivencia de pacientes de edad avanzada con enfermedades debilitantes, consumo de drogas por vía parenteral y por el aumento de pacientes inmunodeprimidos. En nuestro medio, ha sido descrita la distribución unimodal de las EIE piógenas, con un pico en la 6a.-7a. década. La incidencia de la EIE micobacteriana aumenta lentamente con la edad y la incidencia de EIE brucelar es bimodal.

Conclusiones. En nuestro estudio se ha observado un aumento significativo de la incidencia de EIE total, a expensas de un aumento en la incidencia de EIE piógenas. Los factores predisponentes, antecedentes de infecciones y de patología de columna no han aumentado durante el estudio, aunque han sido orientativos de la etiología de la EIE. El aumento de la edad de los pacientes a lo largo del estudio parece ser el principal factor relacionado con el aumento observado de la incidencia de EIE piógenas.

A-103

CARGA FAMILIAR DE DIABETES MELLITUS EN PACIENTES CON DIABETES DEL ADULTO Y HEPATITIS C

F. Guerrero Igea¹, J. Reveriego Blanes¹, J. Serrano Carrillo de Albornoz¹, A. Garrido Serrano², M. Rey Rodríguez¹, P. Retamar Gentil¹, A. Valiente Méndez¹ y M. Aguayo Canela¹

¹Servicio de Medicina Interna A. Hospital Virgen Macarena. Sevilla. ²Digestivo. Hospital Virgen del Rocío. Sevilla.

Objetivos. En los pacientes con diabetes y hepatitis crónica por el virus C, patologías en las que se ha demostrado una asociación, con frecuencia desconocemos la secuencia temporal entre ambas enfermedades. Se apunta la posibilidad de que la hepatitis C sea factor de riesgo de diabetes del adulto. En ese caso los pacientes con ambas enfermedades tendrían una carga familiar menor de diabetes mellitus.

Material y métodos. Diseño transversal. Se estudian dos grupos de pacientes: Grupo A: con Diabetes Mellitus y hepatitis C. Grupo B: con Diabetes Mellitus sin hepatitis C. En ambos grupos se estudiaron las siguientes variables: edad, sexo y antecedente familiar de diabetes (padre/madre/hermano/a). Estadística: comparación de variables cualitativas.

Resultados. Se estudiaron 11 enfermos con diabetes y hepatitis C (grupo A) y 323 pacientes con diabetes sin hepatitis C (grupo B). El antecedente familiar de diabetes fue menor en el grupo A respecto al B [3/11 (27%) vs 175/323 (54%), $p < 0,05$].

Discusión. De los resultados se desprende una carga familiar de diabetes mellitus menor en los pacientes con hepatitis C y diabetes mellitus.

Conclusiones. Los resultados sugieren que la etiopatogenia de la diabetes mellitus asociada a la hepatitis crónica por virus C es diferente a la de la diabetes sin hepatitis C. Probablemente, la presencia de hepatitis C aumenta el riesgo de diabetes mellitus con independencia de la carga familiar.

A-104

ANÁLISIS DE UROCULTIVOS EN UN HOSPITAL GENERAL DE ADULTOS

C. Dufrechou, S. Cedres, R. Leiro y J. Bagattini

Clinica Medica "2" - Prof. Dr. Jc. Bagattini. Hospital Pasteur. Montevideo. Uruguay.

Objetivos. Analizar los resultados de los urocultivos en la población de un Hospital general de adultos. 2) Determinar la frecuencia de los diferentes gérmenes y la sensibilidad antibiótica de los mismos. 3) Describir el tipo de germen y su sensibilidad considerando los días de internación al momento del relevamiento. 4) Identificar coincidencias entre urocultivos positivos y ciertas situaciones comórbidas.

Material y métodos. Tipo de estudio: transversal y observacional. Duración del estudio: 9 días. Se obtuvieron de todos los pacientes internados muestras de orina y fueron analizadas mediante determinación de bacteriuria cuantitativa (BC) con antibiograma, procesadas de acuerdo a técnicas microbiológicas estándar. La susceptibilidad a los antimicrobianos se detectó por técnica de difusión con disco (Kirby-Bauer) de acuerdo a normas del *National Committee for Clinical Laboratory Standard* (NCCLS) 2000. Fueron testados los siguientes antibióticos (ATB): ampicilina, ampicilina-sulbactam, cefradina, cefuroxime, ceftriaxona, cotrimoxazol, norfloxacina, ciprofloxacina, gentamicina, amikacina, imipenem, meropenem y vancomicina; se testaron además nitrofurantoína y ácido pipemídico sólo con fines al ensayo clínico, ya que habitualmente no son investigados en pacientes hospitalizados. Definiciones: Bacteriuria significativa (BS): Urocultivo > 105 UFC/ml en el sexo femenino. Urocultivo > 104 UFC/ml en el sexo masculino. Urocultivo positivo monomicrobiano (Mm): BS monomicrobiana. Urocultivo positivo polimicrobiano (Pm): BS polimicrobiana reiterada con igual microorganismo y recuento luego de perfeccionar las condiciones de obtención de la muestra.. Patología nefro-urológica: diagnóstico previo o actual de nefropatía y/o anomalía anatómica o funcional del tracto urinario y/o insuficiencia renal (creatininemia $> 1,4$ mg/dl). Microorganismo multiresistente (MOMR): resistencia a 3 o más grupos de antibióticos frente a los cuales es habitualmente sensible (beta lactámicos – quinolonas – sulfamidas – aminoglicósidos – nitrofuranos – glucopeptídicos)

Resultados. Existió una prevalencia del 16% de UC positivos Mm. Consideramos los 5 UC reiteradamente Pm como un fiel reflejo bacteriológico del tracto urinario y no una simple contaminación (es conocido la existencia de IU Pm en determinadas situaciones clínicas, por lo que el porcentaje de UC positivos se eleva a 19,6% (30/158). Dado que el tratamiento ATB quita valor diagnóstico a un UC negativo excluimos los 58 pacientes cuyo UC negativo pudo ser resultado de la interferencia de dicho tratamiento, lo que determina que los resultados porcentuales cambien llevando los UC positivos al 30% del total, lo cual es un dato de gran importancia cuantitativa y con eventuales implicancias terapéuticas y pronósticas. Los MO encontrados muestran claras diferencias con los gérmenes comunitarios. Con una franca disminución de la frecuencia de *E. coli* a expensas del aumento de otros MO (*K. pneumoniae* (13%), *E. cloacae* (10%), *E. faecalis* (7%)), lo que concuerda con otras series analizadas, cuando se consideran IU intrahospitalarias. En nuestra serie se destacan que los UC Pm alcanzan un 17% del total de positivos (3% en la literatura consultada (1) (2)). La elevada frecuencia de los mismos se vincula a que en la población estudiada existe alto porcentaje de pacientes con PNU, instrumentación de la vía urinaria y con tratamiento ATB, todas circunstancias asociadas en la bibliografía a este tipo de resultados. Cuando se analizan los resultados de los UC en función de la duración de la estadía hospitalaria, se evidencia un

aumento del porcentaje de los UC positivos Mm o Pm en los pacientes con más días de internación. De acuerdo al diseño de nuestro estudio no estamos en condiciones de afirmar una relación causal entre estas dos variables. Se advierte que aumentan tanto los UC Mm como los Pm, lo que abona la tesis de la corrección en considerar que los UC Pm son un fiel reflejo bacteriológico de la vía urinaria. La relación de MOMR/sensibles aumenta en función de los días de internación, si bien en nuestro análisis no se pueden extraer conclusiones definitivas dado que el número de UC positivos en pacientes con internaciones > 75 días fue de 2. De las situaciones comórbidas estudiadas, se encuentra una fuerte asociación estadística entre la posibilidad de UC positivos y pacientes hospitalizados con PNU y también entre UC positivos y pacientes con instrumentación actual de su vía urinaria.

A-105

BACTERIURIA ASINTOMÁTICA EN PACIENTES INTERNADOS EN UN HOSPITAL GENERAL DE ADULTOS

S. Cedres, R. Leiro, C. Dufrechou y J. Bagattini

Clinica Medica "2" - Prof. Dr. Jc. Bagattini. Hospital Pasteur - Facultad de Medicina del Uruguay.

Objetivos. Bacteriuria es un término que denota la presencia de bacterias en la orina. Se considera significativa si es mayor a 10 a la 5 UFC/mL de uno o más organismos en dos cultivos cuantitativos de orina consecutivos. A la bacteriuria significativa sin síntomas clínicos se la denomina Bacteriuria asintomática (BA). Algunos investigadores utilizan el término "colonización" (bacteriuria aislada) para referirse a la presencia de bacterias con recuento significativo sin evidencia de respuesta inflamatoria por parte del hospedero, término que no ha mostrado trascendencia clínica de acuerdo a lo analizado en la literatura internacional. La infección urinaria (IU) asintomática, está basada en la existencia de respuesta inflamatoria del hospedero, manifestada por esterasas leucocitarias positivas en la tirilla reactiva de orina y piuria en el examen microscópico de orina. Estudios mundiales han documentado un incremento consistente en la prevalencia de la BA con la edad. Estudios de poblaciones en Japón, Suiza y Boston han reportado prevalencia de BA en la mujer joven del 1-2% y en la mujer > 60 años, 6-10%. La prevalencia es menor en el hombre; aumenta con la edad y alcanza al 5% en hombres > 60 años. 1) Estudiar la BA en pacientes internados. 2) Establecer coincidencia entre BA y situaciones comórbidas (instrumentación con sonda vesical y patología nefrourológica asociada). 3) Valorar relación entre BA, sexo y edad. 4) Diferenciar entre IU asintomática y colonización.

Material y métodos. Tipo de estudio: transversal - observacional. Duración del estudio: 9 días Criterios de inclusión: todos los pacientes internados en el hospital que den su consentimiento. Criterios de exclusión: Anuria, Imposibilidad de realizar toma/procesamiento de muestra de orina Procedimiento: Se constató: a) Ficha patronímica b) Historia clínica actual: síntomas urinarios, corrimento uretral, flujo vaginal, presencia de sonda vesical, cistostomía y/o pielostomía. C) Antecedentes de patología nefrourológica asociada, obstrucción urinaria demostrada e instrumentación de la vía urinaria previa o actual. Se obtuvieron muestras de orina de los pacientes, haciendo especial hincapié en la técnica de recolección: correcta higiene de los genitales externos con abundante agua y jabón y técnica del chorro medio. En los pacientes con sonda vesical, se pinzó la misma 2 horas antes y la muestra se obtuvo por aspiración desde la luz, previa desinfección del segmento a puncionar con alcohol o yodofón. Todas las muestras de orina recién emitida fueron analizadas mediante urocultivo con antibiograma. Definiciones: Patología nefro-urológica (PNF): diagnóstico previo o actual de nefropatía y/o anomalía anatómica o funcional del tracto urinario y/o insuficiencia renal (creatininemia $> 1,4$ mg/dl). Situaciones comórbidas: Patología nefrourológica, instrumentación sobre vía urinaria, neoplasia no urológica, diabetes y tratamiento inmunosupresor. Urocultivo positivo monomicrobiano (Mm): bacteriuria significativa monomicrobiana. Urocultivo polimicrobiano (Pm): bacteriuria significativa con varios gérmenes. Se consideraron contaminados. Tirilla positiva: presencia de esterasas leucocitarias (Est. L.) Tirilla negativa: ausencia de esterasas leucocitarias Bacteriuria significativa (BS): Urocultivo > 105 UFC/ ml en el sexo femenino. Urocultivo > 104 UFC/ ml en el sexo masculino Bacteriuria asintomática (BA): BS en ausencia de síntomas clínicos.

Colonización de vía urinaria: BA con tirilla negativa. Infección urinaria asintomática (IUA): BA con tirilla positiva.

Resultados. Fueron relevados 179 pacientes; 30 desarrollaron flora polimicrobiana y 1 levaduras siendo excluidos del análisis. La población quedó establecida en 158 pacientes. 1) Se evidenció una prevalencia de BA de 21/158 (FR = 13,3%). En cuanto al germen, el más frecuentemente hallado fue *E. coli* (FR = 0,59), lo que coincide con la bibliografía internacional consultada. 2) No se evidenció asociación estadísticamente significativa entre Bacteriuria Asintomática y Patología nefrourológica; entre BA e instrumentación de la vía urinaria. 3) Las BA fueron significativamente más frecuentes en pacientes mujeres > 60 años. En todos los grupos etarios las BA predominaron en el sexo femenino. Se demostró una relación estadísticamente significativa entre la presencia de BA y el sexo femenino. 4) De las BA, 67% correspondieron a IUA y 33% a "colonización" de la vía urinaria.

A-106

CRÍPTOCOCOSIS: REVISIÓN DE CUATRO CASOS

C. De la Calle Cabrera¹, M. Porrero Alfaro¹, S. Inés Revuelta¹, M. Marcos Martín¹, M. Villaescusa de la Rosa¹, M. Polvorosa Gómez¹, T. Santos Jiménez² e I. Pastor Encinas¹

¹Servicio de Medicina Interna II, ²Unidad de Documentación y Archivo Clínico. Hospital Universitario de Salamanca. H. Clínico. Salamanca.

Objetivos. Describir las características clínicas de los pacientes con infección criptocócica diagnosticados en el Hospital Universitario de Salamanca, desde enero 2000 hasta diciembre de 2005

Material y métodos. Se revisaron las historias clínicas de los pacientes con diagnóstico de Criptococosis durante el período 2000 a 2005. Se obtuvieron datos relativos a edad, sexo, enfermedades coexistentes, en particular infección por VIH/SIDA, manifestaciones clínicas, métodos diagnósticos, tratamiento utilizado y evolución

Resultados. Se encontraron 4 pacientes con Criptococosis. Todos eran hombres: tres de ellos con infección por VIH, de menos de 40 años de edad y uno VIH negativo, de 64 años de edad con carcinoma epidermoide de pulmón. De los pacientes con infección por VIH dos tenían categoría SIDA (uno recibiendo TARGA y profilaxis con Fluconazol oral y otro sin tratamiento); el otro paciente tenía categoría A1. Los tres casos presentaron cefalea como síntoma principal y clínica neurológica/infecciosa. La TAC craneal y la RMN cerebral no aportaron datos. El diagnóstico de Criptococosis meníngea por *Cryptococcus neoformans* se estableció por antígeno (+) en LCR (dos casos) y por cultivo en LCR (un caso). El paciente con categoría SIDA previa sin tratamiento falleció pese a tratamiento con anfotericina B; el otro paciente con categoría SIDA previa recibió anfotericina B + flucitosisina durante dos meses e itraconazol durante 6 meses más, con buena evolución; el tercer paciente recibió fluconazol (48 días) y se instauró TARGA, también con buena respuesta. El paciente con cáncer de pulmón recibía tratamiento con quimioterapia y corticosteroides; consultó por lesiones en mucosa oral donde se cultivó *Cryptococcus laurentii* y fue tratado con fluconazol oral durante una semana con resolución del cuadro local.

Discusión. La Criptococosis es una micosis sistémica, de distribución universal, producida por un hongo levaduriforme encapsulado, que afecta a pacientes con deficiencias en la inmunidad celular. La especie predominantemente aislada es *Cryptococcus neoformans*, relevante tras la pandemia del SIDA (segunda micosis y cuarta infección oportunista en este grupo de riesgo). Otras especies como *Cryptococcus laurentii* y *Cryptococcus albidus* son responsables de casos esporádicos también relacionados con estados de inmunosupresión. El contagio se produce por la inhalación de las levaduras y el cuadro clínico varía desde el paciente asintomático hasta la infección pulmonar grave, la fungemia o la criptococosis meníngea, localización más frecuente (hasta el 80%), siendo posible la afección de todos los órganos humanos, con casos descritos en piel, huesos y articulaciones, ojos. La clínica es indistinguible entre las distintas especies. El diagnóstico definitivo es microbiológico: tinción con tinta china (o tinción negativa) de LCR, orina u otras muestras líquidas, detección del antígeno capsular del *C. neoformans* en suero, LCR u orina y el cultivo e identificación de la especie en diferentes muestras, especialmente en hemocultivos. El tratamiento, igual para todas las especies,

incluye: anfotericina B, incluidas las formulaciones liposomales actuales que reducen la toxicidad, flucitosisina (sólo en regímenes combinados con anfotericina B por altas tasas de resistencia en monoterapia) y azoles como fluconazol e itraconazol. La meningitis criptocócica y los cuadros sistémicos, letales sin tratamiento, tienen una tasa de curación de hasta el 80% con los esquemas recomendados.

Conclusiones. La revisión de cuatro casos de Criptococosis ocurridos en nuestro Hospital corrobora lo descrito en la literatura: la ocurrencia en pacientes inmunocomprometidos, mayoritariamente por infección por VIH; la localización predominante en SNC y la identificación de *C. neoformans* como especie principal. Los protocolos de tratamiento no se aplicaron estrictamente pero las respuestas al mismo son también similares.

A-107

PERFIL HEPÁTICO EN PACIENTES CON HEPATITIS CRÓNICA POR EL VIRUS C ASOCIADA A DIABETES MELLITUS

J. Serrano Carrillo de Albornoz¹, F. Guerrero Igea¹, A. Garrido Serrano², A. Valiente Méndez¹, J. Lepe Jiménez³, I. Marín Montán¹, S. Palomo Gil¹ y M. Aguayo Canela¹

¹Servicio de Medicina Interna A. Hospital Virgen Macarena. Sevilla. ²Servicio de Digestivo. ³Servicio de Microbiología. Hospital Virgen del Rocío. Sevilla. ⁴Servicio de Medicina Interna. Hospital de Riotinto. Minas de Riotinto, Huelva.

Objetivos. Analizar las diferencias en el perfil hepático y su grado de alteración entre la hepatitis crónica por el virus C con y sin Diabetes Mellitus (DM) asociada.

Material y métodos. Diseño prospectivo, transversal. Se estudiaron dos grupos de pacientes: Grupo A (casos): Hepatitis crónica por el virus C y DM. Grupo B (controles): Hepatitis crónica por el virus C sin DM. En ambos grupos se examinarán las siguientes variables: edad, sexo, GOT, GPT, fosfatasa alcalina, bilirrubina total, GGT, leucopenia, anemia, plaquetopenia, alargamiento del TP o TPTA, hipergammaglobulinemia e hipertensión portal. Estadística: comparación de variables cualitativas y cuantitativas.

Resultados. Estudiamos 13 pacientes en el grupo A y 35 en el B (ver tabla). El grupo A presentó mayor edad y mayor porcentaje de leucopenia, plaquetopenia y aumento de GGT. También hubo mayor porcentaje de anemia, hipergammaglobulinemia e hipertensión portal, aunque sin llegar a la significación estadística. En el análisis de regresión logística (incluyendo edad, plaquetopenia, leucopenia y aumento de GGT), únicamente el aumento de GGT se asoció de manera significativa a la hepatitis C + DM (Odds ratio = 5,70, IC 95% 1-32, p = 0,05).

Discusión. El aumento diferencial de GGT en estos enfermos podría ser un marcador de disfunción endotelial, más que un marcador hepático.

Conclusiones. La hepatitis asociada a la Diabetes Mellitus incide en sujetos de mayor edad, con mayor afectación de los parámetros hepáticos. El rasgo diferencial más significativo entre la hepatitis C con y sin Diabetes Mellitus es el incremento de GGT.

Tabla 1. Diferencias del perfil hepático entre el grupo A y el grupo B (A-107).

Variable	Grupo A (N = 13)	Grupo B (N = 35)	Valor de p
Edad	68,8 ± 6,2	52,8 ± 19,9	< 0,01
% hombres	62%	67%	NS
Anemia	15%	3%	NS
Leucopenia	46%	15%	< 0,05
Plaquetopenia	54%	27%	< 0,09
Aumento de GOT	85%	67%	NS
Aumento de GPT	77%	67%	NS
Aumento de GGT	62%	30%	< 0,05
Aumento de fosfatasa alcalina	15%	18%	NS
Aumento de bilirrubina total	15%	12%	NS
Hipergamma	54%	30%	NS
Alargamiento del TP	54%	45%	NS
H. portal	31%	15%	NS

Tabla 1. Datos clínicos de los pacientes (A-108).

	Paciente 1	Paciente 2	Paciente 3	Paciente 4	Paciente 5	Paciente 6	Paciente 7
Edad (años)	64	82	48	61	69	42	58
Sexo	Varón	Varón	Varón	Varón	Mujer	Mujer	Mujer
Adquisición	Nosocomial	Nosocomial	Nosocomial	Nosocomial	Comunitaria	Comunitaria	Comunitaria
Factores predisponentes	Neutropenia VIH	Dispositivo neuroquirúrgico	Dispositivo neuroquirúrgico	Dispositivo neuroquirúrgico	Dispositivo neuroquirúrgico	Fistula LCR	Otitis media aguda
Clinica	Fiebre, alteración de conciencia	Rigidez nuca, alteración conciencia	Cefalea, fiebre, alteración conciencia	Cefalea, fiebre, rigidez nuca, alteración conciencia	Cefalea, fiebre	Cefalea, vómitos, fiebre, rigidez de nuca	Vómitos, fiebre, alteración conciencia
Duración (días)	3	1	1	1	15	1	1
Gérmenes	<i>P. aeruginosa</i> <i>S. aureus</i>	<i>E. coli</i> <i>S. coagulasa negativo</i>	<i>P. aeruginosa</i> <i>S. coagulasa negativo</i>	<i>S. aureus</i> <i>S. viridans</i>	<i>S. coagulasa negativo</i> <i>Enterococo faecium</i> <i>Acinetobacter woffii</i>	<i>S. coagulasa negativo</i> <i>S. viridans</i>	<i>S. aureus</i> <i>Neisseria meningitidis</i>
UCI	No	Si	Si	No	No	No	No
Éxito	No	No	No	Si	No	No	No
Días de ingreso	18	18	43	42	27	30	16

A-108
MENINGITIS AGUDA BACTERIANA EN ADULTOS DE ETIOLOGÍA POLIMICROBIANA

M. Agud Fernández, P. Laguna, M. Gil, C. García, R. García, M. López y M. Yebra

Servicio de Medicina Interna. Hospital Universitario Puerta de Hierro. Madrid.

Objetivos. La infección mixta como causa de meningitis aguda bacteriana (MAB) es infrecuente y está poco referida en la bibliografía médica. El objetivo de este trabajo es conocer la incidencia y características de este grupo de pacientes, mediante el análisis de los casos de MAB en adultos atendidos en un hospital durante un período de 25 años.

Material y métodos. Se revisaron las historias clínicas de los pacientes mayores de 14 años diagnosticados de MAB, en base a unos criterios definidos previamente, entre 1982 y 2006. Se consideraron casos de infección mixta aquellos en los que se aislaron al menos 2 bacterias diferentes en líquido cefalorraquídeo.

Resultados. En 250 casos de MAB se identificaron 7 con infección mixta (2,8% del total, 4,7% de aquellos con cultivo positivo), de los que 4 fueron hombres, con edades de 42-82 años. Ninguno había recibido tratamiento antibiótico antes del diagnóstico. Las características clínicas y los resultados microbiológicos de los 7 pacientes se describen en la tabla. La duración de la enfermedad hasta el diagnóstico osciló entre 1 y 15 días (media 4). De las manifestaciones clínicas la fiebre fue el hallazgo más constante (6 de 7 casos), seguido de la alteración de conciencia (5 de los 7) y la rigidez de nuca y la cefalea (4 casos). Sólo uno presentó complicaciones en las primeras 24 horas del diagnóstico (crisis epiléptica). Fallecieron 2 (28%), pero no quedaron secuelas en aquellos que sobrevivieron.

Discusión. Aunque la etiología polimicrobiana es común en las infecciones focales del sistema nervioso, sólo ocurre en un 5% de las MAB con cultivo positivo. Clínicamente no se diferencia de otros casos de MAB, pero la presencia de ciertos factores predisponentes (57% fueron portadores de dispositivos neuroquirúrgicos) hace más probable la infección mixta. La mortalidad en este grupo de pacientes es superior a la de la MAB y la de su etiología más frecuente, *S. pneumoniae* (11% y 13% en nuestra serie). En esta peor evolución puede influir la patología neuroquirúrgica de base de los pacientes.

Conclusiones. La etiología polimicrobiana es infrecuente en la MAB,

afecta frecuentemente a pacientes con patología neuroquirúrgica, e implica un mal pronóstico.

A-109
NEUROCISTICERCOSIS SUBARACNOIDEA. DIFICULTAD DIAGNÓSTICA. A PROPÓSITO DE 3 CASOS

L. López¹, N. Méndez², M. Matarranz³, R. López-Vélez⁴, y J. San Millán⁵

¹Servicio de Medicina Interna. Hospital de Sagunto. Sagunto/Sagunt, Valencia. ²Servicio de Medicina Interna. Hospital Clínico San Carlos. Madrid. ³Servicio de Medicina Interna. Hospital Universitari Sant Joan d'Alacant. Sant Joan d'Alacant, Alicante. ⁴Infecciosas. ⁵Radiología. Hospital Ramón y Cajal. Madrid.

Objetivos. La Neurocisticercosis (NCC) es la enfermedad parasitaria más frecuente del SNC, siendo endémica en los países en vías de desarrollo. El aumento de su incidencia en nuestro medio nos ha llevado a revisar los casos de NCC diagnosticados en un Sº de Medicina Tropical, destacando la aparición de 3 casos de localización subaracnoidea. Esta localización se caracteriza por su baja incidencia, y por su mayor dificultad diagnóstica. Presentamos a continuación dichos casos realizando una revisión de la literatura de los métodos diagnósticos.

Material y métodos. Descripción de 3 casos NCC subaracnoidea diagnosticados en Sº Medicina Tropical del Hospital Ramón y Cajal, y revisión de la literatura de los métodos diagnósticos.

Discusión. El diagnóstico de certeza de NCC subaracnoidea se basa en técnicas de imagen y serología. La técnica de imagen de elección en la NCC es la RM. El hallazgo más frecuente es un engrosamiento leptomeníngeo en las cisternas basales y la cisterna de Silvio. Los métodos inmunológicos más utilizados son ELISA e Inmunoblot, que se pueden utilizar tanto en sangre como en LCR (ver tablas).

Tabla 2. Imagen RM cerebral (A-109).

- Múltiples imágenes quísticas en ambos hemisferios junto con alteraciones de aracnoiditis periquiasmática
- Leptomeningitis de cisternas basales y ángulo pontocerebeloso con hidrocefalia secundaria
- Hidrocefalia triventricular secundaria a cisticercos en fase I localizada entre el tercer ventrículo y el acueducto de Silvio

Tabla 1. Características de pacientes (A-109).

Caso	Edad/ Sexo	Nacionalidad	Síntoma guía	ELISA en suero	ELISA en LCR	PCR T. Solium en LCR
1	29 / F	Ecuador	Cefalea	Ac. cisticercos IgG-Ag ELISA-Ac. c. FV IgG +		
2	35 / F	Ecuador	Cefalea	Ac. cisticercos IgG + Ag ELISA dudoso + Ac. c. FV IgG	Ac. cisticercos IgG + Ag ELISA + Ac. c. FV IgG +	+
3	46 / M	Colombia	Cefalea	Ac. cisticercos IgG-Ag ELISA- Ac. c. FV IgG +		+

Tabla 3. Métodos inmunológicos (A-109).

	Sensibilidad (%)	Especificidad (%)
Inmunoblot suero	100	98
ELISA suero	83	93
ELISA LCR en FV	90	100

Conclusiones. Existe un aumento de la incidencia global de NCC en países desarrollados, siendo la localización subaracnoidea una forma de presentación menos conocida, con un diagnóstico más complejo. Un componente epidemiológico en un paciente con alteración neurológica, en el que aparezca una imagen cerebral sugestiva justificaría inicio de tratamiento empírico en espera de confirmación diagnóstica.

A-110

EL USO DE ANTAGONISTAS DEL FACTOR DE NECROSIS TUMORAL (INFLIXIMAB) SE ASOCIA A MAYOR RIESGO DE INFECCIONES CON PRESENTACIÓN ATÍPICA
D. Micheloud, J. Jensen, A. Torres, J. Kilimajer Astudillo, A. Del Castillo, E. Bello, T. Fernández Amago y L. Álvarez Sala

Servicio de Medicina Interna IIB. Hospital General Universitario Gregorio Marañón. Madrid.

Objetivos. Determinar la incidencia de infecciones en un grupo de pacientes con patologías autoinmunes diversas en la consulta de medicina interna con un seguimiento de 1 año.

Material y métodos. Se realizó un estudio retrospectivo de 10 pacientes seguidos que requirieron tratamiento con anti-TNF alfa por patología autoinmune diversa (PTI, Trombocitopenia autoinmune, uveítis, etc). Se determinó la presencia de infecciones y los parámetros inmunológicos en el momento del evento.

Resultados. De los 10 pacientes en tratamiento con anti-TNF alfa ninguno presentó alteraciones inmunológicas relevantes a pesar del tratamiento inmunosupresor. Solo 1 (10%) presentó una primoinfección tuberculosa. Varón de 28 años seguido desde 2001 por uveítis intermedia recurrente de ojo derecho por la cual recibe tratamiento con prednisona, ciclosporina y azatioprina. Las inmunoglobulinas séricas y complemento fueron normales. Los auto-anticuerpos fueron negativos. Las subpoblaciones linfocitarias y el estudio linfoproliferativo normales, serología VHC, VHB, VIH, CMV, toxoplasma y lúes fueron negativas. PPD negativo. Se descartó asociación con patología sistémica. La actividad inflamatoria ocular, se extendió al ojo izquierdo. Radiografía de tórax normal, tinción de BAAR en esputo (x3) negativa. El paciente recibió infliximab (5 mg/kg iv) a las 0 y 2 semanas, con buena tolerancia y rápida respuesta clínica, con remisión completa de la actividad inflamatoria y recuperación del campo visual. A los 20 días presenta fiebre de 39º con mal estado general presentando leucocitosis 11.900 LDH 890 UI/L; hemocultivos y urocultivos negativos. Rx de tórax: adenopatías paratraqueales derechas. Se comienza empíricamente con ceftriaxona. Persiste la fiebre, con mayor deterioro del estado general, por lo cual se realizó TAC toraco-abdominal evidenciándose un leve infiltrado intersticial en lóbulo superior izquierdo y adenopatías menores de 1 cm en hilio derecho y paratraqueal 1,5 cm. El cultivo de esputo fue negativo. La determinación de inmunoglobulinas, complemento y subpoblaciones linfocitarias fue normal. Se modificó tratamiento con imipenem + gentamicina y tratamiento tuberculostático empírico con isoniazida, pirazinamida y rifampicina. El paciente persiste febril. Una fibrobroncoscopia con lavado broncoalveolar y punción del ganglio paratraqueal fue negativa incluida una PCR para *M. tuberculosis* del ganglio. Se realizó mediastinoscopia con extirpación ganglionar, la PCR para TBC del material fue negativa, pero en los cultivos se aisló *Mycobacterium tuberculosis*. El paciente continúa con el tratamiento antituberculostático en la actualidad, con buena evolución.

Discusión. El TNF alfa limita la capacidad patogénica del mycobacterium. Su inhibición impide la apoptosis de los macrófagos, permitiendo su diseminación y reactivación en caso de infección latente. La TB se asocia más frecuentemente al uso de infliximab que otros anti-TNF alfa monoclonales. Generalmente la infección se presenta en los 3 primeros meses de tratamiento, en el 70% después de la 3ª

dosis. En este paciente se presentó a la 5ª semana de iniciar la terapia con infliximab, con la 2ª dosis. Las manifestaciones en estos casos suelen ser atípicas, como en el que se presenta. La clínica inusual puede retrasar el diagnóstico y aumentar la morbimortalidad. La TBC extrapulmonar diseminada es la forma más habitual en estos pacientes. Sin embargo, en este caso fue una forma localizada de TB extrapulmonar, con PCR para *M. tuberculosis*, que tiene una sensibilidad del 80% y especificidad del 97%, sin embargo negativa en 2 muestras de este paciente.

Conclusiones. El tratamiento con antagonistas de TNF-alfa, tiene que ser supervisado estrechamente para detectar la aparición de potenciales efectos adversos y realizar su diagnóstico y tratamiento en forma precoz.

A-111

ESTUDIO RETROSPECTIVO DE LAS MANIFESTACIONES CLÍNICAS DE LA BRUCELOSIS Y DIAGNÓSTICO DEFINITIVO EN EL ÁREA SANITARIA DE LA PROVINCIA DE LEÓN DURANTE LOS ÚLTIMOS AÑOS

S. Castellanos Viñas¹, F. Mourad¹, M. Ledo Laso¹, A. Morán Blanco², M. Liñán Alonso¹, M. Riesco Crespo³ y C. Martínez Caballero¹

¹Servicio de Medicina Interna, ³Servicio de Medicina Intensiva,

⁴Servicio de Medicina de Familia. Hospital de León. León.

²Servicio de Medicina Interna. Hospital Monte San Isidro. León.

Objetivos. Analizar las manifestaciones clínicas de la brucelosis que requieren ingreso hospitalario en el Área Sanitaria de León, evaluando así mismo los criterios diagnósticos especialmente los serológicos y microbiológicos.

Material y métodos. Se trata de un estudio retrospectivo descriptivo en el que se han tomado como casos aquéllos pacientes dados de alta con el diagnóstico de brucelosis en el Complejo Asistencial de León entre los años 1998 y 2006 (ambos inclusive).

Resultados. La manifestación clínica principal es la fiebre (89,28%), asociada a alteración del estado general en un 46% (todos los casos de síndrome general también tienen fiebre). Le sigue en frecuencia la afectación articular (75%); de éstos el 26,19% corresponde a algias inespecíficas (está descrito un caso de poliartritis, de diagnóstico probable, reactiva a brucela), un 33,33% son debidas a sacroileítis y/o coxitis, otro 33,33% espondilitis (lumbalgias) (precisando laminectomía quirúrgica 2 casos), 26,19% artritis periférica (rodilla, tobillo, mano). La afectación articular tan sólo se confirma mediante gammagrafía en 3 casos. La afectación genitourinaria se dio en 9 casos (16,07%), precisando uno de ellos extirpación testicular. Existen 2 casos de neurobrucelosis; uno de ellos meningoencefalitis con SSIADH secundario (que también se describió en otro paciente con clínica de fiebre, síndrome general y artromialgias). No se han hallado casos de afectación cardiovascular. En 91,07% de los casos se confirma el diagnóstico; ya sea por serología (incluye indistintamente el test de Coombs y la seroaglutinación en tubo de Wright) 35,71%, cultivo 19,64%, o por ambos métodos (35,71%). Los hemocultivos son positivos en el 71,43% de los pacientes con afectación articular y en el 44,64% de los que no la tienen. En los 15 casos (26,79%) con antecedente de enfermedad brucelósica previa se ha confirmado el diagnóstico por hemocultivo en el 33'33%, con test de Coombs en el 33'33% y mediante seroaglutinación en tubo de Wright fueron positivos el 66,67%. Tan sólo en un paciente se confirmó por los 3 métodos y en 2 pacientes no se confirmó.

Discusión. La fiebre constituye el síntoma más frecuente e inespecífico, asociado a afectación articular y a síndrome general, que en muchos casos condiciona pérdida de peso importante. La correlación clínico-diagnóstica estudiada entre artritis-artralgias y hemocultivos, pone de manifiesto una mayor tasa de resultados positivos cuando el paciente tiene afectación articular, sin embargo, también es positivo en un gran número de casos sin dicha clínica. En cuanto al estudio en pacientes con episodio de brucelosis previa, la tasa de diagnóstico confirmado supone globalmente un 86,67%, siendo la técnica con mayor tasa de positivos la seroaglutinación en tubo de Wright (tomando como positivos títulos superiores a 1/160 y/o seroconversión con aumento en el título).

Conclusiones. Las manifestaciones clínicas de la brucelosis que requiere ingreso hospitalario son principalmente la fiebre (en la mayoría de los casos sin el patrón ondulante clásico) seguido de artritis

tis y artralgias localizadas a nivel lumbar, coxo-femoral y sacro. El diagnóstico de certeza se alcanza en más del 90% de los pacientes, siendo de presunción en un 8,93%.

A-112
INFECCIÓN AGUDA POR CITOMEGALOVIRUS: REVISIÓN DE LOS ÚLTIMOS 15 AÑOS

F. Rubio Toral¹, C. Cortés-Lletget¹, M. Villegas Urbano¹, G. Calvo Vila¹ y C. Alonso-Tarrés²

¹Servicio de Medicina Interna, ²Servicio de Analisis Microbiología Clínica. Hospital de L' Hospitalet-Consorci Sanitari Integral. Hospitalet de Llobregat, Barcelona.

Objetivos. Describir las características de los pacientes diagnosticados de infección aguda por citomegalovirus (CMV) en los últimos 15 años en un hospital general de adultos. Analizar la distribución estacional de dicha infección en estos pacientes. Determinar los ingresos que generó esta patología. Estudiar las alteraciones hematológicas y bioquímicas, registrando si se solicitó serología de Epstein Barr y el resultado que se obtuvo.

Material y métodos. De las 1.113 pruebas realizadas de serología IgM CMV (ELISA) durante el período de marzo de 1992 a enero de 2007 se cuantificaron aquellas con resultados positivos. De forma retrospectiva se revisaron las historias clínicas de los pacientes con serología CMV IgM positiva. Se recogió edad y sexo de los pacientes y se agruparon según la estación del año en que se diagnosticaron. Se analizaron los pacientes que requirieron ingreso. Se valoraron las alteraciones bioquímicas y hematológicas que presentaron así como los resultados serológicos para virus de Epstein Barr en el caso de que se hubieran realizado.

Resultados. En el período estudiado, han sido diagnosticados de infección aguda por citomegalovirus 43 pacientes, de los cuales 30 fueron varones (70%). La edad media fue de 34,6 años (19-72). Se diagnosticaron 9 casos en primavera, 12 en verano, 15 en otoño y 7 en invierno. Ingresaron 22 pacientes (51%). La serología de virus de Epstein Barr se realizó de forma paralela en 34 casos, siendo 9 positivos y 25 negativos. En 10 pacientes se constató anemia normocítica-normocrómica, en 27 elevación de las transaminasas, y en 28 alteraciones hematológicas (25 linfocitosis, 2 monocitosis y 1 leucopenia). En 20 pacientes existía de forma simultánea la alteración hepática y hematológica.

Discusión. Dada su benignidad la infección aguda por CMV es posiblemente infradiagnosticada. En nuestra experiencia se trata de pacientes jóvenes con predominio de varones, que si bien evolucionaron a una curación espontánea, el conocimiento etiológico facilitó el soporte de la sintomatología y el ahorro de otras pruebas que podrían alargar el ingreso o el proceso diagnóstico. No es despreciable el número de pacientes que ingresaron, ya que la presentación clínica y las alteraciones analíticas constatadas puede asemejar a otras patologías por lo que se requiere un diagnóstico. Destacar 9 casos de serología de Epstein Barr y CMV positivas simultáneas, lo que dificulta el diagnóstico etiológico en esta situación. Este tipo de reacciones cruzadas ya han sido descritas con anterioridad.

Conclusiones. 1) El 70% de los pacientes con serología IgM CMV positiva fueron hombres con una edad media de 34,6 años. 2) Ritmo estacional constante, con un predominio de casos en verano y otoño. 3) Precisan ingresos 22 pacientes (51%). 4) Las alteraciones analíticas predominantes fueron, la elevación de transaminasas (27 casos), y la linfocitosis (25 casos). En 20 pacientes se dieron de forma simultánea ambos tipos de alteraciones.

A-113
ESPONDILODISCITIS INFECCIOSA ESPONTÁNEA DE ETIOLOGÍA PIÓGENA Y MICOBACTERIANA: ESTUDIO COMPARATIVO (1996-2005)

E. Rodríguez Castellano, C. Navarro San Francisco, P. García de Paso, F. Zamora Vargas, M. Amer López, P. Martínez Hernández y J. Vázquez Rodríguez

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

Objetivos. Analizar y comparar las características epidemiológicas y clínicas de los dos principales grupos etiológicos de Espondilodiscitis

Infecciosa Espontánea (EIE), EIE piógenas y EIE micobacterianas, diagnosticados en nuestro Servicio de Medicina Interna en el período 1996-2005.

Material y métodos. Se incluyeron todos los pacientes diagnosticados de EIE, según criterios clínico-radiológicos y microbiológicos establecidos y aceptados, en nuestro Servicio de Medicina Interna entre enero de 1996 y diciembre de 2005. Para el estudio comparativo sólo se analizaron los pacientes incluidos en los grupos etiológicos "piógeno" y "micobacteriano". Se estudiaron los principales datos demográficos, antecedentes, duración de los síntomas antes del diagnóstico, presentación clínica, pruebas diagnósticas y datos del seguimiento. Se realizó un estudio multivariante, con el fin de identificar las variables independientemente asociadas con los principales grupos etiológicos prevalentes.

Resultados. Se diagnosticaron 41 casos de EIE. La edad media de los pacientes fue de 58,5 ± 17,6 años (rango: 29-89) y 30 (73,2%) eran varones. La etiología de la EIE fue: 26 (63,4%) piógena, 12 (29,3%) micobacteriana y 3 (7,3%) bucelar. Los pacientes con EIE piógenas presentaron mayor edad (63,6 ± 3,2 vs 51,2 ± 5,1 años, p = 0,035) y menores antecedentes de exposición a la TBC (7,7% vs 33,3%, p = 0,06) que los pacientes con EIE micobacteriana. La fiebre (73,1% vs 33,3%, p = 0,03) y la cifra elevada de leucocitos (13501 ± 1276 vs 9836 ± 2634, p = 0,017) predominaron en los pacientes con EIE piógenas. El dolor irradiado en MMII (15,4% vs 50%, p = 0,045) y la positividad de la reacción de la tuberculina (7,7% vs 54,5%, p = 0,028) predominaron en los pacientes con EIE micobacteriana. El tiempo de demora desde el inicio de los síntomas al diagnóstico fue superior en los pacientes con EIE micobacteriana (8,9 ± 1,7 vs 41,6 ± 9,4 semanas, p = 0,0001). El diagnóstico con gammagrafía con Galio 67 fue superior en las EIE piógenas (81,8% vs 0%, p = 0,011). Durante el estudio, se observó un aumento significativo de la incidencia de EIE piógenas (incidencia: 1/1000 pacientes ingresados/año, p = 0,0476). En el estudio multivariante, el tiempo de demora desde el inicio de los síntomas al diagnóstico fue la variable más relacionada con las EIE piógenas (OR: 0,985, IC 95%: 0,975, 0,996, p = 0,005).

Discusión. Las EIE piógenas suponen un 2-4% de los casos de osteomielitis. En los últimos años se ha descrito un aumento de la incidencia de EIE, generalmente a expensas de un incremento de la incidencia del grupo etiológico piógeno. La TBC espinal supone un 3-5% de los casos de TBC, un 15% de los casos de TBC extrapulmonar y un 25-60% de las manifestaciones osteoarticulares. Las diferencias encontradas entre ambos grupos etiológicos de EIE son consistentes con los resultados de otros estudios.

Conclusiones. Las EIE piógena afecta a personas de mayor edad y parecen tener un curso más agudo, con mayor presencia de fiebre, leucocitosis y mayores hallazgos con técnicas gammagráficas que las EIE micobacterianas. Ello supone un menor tiempo de demora entre el inicio de la sintomatología y el diagnóstico. Las EIE micobacterianas parecen tener un curso más subagudo. Los antecedentes de exposición a TBC, la mayor afectación radicular y la positividad de la reacción de la tuberculina son orientativos de este grupo etiológico. La ausencia de fiebre (66,6%), junto a la presentación insidiosa con ecasa afectación sistémica y la alta prevalencia de dolor de espalda en la población general, condicionan un mayor retraso en el diagnóstico de las EIE micobacterianas.

A-114
NEUMONIA GRAVE EN PACIENTES VIH PROCEDENTES DE LA COMUNIDAD

R. Escoda¹, R. Perelló², T. Pumarola³, F. García⁴, J. Miró⁴, C. Agustí⁵, J. Nicolás⁶ y A. Moreno⁴

¹Servicio de Medicina Interna, ²Servicio de Urgencias, ³Servicio de Microbiología, ⁴Servicio de Enfermedades Infecciosas, ⁵Servicio de Neumología, ⁶Servicio de Medicina Intensiva. Hospital Clínic i Provincial de Barcelona. Barcelona.

Objetivos. Analizar las características de las neumonias graves adquiridas en la comunidad (NAC) del paciente VIH en la era del tratamiento antiretroviral de alta intensidad (TARGA), que requiere ingreso en una Unidad de Cuidados Intensivos (UCI). Comparar las características clínicas, inmunológicas y virológicas del paciente que requiere ingreso en planta convencional frente a UCI.

Material y métodos. Estudio prospectivo de 2 años de evolución (enero 2005-diciembre 2006). Se incluyeron todos los pacientes VIH que acudieron a nuestro centro hospitalario, diagnosticados de NAC, y que requirieron ingreso en una UCI. Se analizaron una serie de variables basales, como sexo, vía de contagio, edad, tratamiento con TARGA, coinfección por virus hepatitis C (VHC), diagnóstico de inicio de VIH, valor de la escala de APACHE al ingreso, valores de los linfocitos CD4 y carga viral (CV). Para el diagnóstico etiológico se practicaron las siguientes pruebas diagnósticas: cultivo de esputo, hemocultivos, tinción de Ziehl, cultivo del broncoaspirado (BAS), lavado broncoalveolar (BAL), Ag urinarios de neumococo y legionella. Los datos fueron procesados mediante el paquete estadístico SPSS versión 12.0. Se definió la NAC según los criterios de la IDSA.

Resultados. Se diagnosticaron 14 pacientes con criterios de gravedad secundarios a NAC y que requirieron ingreso en UCI, de un total de 102 pacientes con diagnóstico de NAC. El 93% fueron varones. La mediana de edad fue de 38,5. Un 71% no realizaba tratamiento con TARGA. La principal vía de contagio del VIH fue el uso de drogas por vía parenteral en un 85%. La mediana de CD4 y CV fue de 230 cel/mm³ y 75.000 copias/ml respectivamente. La escala de APACHE fue de 14. La coinfección con VHC se dio en un 64% y en un 29% la infección por VIH fue diagnosticada en el ingreso. Cinco pacientes (36%) requirieron ventilación mecánica invasiva. Dos pacientes fallecieron lo que supone una mortalidad del 14%. En el 93% de los pacientes se llegó al diagnóstico etiológico. La bacteria que se aisló con más frecuencia fue *S pneumoniae* en 10 ocasiones. *S pyogenes* se aisló en 1 caso y en 3 no se llegó al diagnóstico etiológico. El cultivo de Gram, los hemocultivos y el Ag urinario de neumococo fueron positivos en 4, 5 y 6 casos respectivamente. Cuatro pacientes presentaron bacteriemia por *S pneumoniae*. El cultivo de BAS y BAL fue positivo en 1 y ninguno respectivamente. La tinción de Ziehl fue negativa en todos los pacientes. Los pacientes que ingresaron en UCI en relación con los ingresados en sala convencional, eran con mayor frecuencia varones (93% vs 64%, $p = 0,033$), fueron diagnosticados con mayor frecuencia de infección por VIH en el momento del ingreso (29% vs 7%, $p = 0,029$), presentaban CV superiores a 200 copias (91% vs 59%, $p = 0,049$) con valores de CV superiores (75000 vs 1090, $p = 0,021$), se alcanzó el diagnóstico etiológico en un número superior de pacientes (93% vs 64%, $p = 0,033$) y la mortalidad fue superior (14% vs. 0, $p = 0,018$) No se encontraron diferencias con respecto al número de CD4 ni a recibir TARGA ($p = ns$).

Discusión. La introducción del TARGA ha supuesto una mayor esperanza de vida y una disminución de la morbi-mortalidad en el paciente VIH. Hay una disminución importante de las complicaciones respiratorias graves, y que por tanto requieran ingreso en una UCI como lo demuestra el hecho de que los pacientes con NAC grave con frecuencia se diagnostican en el momento de la complicación pulmonar.

Conclusiones. El paciente VIH diagnosticado de NAC grave que requiere ingreso en una UCI es un varón que con frecuencia no conoce que está infectado por el VIH, con valores de CV superiores a los ingresados en sala convencional, con diagnóstico microbiológico de la NAC y con peor pronóstico. *S. pneumoniae* fue la bacteria aislada con mayor frecuencia. Sin embargo, el estado inmunológico fue similar a los pacientes con NAC que ingresaron en sala.

A-115 EVALUACIÓN DE LA EXISTENCIA DE CARDIOPATÍA EN PACIENTES CON INFECCIÓN POR EL VIH EN TRATAMIENTO ANTIRRETROVIRAL PROLONGADO

A. Muñoz¹, I. Marín², E. Bernal¹, T. Vicente² y A. Cano¹

¹Sección de Enfermedades Infecciosas. Servicio Medicina Interna, ²Sección de Cardiología. Servicio de Medicina Interna. Hospital General Universitario Reina Sofía. Murcia.

Objetivos. Valorar la función sistólica (fracción de eyección- FE-), función diastólica, grosor septointerventricular; en pacientes con infección por el VIH asintomáticos sin antecedentes de cardiopatía isquémica en tratamiento antirretroviral prolongado.

Material y métodos. Estudio transversal en el que se incluyeron pacientes consecutivos en tratamiento antirretroviral durante más de 1 año sin antecedentes de cardiopatía. Evaluación de la fracción de eyección ventricular izquierda por el método de Theich, valoración

de la función diastólica (DD) por doppler pulsado en el flujo mitral. Se utilizó ecógrafo Philips iE33.

Resultados. Se analizaron los datos de 19 pacientes, de los cuáles 6 estaban en tratamiento con no análogos de nucleosidos (ITINN) y 13 con inhibidores de la proteasa (IP), todos ellos en combinación con inhibidores de la transcriptasa inversa de nucleosidos. Catorce (70%) eran varones, de 42 ± 7 años, 0,5% hipertensos, ninguno era diabéticos, 84% fumadores y 31% con dislipemia. Los niveles de colesterol total fueron 186,8 ± 67, HDL colesterol 48 ± 23 mg/dl, LDL colesterol 89 ± 33 mg/dl y triglicéridos 218,8 ± 178 mg/dl. En 15 pacientes (78,94%) la carga viral fue indetectable y los niveles de CD4 fueron 510 ± 310 células/ml. La fracción de eyección fue superior al 50% en 18 (94,73%) pacientes. Los pacientes tratados con ITINN tuvieron una FE superior a los tratados con IP (73,17 ± 9,84 vs 66,92 ± 7,08; $p = 0,1$) La hipertrofia ventricular izquierda estuvo presente en 5 (26,31%) pacientes. En 7 (36,8%) pacientes hubo disfunción diastólica. No se encontró relación estadísticamente significativa entre la FE, HIV y DD con el tratamiento antirretroviral, con el tiempo de exposición, carga viral ni estatus inmunológico.

Conclusiones. No se ha encontrado relación significativa entre los parámetros virológicos y alteración de la función ventricular izquierda. Una proporción significativa de pacientes con infección por el VIH tiene hipertrofia ventricular izquierda sin hipertensión arterial. El VIH y/o el tratamiento antirretroviral podrían aumentar la incidencia de cardiopatía en estos pacientes.

A-116 LEUCEOENCEFALOPATÍA MULTIFOCAL PROGRESIVA EN UNA SERIE DE 586 LINFOMAS

J. Alonso Alonso¹, A. Cánovas Fernández¹, O. Ávila Arzanegui¹, I. Bilbao Villabeitia², F. Ortega Ituño³ y G. Barreiro García¹

¹Servicio de Medicina Interna, ²Servicio de Neurología, ³Servicio de Anatomía Patológica. Hospital de Cruces. Barakaldo, Vizcaya.

Objetivos. La utilización creciente de Rituximab, anticuerpo monoclonal anti-CD20, tanto en linfomas como en patología autoinmune, supone un incremento de la inmunodepresión en estos grupos de pacientes. Se ha planteado recientemente su posible implicación, junto con otros factores, en el desarrollo de leucoencefalopatía multifocal progresiva (LMP). Pretendemos evaluar esta asociación en nuestra cohorte de linfomas.

Material y métodos. Estudio retrospectivo de los casos de LMP observados en la cohorte de pacientes con linfoma de Hodgkin (HDK) y no Hodgkin (LNH) desde enero de 1990 hasta abril de 2007, teniendo en cuenta como factores de riesgo la administración de quimioterapia (QT) intensiva, con trasplante de precursores hemopoyéticos (TPH), de Rituximab y la presencia de infección por VIH. Los criterios diagnósticos de LMP han sido: clínica y RNM cerebral compatibles junto con biopsia cerebral diagnóstica o PCR de virus JC positiva en líquido cefalorraquídeo

Resultados. Durante estos 17 años han sido tratados y observados indefinidamente o hasta su fallecimiento 158 pacientes con enfermedad de Hodgkin (3 con SIDA) y 428 con linfoma no Hodgkin (25 con SIDA). Recibieron TPH 21 pacientes con HDK y 46 con LNH. En este grupo fueron tratados con Rituximab y quimioterapia 133 pacientes (dos con SIDA). En 13 pacientes se administró rituximab y TPH. Hemos encontrado dos casos de pacientes afectados de LMP (0,3%): una mujer de 56 años, diagnosticada de linfoma B difuso de célula grande 12 años antes, y un varón de 65 años con diagnóstico de linfoma T periférico CD8+, 6 meses antes de los primeros síntomas de LMP. La primera paciente sufría una segunda recaída después de tres cursos de QT (con TPH después de la QT inicial y rituximab en la primera recaída) completando nuevo ciclo de QT con rituximab, con remisión completa del linfoma, en el periodo inmediato a la manifestación de LMP. Recibía, además, infusiones mensuales de gammaglobulina por hipogammaglobulinemia sintomática desde dos años antes. Al segundo paciente se le administraba una segunda pauta de QT por refractariedad del linfoma cuando se le diagnosticó LMP. Los síntomas iniciales fueron alteraciones visuales, apraxia, disartria, apatía, hemiparesia, continuando con deterioro cognitivo, distonías, encamamiento y coma. La bioquímica de líquido cefalorraquídeo fue normal en ambos. En RNM se detectaba hipodensidad de sustancia blanca hemisférica, sin efecto masa ni

resalte con gadolinio. La PCR para virus JC fue positiva en la primera paciente y negativa en el segundo, siendo en éste la biopsia cerebral diagnóstica. Ambos pacientes fallecieron a los 8 y 2 meses del inicio de los síntomas respectivamente.

Discusión. Clásicamente se ha asociado la LMP con inmunodeficiencia celular, como sucede en la infección por VIH. En el contexto de los linfomas se ha relacionado la LMP con antecedentes de administración de análogos de las purinas, como fludarabina, así como con quimioterapia intensiva, trasplante de precursores hemopoyéticos y rituximab, como ocurría en nuestra primera paciente. Pero en estos pacientes la inmunodepresión es plurifactorial, con intervención de la enfermedad de base y del tratamiento, y los pacientes en este sentido son heterogéneos. Dada esta heterogeneidad y la baja incidencia de LMP, no tiene sentido evaluar estadísticamente el riesgo de esta patología. Siendo alta la prevalencia de la infección por el virus JC, el que sólo dos pacientes de esta cohorte de inmunodeprimidos desarrollaran LMP pone en evidencia que no se puede simplificar en la atribución de causalidades a un determinado agente.

Conclusiones. En nuestra cohorte de pacientes la frecuencia de LMP es baja (0,3%) y no puede atribuirse un papel etiológico a Rituximab, dada la concurrencia de múltiples factores inmunodepresivos tanto por la patología de base como por los tratamientos aplicados.

A-117 ENFERMEDAD POR ARAÑAZO DE GATO EN ADULTOS. DESCRIPCIÓN DE 3 CASOS

M. Hernández Ros¹, I. Sánchez Rodríguez¹, F. López García¹, J. Ruiz Maciá², M. Santa-Olalla González¹, I. González Cuello¹, J. García García¹ y J. Custardio Olavarrieta¹

¹Servicio de Medicina Interna, ²Servicio de Anatomía Patológica. Hospital de la Agencia Valenciana de Salud Vega Baja. Orihuela, Alicante.

Objetivos. La enfermedad por arañazo de gato (EAG) es una entidad benigna que produce adenopatías y que afecta sobre todo a pacientes de edad pediátrica. El diagnóstico de la EAG en los adultos es muy poco frecuente. Describimos 3 pacientes con EAG de inicio en la edad adulta.

Material y métodos. Revisión de las historias clínicas de 3 pacientes mayores de 18 años con diagnóstico confirmado de EAG.

Resultados. Caso 1: mujer de 47 años que ingresó por anemia a estudio y que tras el estudio se atribuyó a pérdidas ginecológicas. En la exploración física se evidenciaron adenopatías axilares izquierdas. Se realizaron ecografía axilar y TC torácico que mostraron varias adenopatías axilares y una lesión de aspecto cavitado en la cola de la mama. La PAAF de la adenopatía axilar fue compatible con una linfadenitis granulomatosa abscesificada; el gram y los cultivos, incluyendo en el medio de Löwenstein fueron negativos. En la anamnesis posterior de forma detallada, la paciente refería contacto con gatos, por lo que se solicitó serología de *Bartonella henselae* que resultó positiva. La evolución posterior fue favorable, después de realizar una resección de las adenopatías. En el seguimiento en las C. Externas no se demostraron recidivas. Caso 2: varón de 27 años, veterinario de profesión. Consultó por una pequeña adenopatía en el antebrazo derecho y lesiones eritematosas que seguían un trayecto linfagítico. Se solicitaron serologías de *Toxoplasma*, *Leishmania*, CMV y VEB que fueron negativas; la serología de *Bartonella henselae* resultó positiva. Se realizó una PAAF de la adenopatía cuyos cultivos fueron negativos. El paciente evolucionó de forma favorable sin tratamiento. Caso 3: varón de 18 años sin antecedentes de interés. Tenía en casa un gato doméstico. Consultó por una adenopatía inguinal derecha. Se realizó una PAAF que mostró linfadenitis reactiva granulomatosa. Se solicitaron serologías de *Borrelia* y *Bartonella*; ésta última resultó positiva. La evolución fue excelente sin tratamiento antibiótico.

Discusión. Desde los años 90, se acepta que *Bartonella henselae* es el agente etiológico casi exclusivo de la EAG. La forma típica de la enfermedad consiste en la aparición una linfadenopatía regional que aparece en el mismo lado del punto de la inoculación, bien por el arañazo o por la mordedura de un gato. En los adultos la enfermedad es infrecuente ya que el 80% de los casos afecta a niños. Clásicamente, para el diagnóstico de la enfermedad se requería el

cumplimiento de 3 o 4 criterios de los siguientes: 1. Historia de exposición a un gato; 2. Prueba cutánea positiva; 3. Estudios de laboratorio negativos para otra causa de adenopatías; 4. Hallazgos histológicos característicos (inflamación inespecífica con granulomas y necrosis). Actualmente, la aparición de las técnicas serológicas ha permitido realizar el diagnóstico de la EAG típica, únicamente mediante una historia clínica compatible y una serología positiva, lo que evita la realización de pruebas invasivas. La forma típica de la EAG suele remitir espontáneamente sin necesidad de tratamiento; sólo es necesario el tratamiento antibiótico en las formas diseminadas de la enfermedad y en pacientes inmunodeprimidos.

Conclusiones. La EAG es un proceso benigno y que habitualmente no precisa tratamiento. Aunque más frecuente en los niños, puede aparecer también en la edad adulta; por lo tanto, siempre es necesario tenerla en cuenta en el diagnóstico diferencial de las enfermedades que cursan con adenopatías.

A-118 PRONÓSTICO DE LA SEPSIS: PAPEL DE LAS CITOCINAS ANTI- Y PROINFLAMATORIAS

A. Pérez Ramírez¹, M. Suarez Santamaría², A. Martínez Riera¹, C. González Reimers¹, M. Aleman Valls¹, M. Rodríguez Gaspar¹, M. Durán Castellón¹ y F. Santolaria Fernández¹

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

Objetivos. Durante la sepsis se establecen dos fases de liberación de citocinas: una primera proinflamatoria y una segunda, días después, en la que el aumento de las citocinas antiinflamatorias, especialmente la IL-10, causa inmunosupresión. La administración iv de glucocorticoides de forma previa a la de lipopolisacárido aumenta la respuesta de la IL-10. Diversos estudios han mostrado que un aumento del cociente entre citocinas anti- y proinflamatorias se relaciona con un mal pronóstico.

Objetivo. Analizar si determinadas características de los pacientes con sepsis: uso previo de corticoides, inmunosupresión y gravedad de la sepsis se relacionan con una alteración de la relación entre citocinas anti- y proinflamatorias.

Material y métodos. En 257 casos diagnosticados de sepsis (2 o más criterios de SIRS y evidencia de infección), 148 varones y 109 mujeres, edad media de $62,6 \pm 1,1$ años, se han determinado citocinas proinflamatorias: TNF α , IL-6 y TREM-1 y antiinflamatorias: IL-10 e IL-1ra. El 17,1% tenía sepsis, el 45,1% sepsis grave, el 28,4% shock séptico y el 9,3% fallo multiórgano (FMO). Durante el ingreso murieron 56 pacientes (21,8%). Después de transformación logarítmica, se analiza si la relación entre la IL-10 (citocina anti-inflamatoria) y el TNF o la IL-6 (citocina proinflamatoria) es similar, o no, dependiendo de determinadas características.

Resultados. Los enfermos con linfopenia, con inmunosupresión (no HIV), con corticoides (tendencia), con neoplasia, con alteración hemodinámica (hipotensión, alteración del llenado capilar u oliguria), con las formas más graves de sepsis (shock séptico o FMO), los que tenían un SOFA más alto o que empeoraba durante los dos primeros días y los que fallecían, tenían al ingreso concentraciones más altas de IL-10. En todos esos casos la IL-10 correlacionaba de forma positiva con el TNF α y con la IL-6. Los enfermos que murieron tenían más alta la IL-10 para cualquier concentración de TNF α o de IL-6 respecto a los que sobrevivieron. Lo mismo ocurrió con las restantes características mencionadas respecto a los que no las presentaban. Además, los fallecidos, los que tenían disminución de linfocitos T4, tomaban corticoides, estaban inmunosuprimidos, tenían una neoplasia, mala perfusión periférica, formas graves de sepsis y puntuaciones más altas en el SOFA mostraban de forma significativa un aumento más rápido (mayor pendiente) de la IL-10 respecto al TNF alfa. La IL-10 correlacionaba de forma negativa con los linfocitos totales, T4 y T8, en cambio, el IL1ra no correlacionó con los linfocitos y su comportamiento, en ese sentido fue similar al del TNF y la IL-6.

Conclusiones. La inmunosupresión debida al aumento de la IL-10 en la sepsis está ya presente en el momento del ingreso, es mayor en las formas más graves y se relaciona con un peor pronóstico.

A-119 ANTIOXIDANTES Y CITOCINAS PROINFLAMATORIAS EN LA HEPATITIS POR VIRUS C

E. González Reimers¹, A. Castellano Higuera¹, M. Alemán Valls¹, P. Abreu González², R. Pelazas¹, F. Santolaria Fernández¹, M. Durán Castellón¹ y J. Gómez Sirvent¹

¹Medicina Interna, ²Dpto. de Fisiología. Hospital Universitario de Canarias. San Cristóbal de La Laguna, Santa Cruz de Tenerife.

Objetivos. En la infección crónica por virus de la hepatitis C se produce una lesión hepática de intensidad variable, en la que pueden jugar un papel las citocinas proinflamatorias y la peroxidación lipídica. Habitualmente la enfermedad hepática progresa desde cambios mínimos hasta una hepatitis crónica activa, cirrosis hepática, y, finalmente, hepatocarcinoma. El grado de actividad inflamatoria y la intensidad de la fibrosis y necrosis hepatocitaria puede evaluarse globalmente mediante índices diversos, uno de los cuales es el índice de Knodell. Se pretende analizar el papel de las citocinas en la evolución de este proceso, su relación con el deterioro funcional hepático, el índice de Knodell, la intensidad de la peroxidación lipídica y la actividad antioxidante, y analizar si estos parámetros se comportan de manera diferente en relación con el uso concomitante de alcohol.

Material y métodos. En el presente estudio analizamos, la actividad antioxidante (GPX y SOD eritrocitarios), los niveles séricos de vitamina A, E y C, la peroxidación lipídica (MDA sérico), y los niveles séricos de interleucina 4, interleucina 6, factor de necrosis tumoral alfa, interleucina 8, interferón gamma y *transforming growth factor* beta en 66 pacientes con hepatitis C, 26 de ellos además, bebedores de > 50 g de alcohol al día, comparándolos con los de 20 controles de similar edad y sexo. Todas las determinaciones se hicieron ayunas y sin que mediara proceso intercurrente alguno, ya que la extracción de sangre se realizó cuando el paciente ingresó para biopsia hepática programada.

Resultados. No hubo diferencias entre pacientes y controles en lo que respecta a niveles séricos de vitaminas A, E y C, ni tampoco en lo que respecta a actividad de GPX y SOD, pero los pacientes con hepatitis C tenían niveles más elevados de TGF beta ($t = 2.12$, $p = 0.037$), malondialdehído ($Z = 5$; $p < 0.001$), IL-8 ($Z = 4.95$, $p < 0.001$), TNF-alfa e interferón gamma ($z = 2.81$, $p = 0.005$), y más bajos de IL-4 e IL-6 que los controles, lo que sugiere una activación de las citocinas de tipo Th1 y Th3 y un descenso de la actividad de las Th2, que era más marcado aún en los alcohólicos. Encontramos una relación significativa entre índice de Knodell e interferón gamma ($\rho = 0.38$, $p = 0.003$) e inversa con la vitamina A ($r = -0.36$, $p = 0.017$), e inversa entre TNF e albúmina ($\rho = -0.28$, $p = 0.028$). La vitamina A se relacionaba de forma directa con la albúmina ($r = 0.40$, $p = 0.004$) e inversa con la IL-8 ($\rho = -0.29$, $p = 0.044$) e IFNG ($\rho = -0.42$, $p = 0.004$).

Discusión. Las interleucinas proinflamatorias se relacionan de forma inversa con la función hepática y directa con el índice de Knodell, guardando la vitamina A una relación opuesta con los mismos parámetros. No encontramos otra relación entre actividad antioxidante y, peroxidación lipídica por un lado y lesión o alteración funcional hepática por otro. En los alcohólicos las interleucinas de tipo TH2 estaban más descendidas que en los no alcohólicos.

Conclusiones. Por lo tanto, las interleucinas proinflamatorias se relacionan de forma inversa con la función hepática y directa con el índice de Knodell, guardando la vitamina A una relación opuesta con los mismos parámetros. No encontramos otra relación entre actividad antioxidante y, peroxidación lipídica por un lado y lesión o alteración funcional hepática por otro. El patrón de citocinas que observamos corresponde a una activación de linfocitos Th1, una depresión de la actividad de las Th2 - más acusada en alcohólicos, y un incremento de la actividad Th3.

A-120 ANÁLISIS DESCRIPTIVO Y ANALÍTICO DE UNA COHORTE DE 22 PACIENTES CON FIEBRE Q

M. Estébanez Muñoz¹, P. Ruiz Seco², A. Borobia Pérez³, B. Pagán Muñoz¹, M. López Rodríguez¹, J. Gómez Cerezo¹, J. Barbado Hernández¹ y J. Vázquez Rodríguez¹

¹Servicio de Medicina Interna, ²Servicio de Reumatología, ³Servicio de Farmacología Clínica. Hospital Universitario la Paz. Madrid.

Objetivos. Estudio del perfil clínico-biológico y la respuesta al tratamiento de la Fiebre Q en la Comunidad de Madrid.

Material y métodos. Sujetos: se recogieron todos los pacientes con diagnóstico de infección por *Coxiella burnetii* desde el 1 de enero de 2000 hasta el 27 de junio de 2007 del Hospital Universitario La Paz. Parámetros clínicos: datos demográficos (Sexo, edad, contacto con animales y domicilio en medio rural). Formas clínicas de presentación. Determinaciones analíticas (Hemograma, VSG, PCR, perfil hepático y TTPa). Serologías (título de anticuerpos totales contra antígeno de Fase II y positividad frente a antígenos de Fase I). Grado de seguimiento. Tratamiento y respuesta al tratamiento. Diseño: estudio observacional descriptivo retrospectivo. Parámetros de evaluación: (1) Análisis descriptivo de parámetros demográficos, clínicos, serológicos y terapéuticos. (2) Porcentaje de pacientes con un seguimiento adecuado. (3) Análisis de los factores clínicos y analíticos que mejor predicen la respuesta al tratamiento y el pronóstico.

Resultados. Se incluyeron en el estudio 22 pacientes (82% varones), con una media de edad de 58 ± 20 años. De ellos, el 14% provenían de un medio rural. Ese mismo porcentaje estaban en contacto con animales. El síntoma más prevalente en el momento del diagnóstico fue la fiebre (77%) con una duración de 13 ± 3 horas, seguido de tos (41%), artromialgias (23%) y cefalea (18%), el resto una frecuencia de aparición inferior al 10% (exantema y diarrea). La forma de presentación más frecuente fue la neumonía (54%), seguido de hepatitis (36%), colestasis y colestasis disociada (18%) y síndrome febril aislado (5%). No se objetivó ninguna endocarditis como forma de presentación ni como complicación. Un 10% de los pacientes fallecieron. Presentaron anemia el 36%, leucocitosis el 23%, trombopenia el 23%, elevación de la VSG el 91%, elevación de la PCR el 96% y alteraciones de la coagulación el 14%. En la evaluación de los parámetros clínicos y analíticos como factores pronósticos, se objetivó una asociación estadística entre la elevación de GGT, ALAT y desarrollo de CID con éxito. Fueron tratados con doxiciclina el 70%, con fluorquinolonas el 67% y con macrólidos el 30%. El antibiótico con mejor tasa de respuesta fue la doxiciclina (87%), seguido de las fluorquinolonas (67%) y los macrólidos (50%). Únicamente un paciente tuvo un seguimiento adecuado.

Discusión. Aunque la fiebre Q clásicamente se ha relacionado con medio rural y contacto con animales, en nuestro estudio destaca mayor porcentaje de pacientes procedentes de medio urbano sin antecedente de contacto animal. En relación a estudios previos realizados en España, la forma de presentación de la fiebre Q en la Comunidad de Madrid se asemeja a los datos recogidos en comunidades del centro y norte de España, donde la neumonía es la principal forma de presentación. Estos resultados pueden estar en relación con distinta virulencia, condicionantes climatológicos o incluso diferencias en cuanto al diagnóstico serológico como primer escalón de estudio de la neumonía de la comunidad. En ninguno de nuestros pacientes se objetivó endocarditis como forma de presentación. A destacar el incorrecto seguimiento serológico de los pacientes que no permite conocer cual es el riesgo de evolución a endocarditis.

Conclusiones. 1) Mayor predominio de varones y procedentes de medio urbano. 2) La forma de presentación clínica más frecuente fue la neumonía adquirida en la comunidad. 3) El éxito se relacionó con elevación de la GGT, ALAT y desarrollo de CID. 4) La doxiciclina fue el tratamiento más eficaz.

A-121 INFECCIONES DEL TRACTO URINARIO: RELACIÓN ENTRE INVASIVIDAD Y RESISTENCIA A QUINOLONAS

G. Calvo Vila¹, C. Cortés-Lletget¹, M. Villegas Urbano¹, F. Rubio Toral¹, C. Alonso-Tarrés² y E. Grenzner Martinell³

¹Servicio de Medicina Interna, ²Análisis Clínicos-Microbiología. Hospital de L'Hospitalet-Consorci Sanitari Integral. Hospitalet de Llobregat (L'), Barcelona. ³Laboratori Clinic. L'Hospitalet de Llobregat, Barcelona.

Objetivos. Describir la proporción de cepas de *Escherichia coli* resistentes a quinolonas aisladas en la orina de los pacientes con infección urinaria que consultaron al servicio de urgencias de nuestro hospital según presentaran infección invasora o no. Valorar el papel de la antibioterapia previa en los episodios con *E. coli* resistentes a quinolonas.

Material y métodos. Se estudiaron los casos con clínica y sedimento de orina compatible con infección urinaria, que consultaron al ser-

Tabla 1. Resultados: invasividad-resistencia (A-121).

	<i>Pielonefritis</i>	<i>Prostatitis</i>	<i>Sd. febril urinario</i>	<i>Cistitis</i>	
Sensible quinolona	26	4	9	24	63
Resistente quinolona	6	1	3	4	14
Total	32/42%	5/6%	12/16%	28/36%	77

vicio de urgencias del Hospital General de l'Hospitalet en días seleccionados al azar durante un período de 10 meses (septiembre del 2006 a junio del 2007). De forma prospectiva se recogieron las características clínicas de los pacientes así como el historial antibiótico previo. Los casos causados por *E. coli* se clasificaron según fueran infecciones invasoras (pielonefritis, prostatitis y síndrome febril urinario) o no invasoras (cistitis). Se recogió la sensibilidad a quinolonas (ciprofloxacino). Se excluyeron las pacientes embarazadas. Se analizó la significación estadística de la frecuencia de resistencia a quinolonas entre las diferentes clases de infección por el test de c^2 . **Resultados.** Se recogieron un total de 129 casos de infección del tracto urinario. El urocultivo fue positivo para *E. coli* en 77 (79%) y en 21 se aislaron otros gérmenes. Fue negativo en 25 y 6 fueron contaminaciones. Las presentaciones clínicas fueron: pielonefritis aguda 32, prostatitis 5, síndrome febril urinario 12, cistitis 28. La edad media fue de 50 años (18-93); 26 varones (34%) y 51 mujeres (66%). El grado de resistencia a ciprofloxacino en las infecciones urinarias invasoras fue del 20% (10/49, de las cuales 8 tomaron antibiótico previamente) y en las no invasoras un 14% (4/28, de las cuales 2 tomaron antibiótico), $p = 0,67$.

Discusión. Las infecciones urinarias invasoras producidas por cepas de *E. coli* aisladas en el servicio de urgencias de nuestro hospital presentan una frecuencia de resistencia a las quinolonas de un 20%, comparable a otras series descritas. Las infecciones urinarias bajas presentan una resistencia menor (14%) aunque las diferencias no fueron estadísticamente significativas, posiblemente por tratarse de una muestra relativamente pequeña. Destaca la cantidad de urocultivos negativos, que podría explicarse por la toma de antibiótico previa a la recogida de la muestra, en la mayoría de los casos.

Conclusiones. 1) Las infecciones del tracto urinario más frecuentes producidas por *E. coli* atendidas en el servicio de urgencias fueron las pielonefritis (42%). 2) El grado de resistencia a ciprofloxacino en las infecciones por *E. coli* es elevado, de un 20% en las infecciones invasoras y algo menor en las no invasoras (14%) sin alcanzar la significación estadística. 3) El 71% de las infecciones producidas por *E. coli* resistentes a ciprofloxacino habían tomado antibiótico previamente (80% en la invasoras y 50% en las no invasoras). 4) Existe un elevado número de urocultivos negativos, la mayoría coincidiendo con la toma de antibióticos previa.

A-122

DIFERENCIAS CLÍNICAS Y EPIDEMIOLÓGICAS ENTRE LOS PACIENTES CON INFECCIÓN RESPIRATORIA POR *PSEUDOMONAS AERUGINOSA* RESISTENTE Y SENSIBLE A QUINOLONAS

B. Batalla, M. Javaloyas, J. Bugés, J. Gómez, C. Chico, E. Rodríguez, J. Sobrino y M. Torres

Servicio de Medicina Interna. Hospital de l'Esperit Sant. Santa Coloma de Gramenet, Barcelona.

Objetivos. La tasa de resistencia de *Pseudomonas aeruginosa* a quinolonas aisladas de las muestras procedentes del tracto respiratorio es cada vez más frecuente por lo que el tratamiento empírico con estos antimicrobianos resulta inadecuado en muchas ocasiones. Con la finalidad de conocer los factores de riesgo de infección respiratoria (ITR) por *Pseudomonas aeruginosa* resistente a quinolonas (PARQ) hemos realizado un estudio comparativo entre el grupo de pacientes con resistencia y aquellos que presentaron sensibilidad a estos antibióticos (PASQ).

Material y métodos. Estudio descriptivo comparativo de 28 pacientes ingresados en el servicio de medicina interna con infección respiratoria por *Pseudomonas aeruginosa* entre enero del 2002 y abril del 2007. Se han recogido variables clínicas y epidemiológicas, incluyendo la tasa de reingresos y número de estancias hospitalarias. El

diagnóstico de ITR por *Pseudomonas aeruginosa* se ha establecido por criterios clásicos. Se ha analizado el patrón de sensibilidad de las cepas de PARQ.

Resultados. 20 pacientes fueron varones. La edad media fue de 74 años. El diagnóstico clínico en todos los casos fue de ITR inferior por *Pseudomonas aeruginosa* en sujetos con bronconeumopatía de base: el 74% fueron EPOC y el 56% portadores de bronquiectasias. No se detectaron neumonías. Ningún paciente recibía corticoides no inhalados de forma crónica. El 46% de los pacientes presentaron ITR inferior por PARQ. Cuando se comparó con el grupo que presentaba ITR por PASQ no se hallaron diferencias respecto a la edad, sexo, índice de comorbilidad de Charlson, presencia de bronquiectasias y utilización de oxigenoterapia domiciliaria. En cambio, los pacientes con ITR por PARQ presentaban tasas superiores, con diferencia estadísticamente significativa, de EPOC de grado severo, de reingresos y de estancias hospitalarias y de tratamientos empíricos inadecuados al grupo de pacientes con ITR por PASQ. El 85% de las cepas de PARQ fueron sensibles a ceftazidima, piperacilina-tazobactam y amikacina.

Conclusiones. 1) En nuestro medio la mitad de los pacientes con bronconeumopatía crónica e ITR por *Pseudomonas aeruginosa* presenta resistencia a quinolonas. La mayoría son portadores de EPOC de grado severo, que han precisado un mayor número de ingresos hospitalarios. 2) El tratamiento empírico en los pacientes con EPOC de grado severo e ITR por *Pseudomonas aeruginosa* resistente a quinolonas fue inadecuado en prácticamente todos los casos. 3) En este grupo de pacientes dicho tratamiento debería incluir, en nuestra experiencia, ceftazidima o piperacilina-tazobactam hasta conocer resultados microbiológicos.

A-123

NEUMONÍA NEUMOCÓCICA TRAS LA INTRODUCCIÓN DE LA DETERMINACIÓN DEL ANTIGENO URINARIO DEL NEUMOCOCO

M. Sanz Hernández¹, M. Abad Cardiel², E.J. García Lamberechts³, C. Núñez¹, P. González¹ y V. López³

¹Servicio de Medicina Interna Iii. Hospital Clínico San Carlos.

Madrid. ²Servicio de Urgencias. Hospital 12 de Octubre. Madrid.

³Servicio de Urgencias. Complejo Universitario de San Carlos. Madrid.

Objetivos. El objetivo de este estudio es describir la importancia de la introducción de la determinación del antígeno del neumococo y una guía clínica en el diagnóstico y tratamiento de la neumonía neumocócica en nuestro hospital.

Material y métodos. Se usaron las historias clínicas de los casos de neumonía neumocócica diagnosticados en nuestro hospital entre los meses de julio 2005 y junio 2006 para la recogida de datos sobre la edad, género, estancia, servicio de ingreso, vacunación antineumocócica, antecedentes personales y predisponentes, cuadro clínico, insuficiencia respiratoria, lóbulos afectados, PCR y VSG al inicio y al alta, realización y resultado de la determinación del antígeno del neumococo, hemocultivos y cultivo de esputo, tratamiento antibiótico, complicaciones y evolución.

Resultados. Se analizaron un total de 70 casos de neumonía neumocócica en adultos, con una media de edad de 62,3 años, con dos picos de incidencia entre los 30 y 50 y mayores de 80, con distribución homogénea entre ambos sexos. Supusieron una estancia media de 18,2 días, con dos picos de incidencia entre los meses de octubre-diciembre y marzo-mayo. La mayoría ingresó en Medicina Interna o UCI. Era una población con alta prevalencia de EPOC, diabetes mellitus y estados de inmunosupresión, siendo VIH + el 13%. Presentaban un cuadro clínico característico con afectación radiológica predominante de los lóbulos inferiores. Se realizó la determina-

Tabla 1. Contribución del antígeno del neumococo al diagnóstico (A-123).

Pruebas diagnósticas (antígeno, hemocultivo, cultivo esputo)	Total	Antígeno positivo	Antígeno negativo
Una prueba diagnóstica	53	39	14
Dos pruebas diagnósticas	16	15	1
Tres pruebas diagnósticas	1	1	0

ción de PCR en el 70% de los pacientes. El 55,7% de los pacientes pudo ser diagnosticado únicamente con la realización de la determinación del antígeno del neumococo, que resultó positivo en el 90,1% de los realizados, el 85% del total de pacientes, a pesar de ser un paso incluido en la guía clínica. El tratamiento fue con levofloxacino, en monoterapia o combinado, en el 60% de los casos. Preciso ingreso en UCI una cuarta parte y fallecieron un 11,4%.

Discusión. Tras la introducción de la guía clínica para el manejo de neumonía en nuestro hospital, que incluye la determinación de PCR inicial y del antígeno del neumococo en orina, así como las pautas de tratamiento antibiótico según la gravedad determinada por la escala de PSI, se ha visto la enorme ayuda que suponen estas determinaciones en el diagnóstico rápido de la neumonía neumocócica y la importancia de la unificación de la antibióticoterapia.

Conclusiones. A pesar de la gran difusión entre los profesionales médicos de las guías de manejo de la neumonía sigue observándose una infrutilización de determinaciones tan valiosas como el antígeno del neumococo en orina y una elección antibiótica basada probablemente más en el amplio espectro que en el conocimiento del patógeno casual y el conocimiento de las resistencias en nuestro área, publicadas periódicamente por el Servicio de Microbiología y enviadas a los facultativos.

A-125

PATOLOGÍA CRÓNICA Y SEPSIS

P. Retamar Gentil¹, M. Portillo², A. Valiente¹, J. Reveriego Blanes¹, M. Rey Rodríguez¹, J. Rodríguez Baño², M. Aguayo Canela¹ y M. De Cueto³

¹Servicio de Medicina Interna "A", ²Unidad de Gestión clínica de Enfermedades Infecciosas, ³Servicio de Microbiología. Hospital Virgen Macarena. Sevilla.

Objetivos. Describir las características clínicas, microbiológicas y pronósticas de los episodios de bacteriemias detectados en nuestros pacientes en función de su patología de base.

Material y métodos. Se incluyen todos los episodios de bacteriemia en pacientes de 14 años o más, confirmados microbiológicamente y clínicamente significativos (presencia de datos clínicos de sepsis en el momento del diagnóstico) en base a criterios estándar, durante los meses de octubre de 2006 a diciembre de 2006 en el hospital HUV. Macarena de Sevilla. De cada registro se han analizado descriptivamente múltiples variables demográficas (edad, género), clínicas (enfermedades de base, índice de Charlson, presentación), microbiológicas (microorganismos aislados en hemocultivo) y pronósticas (Mc Cabe, éxitus a los 14 días). Para los análisis descriptivos de los datos obtenidos se utilizará el programa SPSS.

Resultados. Se detectaron 109 casos, de los cuales 69% eran hombres, 31% mujeres. La edad media fue de 61,21 años (21-89). En cuanto al origen: 40% fueron de la comunidad y 60% nosocomiales. El índice de Charlson medio fue de 2,67. En relación al éxitus a los 14 días: el grupo de pacientes que sobrevivieron a los 14 días presentaron un valor medio de 2,14 y entre los que fallecieron de 3,09. El Índice de Charlson en relación a los criterios de sepsis fue de 1,53 para los que no los presentaban y de 2,58 para los que sí. El pronóstico en relación a la patología de base (índice de McCabe), se correlaciona con la gravedad clínica del cuadro de forma significativa (p 0,05). El éxitus a los 14 días en relación a las categorías de McCabe fue del 18% para el grupo de no fatal, 25% para el grupo de últimamente fatal y del 60% para el grupo de rápidamente fatal. La edad se asocia significativamente a la mortalidad por sepsis, siendo la media en el grupo que fué éxitus de 64 años frente a los 59 años de media en el grupo de supervivientes (p menor de 0,01). Como patología crónica más frecuente: el 29,8% presentaba DM, el 19%

EPOC, el 24% neoplasia sólida, el 9% neoplasia hematológica, 18% inmunodepresión, el 12,3% uropatía obstructiva y el 15% patología digestiva crónica. En relación al microorganismo aislado y el éxitus en 14 días tras bacteriemias según patología de base del paciente: *E. coli* y *klebsiella* fueron los microorganismos más prevalentes sin asociarse de forma significativa a ninguna patología; el grupo que presentó mayor mortalidad fue el de pacientes EPOC con una mortalidad de un 39%; el grupo de insuficiencia renal crónica presentó mayor frecuencia de bacteriemias por *S. aureus* y el grupo de enfermos con neoplasias hematológicas presentaban mayor número de bacteriemias por *Pseudomona aeruginosa* y otros BGN.

Discusión. En nuestro estudio se detectó una asociación significativa entre la edad y el éxitus por sepsis y entre el peor pronóstico según el índice de McCabe y la gravedad clínica de la bacteriemia. La media de los valores del índice de Charlson fue mayor para los pacientes fallecidos y con mayor gravedad clínica. En relación a las patologías crónicas más prevalentes es de destacar la alta mortalidad en el grupo de pacientes sépticos con EPOC (38,9%). Los microorganismos más prevalentes fueron *E coli* y *Klebsiella*, con independencia de la patología de base. Destaca la presencia de *S. aureus* en el grupo de pacientes con IRC, en probable relación con la presencia de catéteres permanentes para diálisis.

Conclusiones. La edad del paciente y la mortalidad esperada según el índice de McCabe se correlacionan con la gravedad y la mortalidad en pacientes sépticos. Sería necesario plantear estudios más amplios para realizar análisis multivariantes que relacionen la patología de base del paciente y los microorganismos que ocasionan las bacteriemias. Es probable que exista relación entre el valor del índice de Charlson, la gravedad clínica y la mortalidad por sepsis.

A-126

ADECUACIÓN DEL TRATAMIENTO ANTIMICROBIANO EMPÍRICO EN UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL

P. Retamar Gentil¹, M. Rey Rodríguez¹, J. Reveriego Blanes¹, A. Prados¹, M. Portillo², J. Rodríguez Baño², M. Aguayo Canela¹ y M. De Cueto³

¹Servicio de Medicina Interna A, ²Unidad de Gestión clínica de Enfermedades Infecciosas., ³Servicio de Microbiología. Hospital Virgen Macarena. Sevilla.

Objetivos. Describir la adecuación del tratamiento empírico antimicrobiano en episodios de bacteriemias en función del patrón de resistencias para cada microorganismo detectado. Describir factores asociados a dicha adecuación, así como la mortalidad entre los casos recogidos.

Material y métodos. Se incluyen todos los episodios de bacteriemia en pacientes de 14 años o más, confirmados microbiológicamente y con presencia de datos clínicos de sepsis en el momento del diagnóstico, de octubre a diciembre de 2006 en el HUV. Macarena de Sevilla. El tratamiento empírico se considerará adecuado si incluye al menos un antimicrobiano activo administrado a dosis estándar durante las primeras 24 horas desde la toma de hemocultivos. La identificación y estudio de sensibilidad se realizará mediante el sistema automatizado VITEK. De cada registro se han analizado descriptivamente múltiples variables demográficas (edad, género), clínicas (diagnósticos, procedimientos), sanitarias (tipo de ingreso y alta, estancia, servicio médico, etc.) y pronósticas (mortalidad a los 14 y 30 días).

Resultados. De los 109 casos recogidos el tratamiento resultó adecuado en el 82,6% de los casos. En relación a los servicios en los que eran recogidos los hemocultivos, la adecuación de el tratamiento empírico en los servicios médicos fue de 84,8% y de un 66,7% en los servicios quirúrgicos. La adecuación fue similar para todos los orígenes, destacando una mayor inadecuación en el caso de bacterie-

mias urinarias (23%) y por catéter (33%). En relación a la gravedad clínica del cuadro, entre los pacientes que presentaban criterios de sepsis, el 20% presentó un tratamiento empírico inadecuado frente al 5% de inadecuación en los pacientes que no los presentaban. En relación al consumo previo de antibióticos el tratamiento empírico fue adecuado en un 87,5% en aquellos que no habían consumido antibióticos en los tres meses previos frente a un 80% de los casos que si lo habían consumido. En relación al tipo de adquisición, el tratamiento empírico fue significativamente menos adecuado en los pacientes con bacteriemia nosocomial (75%) frente a los pacientes con bacteriemias comunitarias (94,4%) p: 0,16 con un RR 0,17. No observamos relación significativa entre la mortalidad y la adecuación del tratamiento, solo un 20% de los éxitos en los primeros 14 días presentaron un tratamiento empírico inadecuado.

Discusión. En nuestros resultados se establece una asociación entre la inadecuación del tratamiento y el origen nosocomial de la bacteriemia, hecho que esté en probable relación con las resistencias desarrolladas por los microorganismos hospitalarios a los antimicrobianos habituales. Por otra parte existen indicios de que el consumo previo de antibióticos pudiera favorecer la inadecuación del tratamiento, hecho relacionado por la presión ambiental ejercida por el consumo abusivo de antimicrobiano, que favorece la aparición de nueva resistencias. También se observa frecuencias mayores de inadecuación en los pacientes con cuadros clínicos más graves, lo que nos debería plantear la utilización de tratamientos de mayor espectro en estos casos.

Conclusiones. El origen de la bacteriemia, el consumo previo de antibióticos y la gravedad clínica del cuadro parecen estar en relación con la inadecuación del tratamiento antimicrobiano. No se ha establecido relación significativa entre la inadecuación del tratamiento y la mortalidad. Sería necesario plantear estudios más amplios para el origen de la bacteriemia, el consumo previo de antibióticos y la gravedad clínica del cuadro parecen estar en relación con la inadecuación del tratamiento antimicrobiano. No parece haber relación entre la inadecuación del tratamiento y la mortalidad. Sería necesario plantear estudios más amplios para aclarar esta relación, así como establecer nuevas hipótesis que expliquen los factores asociados con la mortalidad por bacteriemias en nuestro medio a pesar de un tratamiento antimicrobiano adecuado.

A-127

RENTABILIDAD DIAGNÓSTICA DE LOS CULTIVOS EN LOS PACIENTES CON PIELONEFRITIS AGUDA INGRESADOS EN UNA UNIDAD DE ESTANCIA CORTA

J. Campos Franco, R. López Rodríguez, N. Mallo González, R. Alende Sixto, A. González Quintela y J. Torre Carballada

Servicio de Medicina Interna. Hospital Clínico Universitario. Santiago de Compostela, A Coruña.

Objetivos. La pielonefritis aguda (PNA) es una causa frecuente de hospitalización en nuestro medio. El objetivo de este estudio es analizar la frecuencia, características demográficas, estancia media, rentabilidad y resultados de los cultivos de los pacientes con PNA diagnosticados en nuestra Unidad.

Material y métodos. Se revisaron los informes de alta de los pacientes hospitalizados en nuestra Unidad de Estancia Corta durante el período 1995-2006 con el diagnóstico de "pielonefritis aguda". Se recogieron la edad, sexo, estancia, rentabilidad de los cultivos (urocultivos y hemocultivos).

Resultados. Durante el período de estudio ingresaron en nuestra unidad un total de 9,606 pacientes de los cuales se diagnosticaron de PNA 450 pacientes (87 hombres, 363 mujeres), suponiendo un 4,6% del total de ingresos. La edad media fue de 44 años (rango 16-90 años). La estancia media fue de 3,7 días (rango 1-24 días). La Tª media al ingreso fue de 38,2 °C; la TA arterial media al ingreso fue de 121/72 mmHg y la frecuencia cardíaca media al ingreso fue de 90 lpm. La cifra media de leucocitos fue de 13,807 y la creatinina sérica media fue de 0,92. Los hemocultivos resultaron positivos en 84 pacientes (18,7%); los urocultivos resultaron positivos en 123 pacientes (27,3%). El diagnóstico microbiológico se obtuvo en 179 pacientes (39,8%). *Escherichia coli* fue el microorganismo aislado con mayor frecuencia (87% de los aislamientos).

Conclusiones. La PNA es una causa frecuente de ingreso hospitalario en nuestra unidad de corta estancia. En comparación con otras series similares destaca el bajo porcentaje de pacientes en los que se identificó el microorganismo responsable. En este sentido, un factor a tener en cuenta es el elevado número de pacientes (25,8%) que recibían antibiótico previamente al ingreso.

A-128

ESPONDILODISCITIS INFECCIOSA EN EL SERVICIO DE MEDICINA INTERNA: REVISIÓN DE 7 CASOS

P. Barros Alcalde, L. Roca Pardiñas, S. Fernández Conde, A. Freire Romero, N. Mallo González, J. Fernández Somoza y E. Carballo Arceo

Servicio de Medicina Interna. Complejo Hospitalario Universitario de Santiago. Santiago de Compostela, A Coruña.

Objetivos. Revisión de los casos de espondilodiscitis infecciosa diagnosticados en nuestro servicio de Medicina Interna entre octubre de 2005 y diciembre de 2006, valorando las principales características sociodemográficas, forma de presentación, agentes causales y método diagnóstico.

Material y métodos. Se realiza revisión de 7 casos ingresados en el servicio de Medicina Interna entre octubre de 2005 y diciembre de 2006 por dolor a nivel lumbar y sospecha de espondilodiscitis. La media de edad era de 54 años, con un rango comprendido entre los 29 y los 87 años. Todos los pacientes incluídos eran pacientes sin patologías asociadas de carácter grave excepto 3 de ellos, que habían sido diagnosticados previamente de infección por VIH, síndrome antifosfolípido y disección aórtica severa con reemplazo válvula y endocarditis sobre el injerto.

Resultados. La presentación clínica inicial fue el dolor 6 de los 7 casos, localizado fundamentalmente a nivel dorsal y lumbar. En todos los pacientes se solicitó RMN de columna vertebral como principal prueba diagnóstica, observándose en todos datos radiológicos sugestivos de espondilodiscitis infecciosa con destrucción de cuerpos vertebrales, así como la presencia de masa inflamatoria paravertebral que en ocasiones llegaba a invadir el canal raquídeo ocasionando focalidad neurológica. En 5 de los 7 casos fue necesaria la realización de PAAF y/o biopsia de la masa paravertebral identificando así el agente bacteriano causal. En los dos casos restantes el diagnóstico etiológico fue realizado mediante hemocultivo y PCR en orina. El agente causal identificado en 5 de ellos fue *Mycobacterium tuberculosis*, y en los dos restantes *Staphylococcus aureus* metilicilín sensible y *Streptococcus mutans*. El tratamiento de elección en los pacientes diagnosticados de tuberculosis fue la triple terapia con isoniazida, rifampicina y pirazinamida, considerando necesario el drenaje y la artrodesis posterior de la columna vertebral en tres de ellos. **Discusión.** A pesar de que la principal causa infecciosa de espondilodiscitis y abscesos espinales es el *S. aureus*, la tuberculosis es la actualidad uno de los principales agentes causales dado que todavía es una enfermedad endémica en muchos países. Cuando afecta a la columna vertebral las regiones más frecuentemente implicadas son la torácica baja y la lumbar superior. El diagnóstico a menudo es difícil porque la clínica puede ser inespecífica y los hallazgos radiológicos pueden sugerir otras etiologías como las inflamatorias o tumorales. La RMN es la prueba de elección para hacer el diagnóstico y la típica presentación radiológica es la destrucción de dos o más vértebras contiguas, datos de discitis y frecuentemente colecciones paraespinales. La prueba para confirmar el diagnóstico y asegurar el agente causal es la PAAF guiada por pruebas de imagen. Aunque el tratamiento inicial es el tratamiento antibiótico, la cirugía con o sin estabilización de la columna vertebral puede ser necesaria para la erradicación de la enfermedad.

Conclusiones. Con nuestros datos y en el último año, si tenemos en cuenta todos los casos de espondilodiscitis diagnosticados, la etiología tuberculosa parece más frecuente, pudiendo aparecer incluso en pacientes no inmunocomprometidos por enfermedades de base. El síntoma principal es el dolor óseo en la mayoría de los casos, aunque la manifestación inicial puede ser la fiebre o la debilidad muscular. Es importante el diagnóstico e inicio precoz del tratamiento antibiótico para evitar complicaciones importantes que afecten a la deambulación o incluso a la vida. Generalmente requiere neurocirugía urgente para tratar de impedir déficits neurológicos. La indicación de la cirugía viene determinada por la necesidad de diagnóstico bacterio-

lógico, la presencia de abscesos, refractariedad al tratamiento médico, déficit neurológico o compresión medular y deformidad o inestabilidad de la columna vertebral.

A-129

TRATAMIENTO DE LA ENDOCARDITIS EN UNIDADES DE HOSPITALIZACIÓN A DOMICILIO: UNA ALTERNATIVA EFICAZ

A. Segado Soriano¹, I. Valero¹, E. Calvo Lasso de la Vega², J. De Miguel Yanes², I. Pérez Tamayo³ y V. González Ramallo¹

¹Hospitalización a Domicilio, ²Servicio de Urgencias, ³Servicio de Medicina Interna III. Hospital General Universitario Gregorio Marañón. Madrid.

Objetivos. La endocarditis infecciosa (EI) es una enfermedad grave asociada a estancias hospitalarias prolongadas y mortalidad elevadas. Las Unidades de Hospitalización a Domicilio (UHD) permiten el tratamiento antibiótico intravenoso pero los criterios de ingreso y momento de inicio no están establecidas. Los objetivos son los siguientes: 1º Evaluar las características de los pacientes con EI ingresados en una UHD. 2º Analizar la seguridad del tratamiento domiciliario de la EI. 3º Replantear los criterios restrictivos americanos de tratamiento domiciliario (Andrews and Forham 2001).

Material y métodos. Estudio retrospectivo de 22 pacientes con el diagnóstico de EI ingresados en nuestra UHD (enero de 2004-diciembre del 2006). Estudiamos: demografía, servicio de procedencia, momento del ingreso, cirugía previa, tipo de válvula afectada, microorganismo aislado, antibiótico empleado, necesidad de bomba portátil de infusión, estancia media, complicaciones, mortalidad precoz (durante ingreso y 30 días posteriores) y ahorro de días de hospitalización, cumplimiento de los criterios americanos de ingreso en unidades domiciliarias.

Resultados. De los 22 episodios había un ligero predominio de varones (55% vs 45%), con edad media de 61 años (27-86). Los ancianos (> 70 años) representaban un 41%. La mayoría procedían del Servicio de Medicina Interna (55%), seguido de Cirugía Cardíaca (41%). La media de días de tratamiento antibiótico previo era de 18 (10-39). El 41% habían sido operados previamente. La localización más frecuente es la mitral nativa (27%) y mitral protésica (18%). El aislamiento más frecuente fue el *Streptococcus* grupo *viridans* (50%) seguido de *Staphylococcus aureus* (22%). La monoterapia antibiótica con ceftriaxona supuso el 50%, seguido de Ceftriaxona más gentamicina (32%), usando el sistema de bomba portátil de infusión en el 18%. El 37% presentó complicaciones, la mayoría menores (flebitis, diarrea), reingresaron de forma convencional el 14% y un paciente (5%) falleció. Duración media del tratamiento de 16 días y ahorro de 340 días de hospitalización. Sólo el 30% de los pacientes cumplía los criterios americanos de Andrews and Forham, siendo en el 70% pacientes quirúrgicos o con microorganismos tradicionalmente complejos.

Discusión. Elevada complejidad de pacientes ingresados por EI en la UHD con alta frecuencia de ancianos y de pacientes quirúrgicos. A pesar de ello la evolución es favorable con baja mortalidad y escasos reingresos (14%). Las complicaciones más frecuentes son la diarrea y las flebitis asociadas al uso prolongado de antibioterapia i.v. Los microorganismos más frecuentes coinciden con otras series (*Streptococcus* grupo *viridans*). La antibioterapia i.v. más utilizada fue la Ceftriaxona en monodosis. La UHD se demuestra en esta serie como alternativa eficaz y segura para completar el tratamiento antibiótico parenteral de la EI, a partir de un mínimo de diez días de hospitalización convencional. En sólo el 30% de los casos se cumplen

los criterios americanos, sin que por ello disminuya la seguridad ni la eficacia del tratamiento domiciliario, todo ello creemos que obliga a replantearse dichos criterios en nuestro medio. Por último hay que tener en cuenta el ahorro considerable de días de hospitalización, por las gerencias hospitalarias de cara a potenciar las UHD dentro de Medicina Interna.

Conclusiones. 1) Elevada complejidad de pacientes ingresados por EI en nuestra UHD, con evolución favorable, bajamortalidad y escasos reingresos. 2) La etiología más frecuente es el *Streptococcus* grupo *viridans* y la antibioterapia i.v. más utilizada la Ceftriaxona. 3) La UHD es una alternativa eficaz y segura para completar el tratamiento antibiótico parenteral de la E.I, lo cual obliga a replantearse los criterios americanos en nuestro medio. 4) Ahorro considerable de días de hospitalización, lo cual debe ser considerado por las gerencias hospitalarias de cara a potenciar las UHD dentro de M. Interna.

A-130

ACTINOMICOSIS PULMONAR EN UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL (2002-2007)

M. Polvorosa Gómez¹, S. Inés Revuelta¹, M. Marcos Martín¹, T. Villaescusa de la Rosa¹, M. Porrero Alfaro¹, T. Santos Jiménez², C. De la Calle Cabrera¹ y G. Luna Rodrigo¹

¹Servicio de Medicina Interna, ²Unidad de Documentación y Archivo Clínico. Hospital Universitario de Salamanca. H. Clínico. Salamanca.

Objetivos. La actinomicosis pulmonar constituye una enfermedad muy infrecuente, con series reducidas de casos publicadas en la literatura. Planteamos nuestro estudio para valorar la incidencia y características clínicas de la actinomicosis de localización pulmonar en nuestro hospital.

Material y métodos. Estudio retrospectivo a partir de la revisión de todos los casos con diagnóstico de actinomicosis al alta hospitalaria entre enero de 2002 y junio de 2006 en un hospital de tercer nivel. Una vez identificados los pacientes con diagnóstico de actinomicosis pulmonar se recogieron los datos relativos a las características y evolución de la misma.

Resultados. Entre enero de 2002 y julio de 2007 se identificaron 10 pacientes con diagnóstico al alta de actinomicosis. De ellos, 4 presentaban afectación pulmonar, 4 afectación cervical, uno afectación pulmonar y cervical concomitante y otro abdominal. Los datos relativos a las características clínicas de los cinco pacientes con actinomicosis pulmonar se presentan en la tabla 1. La evolución con tratamiento fue favorable en todos los pacientes, excepto en el caso número 3, rechazando la intervención quirúrgica ofrecida.

Discusión. En nuestra serie encontramos que la actinomicosis pulmonar representa el 50% de los casos de actinomicosis diagnosticados, cifra superior a las comunicadas en la literatura. La forma de presentación más frecuente, al igual que en otras series, es tos con expectoración, seguido por disnea. La inespecificidad de la clínica y la escasa rentabilidad de las pruebas complementarias no agresivas continúan provocando un alto índice de retraso diagnóstico, que se realiza en 3 casos mediante PAAF y en uno mediante biopsia. El tratamiento utilizado han sido las penicilinas endovenosas en primer lugar y posteriormente de forma oral, durante un tiempo prolongado, tal y como se recomienda habitualmente, con buena evolución.

Conclusiones. La actinomicosis pulmonar constituye una enfermedad muy infrecuente, aunque es una forma tan habitual de presentación como la actinomicosis cervicofacial. Es importante tener presente el diagnóstico de esta enfermedad para evitar retrasos diagnósticos, considerando siempre la necesidad de obtener muestras para

Tabla 1. (A-130).

Sexo/años	AP	Clínica	Diagnóstico	Retraso diagnóstico	Tratamiento
H/72		Hemoptisis	Biopsia	1 mes	Lobectomía penicilina
H/32		Expectoración purulenta	PAAF	6 meses	Penicilina
M/77	IAM	Disnea	PAAF	7 meses	Penicilina
H/77	DM EPOC	Disnea	PAAF	Casual	Amoxicilina doxiciclina
H/81	Mieloma múltiple	Hemoptisis	Cultivo de esputo	4 meses	Ampicilina amoxicilina

estudio citológico/anatomopatológico dada la escasa rentabilidad de otras pruebas.

A-131

ESTUDIO OBSERVACIONAL SOBRE CRITERIOS DE INGRESO Y MORTALIDAD DE NEUMONÍAS ADQUIRIDAS EN LA COMUNIDAD (NAC) EN LA SALA DE MEDICINA INTERNA DE UN HOSPITAL DE AGUDOS. APLICABILIDAD DEL ÍNDICE PRONÓSTICO DE SEVERIDAD

V. González Vallés, L. Deus Della Bernardina, J. Pérez Silvestre y A. Herrera Ballester

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

Objetivos. El objetivo de nuestro estudio es recoger la indicación de ingreso y la mortalidad de las neumonías adquiridas en la comunidad en la sala de medicina interna utilizando las indicaciones por categoría de riesgo de mortalidad descritas por Fine et al.

Material y métodos. Se recogieron las neumonías adquiridas en la comunidad en pacientes mayores de 18 años ingresados en la sala de medicina interna. Se definió la NAC como presencia de sintomatología compatible junto con demostración de infiltrado de aparición reciente en la radiografía de tórax. Se excluyeron los infectados por VIH, los dados de alta en los 7 días previos al diagnóstico, los que desarrollaron NAC después de las 72 horas del ingreso, los trasladados desde otro hospital y la neumonía aspirativa. Se recogieron datos clínicos, radiológicos y de laboratorio necesarios para calcular el IPS. También se registraron otros datos como tabaquismo, enolismo, tratamiento antibiótico inicial y al alta, datos microbiológicos (antígenos de *Legionella pneumophila* y neumococo en orina) y radiológicos. Para valorar la mortalidad a los 30 días, los pacientes dados de alta antes de los 30 días o con estancias superiores a 30 días se consideraron vivos. El análisis estadístico se realizó con el programa SPSS versión 11.0.

Resultados. Se recogieron de forma prospectiva 22 casos de neumonía ingresados de mayo a junio de 2007. El 54,5% (12) eran mujeres y el 95,5% (21) eran mayores de 50 años, con un rango de edad de 19 a 91 años y una media de 74,8 años. La estancia media hospitalaria fue de 10 días. Sólo 3 (13,6%) pacientes provenían de residencias. La patología más prevalente era la insuficiencia renal, 36,4% (8) de los casos, seguida de la insuficiencia cardíaca, 27,3% (6). El porcentaje de tabaquismo y enolismo fue de un 9,1%, respectivamente. Un 27,3% (6) tenían diabetes mellitus. En la radiología de tórax la condensación más frecuente fue unilobar (63,6%), seguida de bilobar (9,1%) y multilobar (4,5%). Sólo un 18,2% (4) tenían derrame pleural. En 5 pacientes no se observó condensación radiológica al ingreso. En la gasometría arterial en urgencias, el 64,3% (9) se encontraban en insuficiencia respiratoria hipoxémica. Los antígenos en orina se recogieron en un 72,7% (16), con resultado negativo en un 62,5% (10), frente a un 31,3% (5) positivos para neumococo y sólo un 6,3% (1) para legionella. El antibiótico más utilizado al ingreso fue levofloxacino (40,9%), seguido por ceftriaxona (27,3%) y por su asociación con claritromicina (13,9%). Al alta se pautó tratamiento antibiótico en un 72,7% (16), siendo también levofloxacino el más frecuente (43,8%). La puntuación media de IPS fue 121,68 puntos. El 86,4% (19) pertenecían a las categorías IV (91-130 puntos) y V (> 130) de Fine asociadas a un riesgo moderado-alto de mortalidad, seguidos por la categoría III (71-90 puntos, riesgo bajo) con un 9,1% (2) de los pacientes y sólo 4,5% (1) en la categoría II (< 70, riesgo bajo). El 90,9% de los pacientes fueron dados de alta. Se produjeron únicamente 2 éxitos (9,1%), ambos en la categoría IV de Fine. Ninguno de los pacientes (40,9%) de la categoría V falleció, a pesar de ser considerados de alto riesgo de mortalidad.

Conclusiones. En nuestro estudio, el 86,4% (19) de pacientes correspondían a las categorías IV y V, en las que está justificado su ingreso. En el 13,6% (3) de los casos, pese a ser de bajo riesgo, el ingreso se justificaba por la comorbilidad asociada (parálisis cerebral infantil, neumonías de repetición, fibrilación auricular, etc) no recogida entre las variables de estudio. Se produjeron sólo 2 éxitos (9,1%), ambos en la categoría IV, que es de riesgo moderado de mortalidad. Llamaba la atención por el contrario, que ninguno de los pacientes (40,9%) de la categoría V falleció, a pesar de considerarse de alto riesgo. Se puede concluir, por tanto, que el IPS es un instrumento

útil en la estratificación de enfermos con neumonía por riesgo de mortalidad y su utilización puede servir de ayuda en la toma de decisiones sobre ingreso hospitalario u otras modalidades de tratamiento. Cabe añadir que existen otros aspectos no recogidos en el IPS que pueden justificar también el ingreso.

A-132

HEMOCULTIVOS EN LA SEPSIS: SIGNIFICADO CLÍNICO

A. Pérez Ramírez¹, A. Martínez Riera¹, M. Alemán Valls¹, E. Martín Ponce¹, E. González Reimers¹, J. Viña¹, M. Cuervo² y F. Santolaria Fernández¹

¹Servicio de Medicina Interna, ²Laboratorio microbiología.

Hospital Universitario de Canarias. San Cristóbal de La Laguna, Santa Cruz de Tenerife.

Objetivos. Estudiar las características clínicas de los pacientes con hemocultivos positivos: los factores predisponentes, la reacción de fase aguda, la disfunción de órganos y si se relacionan con un peor pronóstico.

Material y métodos. En 210 casos diagnosticados de sepsis (2 o más criterios de SIRS y evidencia de infección), 122 varones y 88 mujeres, edad media de 60,6 ± 1,2 años y a los que se extrajeron 2 o más hemocultivos, se determinan citocinas proinflamatorias: TNF α , IL-6 y TREM-1 y antiinflamatorias: IL-10 e IL-1ra, CD14, LBP (proteína transportadora del lipopolisacárido) y PCR. El 16,2% tenía sepsis, 46,2%, sepsis grave, 28,1% shock séptico y 9,5% fallo multiórgano (FMO). Fallecieron 38 (18,1%) pacientes.

Resultados. En 63 casos (30%) los hemocultivos fueron positivos; en 25 casos se trataba de contaminantes mientras que en 38 (18%) eran patógenos. Los hemocultivos positivos fueron más frecuentes en los enfermos diabéticos. El foco de sepsis se relacionó con la positividad: 40% en la sepsis biliar, 33,3% en la abdominal, 35% en la urinaria, 13,3% en la cutánea y 12,6% en la pulmonar. La positividad aumentó con la gravedad: 2,9% en la sepsis, 18,6% en la sepsis grave, 23,7% en el shock séptico y 25% en el FMO. Los enfermos con hemocultivos positivos tenían un aumento significativo de las citocinas proinflamatorias (TNF α e IL-6), antiinflamatorias (IL-10 e IL1ra), de la LBP, también de la PCR, de la alfa1antitripsina y de los leucocitos, y disminución de la transferrina, de la prealbúmina y de la fuerza en la dinamometría. Los pacientes con hemocultivos positivos tenían mayor gravedad, con mayor incidencia de alteración de la conciencia, oliguria y aumento del BUN; los enfermos con un SOFA superior a 10 tenían hemocultivos positivos en el 54%. Los pacientes con hemocultivos positivos fallecieron en el 26,3% frente al 18% de los que tenían hemocultivos negativos (diferencias no significativas).

Conclusiones. La presencia de hemocultivos positivos se relaciona con una reacción de fase aguda más intensa y una mayor gravedad de la sepsis.

A-133

ZOSTER Y AFECTACIÓN DEL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL: SERIE DE CASOS

A. Culebras López¹, A. Assaban¹, F. Gutiérrez Marcos¹, M. Rascón Risco², J. Hernández Rey¹, A. López de Guzmán¹, A. Rebollar Merino¹ y G. Marabé¹

¹Servicio de Medicina Interna, ²Unidad de Cuidados Intensivos.

Hospital Universitario Príncipe de Asturias. Alcalá de Henares, Madrid.

Objetivos. Descripción de diez casos de afectación del sistema nervioso central (SNC): Meningitis, Encefalitis, Mielitis, y Vasculopatía, por Virus Herpes Zoster (VHZ), entre julio del 2006 y junio del 2007, ingresados en nuestro hospital. Es rara en primoinfección (Varicela), y aún más en reactivación (Zoster). Saber que la Encefalitis se reconoce como una Vasculopatía de grandes vasos (inmunocompetentes con lesiones cutáneas); y de pequeños vasos (inmunodeprimidos sin lesión cutánea); siendo la complicación más frecuente del Zoster que afecta al SNC. Se produjo un pico de incidencia en un período de cuatro meses, (sin clara relación epidemiológica ni geográfica), la mayoría eran inmunocompetentes, y no todos con lesión cutánea. El diagnóstico en la mayoría fue de sospecha (clínico, LCR, y neuroimagen), con DNA para virus por PCR en LCR sólo en tres

casos. Todos ellos buena evolución y respuesta a Aciclovir intravenoso, y esteroides en los que presentaron Vasculopatía. Conocer estas complicaciones, el perfil de pacientes, el diagnóstico de sospecha, y la obtención precoz de PCR en LCR para su confirmación, es fundamental para el correcto tratamiento.

Material y métodos. Registro de ingresos en S^o de Neurología y Medicina Interna del Hospital Príncipe de Asturias de Alcalá de Henares, entre julio del 2006 y junio del 2007. Recogida de datos epidemiológicos de los pacientes (edad, sexo, raza, situación geográfica, estado inmunológico basal, enfermedades previas...), anamnesis y exploración física, análisis de sangre y LCR, cultivos de sangre, orina y LCR, y pruebas de neuroimagen (TC y RM craneal). Posteriormente, recopilación de DNA para Virus neurotrofos por PCR en LCR, enviados al Instituto de Microbiología Carlos III (Majadahonda).

Resultados. Casos: tres Meningitis, cinco Encefalitis, una Mielitis transversa, y un síndrome de Ramsay - Hunt y Zoster oftálmico con Vasculitis cerebral. Edad entre 30 y 90 años. Sin predilección por sexo (varón/mujer: 5/5), y de raza blanca. Ocho de diez, presentaron Zoster cutáneo (metamérico dorsal-cervical, primera rama del trigémino, Ramsay-Hunt y oftálmico, siendo todos inmunocompetentes). Dos sin afectación cutánea inmunocomprometidos (antiTNF por artritis reumatoide, esteroides por EM y Linfoma). Ocho casos entre febrero-Mayo del 2007, sin clara relación epidemiológica ni geográfica. Dos con Vasculopatía de gran vaso (ACM). Tres con positividad de DNA de VHZ por PCR en LCR (muestra en primeros siete días, el resto más tarde). Todos buena evolución con Aciclovir intravenoso a dosis de 10-15 mg/kg/8 horas 3 semanas, más en inmunodeprimidos; y esteroides (Prednisona 60-80 mg/día), en Vasculopatía.

Discusión. El VHZ es una causa infrecuente de Meningoencefalitis, algo más típica en inmunodeprimidos. Sin embargo, el 80% de la serie eran inmunocompetentes. No predilección por sexo, edad variable, no clara relación geográfica ni epidemiológica, sí un pico de incidencia entre febrero y mayo del 2007. Actualmente, esta encefalitis se considera una Vasculopatía que afecta a grandes vasos (inmunocompetentes con afectación cutánea); y de pequeño vaso (inmunodeprimidos sin lesiones cutáneas), coincidiendo este dato sobre afectación cutánea en nuestra serie, no así en la vasculopatía. Todos ellos, diagnóstico de sospecha con clínica, LCR y neuroimagen compatibles. Sólo en tres casos confirmación por positividad de la PCR para VHZ. La PCR detecta el DNA viral en 12-24 horas, la negatividad excluye el diagnóstico, pero la sensibilidad del 95%, tras 11-20^o día disminuye hasta el 30%, como ocurrió en nuestra serie de casos. Es fundamental el diagnóstico precoz para instaurar tratamiento con Aciclovir intravenoso, y añadir esteroides cuando exista Vasculopatía asociada.

Conclusiones. Encefalitis como complicación más frecuente del Zoster que afecta al SNC. Diferente presentación dependiendo de situación inmunológica de base. Diagnóstico de sospecha en la mayoría, de ahí la importancia de la obtención precoz de PCR en LCR para su confirmación y correcto tratamiento.

A-134 **CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS, EPIDEMIOLÓGICAS Y MICROBIOLÓGICAS DE LA ENDOCARDITIS INFECCIOSAS ATENDIDA EN EL PERÍODO DE UN AÑO EN UN HOSPITAL DOCENTE DE LA REGIÓN DE MURCIA**

A. Muñoz Pérez¹, E. Bernal Morel¹, I. Marín Marín², T. Vicente Vera² y A. Cano Sánchez¹

¹Sección Enf. Infecciosas. Servicio Medicina Interna, ²Sección de Cardiología. Servicio de Medicina Interna. Hospital General Universitario Reina Sofía. Murcia.

Objetivos. 1) Establecer la tasa de incidencia de pacientes diagnosticados de EI en el periodo de un año en un Hospital docente de tercer nivel y factores asociados. 2) Realizar estudio descriptivo de las características clínicas, epidemiológicas y microbiológicas.

Material y métodos. Se analizaron todos los ingresos ocurridos en el periodo comprendido entre el 01/03/06 al 01/03/07 en El Hospital Reina Sofía de Murcia. Dicho Hospital es un Centro de tercer nivel con 288 camas que atiende una población de 191.000 habitantes. En dicho periodo se registraron un total de 10927 ingresos totales de los cuales 24 correspondieron al diagnóstico de Endocarditis Infecciosa (EI). Se incluyeron pacientes mayores de 14

años diagnosticados de EI según los criterios de Durack modificados. Se analizaron los siguientes factores de riesgo de adquisición de endocarditis: manipulaciones orodentarias, manipulaciones invasivas, portador de catéter venoso central, UDVP, implantación de prótesis valvular, infección cutánea estafilocócica concomitante, presencia de cardiopatía previa, antecedente de endocarditis previa. Se analizaron los distintos resultados microbiológicos, obteniéndose al menos 2 hemocultivos en todos los pacientes y estableciéndose las distintas categorías de EI: asociada al uso de drogas por vía parenteral (UDVP), nosocomial y en población general no seleccionada.

Resultados. La edad media de los pacientes diagnosticados de EI es de 65 años (28-85 años). Se establecen tres categorías: UDVP en el 16,7%, Nosocomial 33,3% y población general no seleccionada en el 66,7%. En el 13,3% de los casos no se identifica factor de riesgo asociado. Dentro de estos factores de riesgo: la manipulación orodentaria (20,8%), manipulaciones invasivas (20,8%), marcapasos 16,7%, catéter venoso central (16,7%), presencia de endocarditis previa (26,1%), cardiopatía previa (43,5%), valvulopatía reumática (9,1%), valvulopatía degenerativa (13,6%). La válvula más afectada es la V. aórtica en el 37,5%. Los aislamientos microbiológicos más frecuentes: 13 casos se aisló *Staphylococcus coagulasa* negativo (54,2%), *S. epidermidis* (20,4%), *S. aureus* en 3 casos, *S. viridans* 3 casos, SARM en 1 caso, *Enterococo faecalis* en 1 caso, *S. sanguis* en otro caso y 2 casos no hubo aislamiento microbiológico. Todos estos resultados fueron analizados con el programa SPSS 12.0.

Discusión. La EI es una patología relativamente poco frecuente con una incidencia estimada en torno al 0,3-1 por 1000 ingresos hospitalarios año en hospitales de tercer nivel según las últimas revisiones realizadas. Hemos realizado un estudio retrospectivo de los ingresos comprendidos en el periodo de un año con el diagnóstico de EI, en un Hospital con capacidad docente, analizando las características epidemiológicas, clínicas, microbiológicas y comparando dichos datos respecto a los comunicados en la literatura médica con otro hospital de características similares. La introducción de la ecocardiografía transesofágica, el perfeccionamiento de las técnicas microbiológicas y serológicas y de biología molecular permiten un diagnóstico más precoz lo que quizás implique un incremento en la incidencia objetivada en nuestra serie, con un cifra de 2,2 por 1.000 ingresos hospitalarios en el año de estudio, no apreciándose diferencias en cuanto a las características clínicas ni epidemiológicas. Hemos objetivado una diferencia en cuanto a los aislamientos microbiológicos más frecuentes orientándose claramente hacia el *Staphylococcus coagulasa* negativo (SCN) con un 54%, posiblemente en el contexto del aumento de EI nosocomiales en pacientes politratados.

Conclusiones. 1) Hemos objetivado un claro aumento de la incidencia de EI en nuestro Centro, con respecto a la incidencia publicada en otros centros de características similares. 2) Las características clínicas y epidemiológicas son similares a las recogidas en otras series publicadas. 3) El SCN constituye el aislamiento microbiológico más frecuentemente encontrado en un 54% de los hemocultivos.

A-135 **LINFADENITIS TUBERCULOSA EN PACIENTES VIH-NEGATIVOS EN UN SERVICIO DE MEDICINA INTERNA, EN HOSPITAL TERCIARIO DE MADRID**

M. Mialdea¹, F. Ferrere¹, J. Fresneda¹, I. Barbolla¹, A. Benito², E. Mampaso³ y G. Fraile¹

¹Servicio de Medicina Interna, ²Servicio de Anatomía Patológica, ³Servicio de Microbiología. Hospital Ramón y Cajal. Madrid.

Objetivos. Describir las características epidemiológicas, clínicas, diagnósticas y terapéuticas de los pacientes VIH negativos, diagnosticados de adenitis tuberculosa durante un año en consultas externas del servicio de Medicina Interna de un hospital terciario (Hospital Ramón y Cajal) de Madrid.

Material y métodos. Estudio de cohortes históricas (retrospectivas) mediante historias clínicas de 12 pacientes con tuberculosis ganglionar. **Resultados.** Edad media: 50 años, 9 mujeres (4 de ellas entre 70 y 80 años) y 3 varones. Del total sólo 2 tenían antecedente de tuberculosis conocida y tratada. La localización ganglionar más frecuente fue supraclavicular y única en 5 casos, cervical y única en 4, varios nódulos cervicales en 1, glándula submandibulares bilaterales en 1 y axilar en 1, siendo en general los ganglios entre 1,5 y 3 cm de diámetro. Ningún paciente tenía enfermedad de base significativa ni

inmunodeficiencia. Sólo 1 tenía antecedente de hepatitis por VHC, tratado con Interferón, con PCR-VHC negativa en la actualidad. Ningún paciente presentó sintomatología sistémica ni respiratoria, siendo el estudio de extensión negativo en todos ellos. El diagnóstico se confirmó realizando una punción-aspiración con aguja fina (PAAF) en 10 y mediante biopsia excisional en 2 pacientes. La PCR mediante amplificación de la 16SrRNA para *M. tuberculosis* fue positiva en el 10 de 10 casos realizados (100%); se observaron bacilos ácido-alcohol resistentes (BAAR) por tinción Ziehl-Auramina en 5 casos y los cultivos en medio de Lowenstein fueron positivos en 8 muestras. El examen histológico reveló lesión granulomatosa en 11 pacientes (necrotizante en 8 y no necrotizante en 3) y linfadenitis reactiva en 1 paciente. La radiografía de tórax fue normal en todos menos 2 que presentaban cambios fibróticos. El Mantoux fue positivo en los 4 pacientes en los que se realizó. Todos los pacientes recibieron tratamiento antituberculoso con tres fármacos durante 6 meses, con buena tolerancia salvo 1 caso de hipertransaminasemia por pirazinamida. La respuesta al tratamiento en los casos sin extirpación ganglionar (2) fue hacia la disminución del tamaño ganglionar en 6 casos, reducción a la mitad en 1, persistencia de la adenitis en 1 caso y 1 paciente presentó marcado crecimiento adenopático después del inicio de la terapia antituberculosa.

Conclusiones. En nuestra serie se observa un número significativo de casos en pacientes inmigrantes y entre los españoles, llama la atención que la mitad aproximadamente corresponden a mujeres ancianas. Todos los pacientes presentaron como único signo adenopatía única, sin otras patologías asociadas. El diagnóstico se realizó fundamentalmente por citología, precisándose varias muestras para estudio de PCR que fue positiva en el 100% de los casos, siendo las tinciones de Auramina diagnósticas en el 50% y los cultivos de Lowenstein en el 66% de los casos, por lo que la PCR mediante amplificación de la 16SrRNA para *M. tuberculosis* se considera en este momento la prueba más sensible para el diagnóstico de las adenitis tuberculosas. Se precisan más estudios para conocer su valor en el seguimiento de los pacientes con este diagnóstico.

A-136 BACTERIEMIAS POR ANAEROBIOS EN EL AÑO 2006 EN LA FHA: ESTUDIO DESCRIPTIVO

C. Aranda Cosgaya¹, M. Delgado Yagüe¹, A. Delgado Iribarren², J. Ruiz Giardin³ y J. Losa García¹

¹Servicio de Medicina Interna, ²Servicio de Microbiología. Fundación Hospital Alcorcón. Alcorcón, Madrid. ³Servicio de Medicina Interna. Hospital de Fuenlabrada. Fuenlabrada, Madrid.

Objetivos. Describir las características de los pacientes que han presentado una bacteriemia por anaerobios en el año 2006 en la Fundación Hospital Alcorcón. Valoración de posibles factores pronósticos y/o diagnósticos para este tipo de bacteriemias.

Material y métodos. Revisamos Historia Clínica en formato electrónico de 23 pacientes que presentaron Hemocultivos positivos para un germen anaerobio durante el año 2006 en la Fundación Hospital de Alcorcón. Para cada paciente registramos los siguientes datos: edad y sexo, foco infeccioso sospechado en el momento de extracción de los hemocultivos y foco demostrado al alta, TA en el momento de la extracción, origen de la bacteriemia (Nosocomial/Residencia/adquirida en la comunidad), antecedentes de manipulaciones hospitalarias en los 7 días previos a la extracción (vasculares o no vasculares), indicación de cirugía y realización de la misma, éxito, antibiótico empírico utilizado, germen aislado en el hemocultivo y la sensibilidad antibiótica por antibiograma. Analizamos los resultados con el programa SPSS 12.0.

Resultados. Durante el año 2006 se documentaron en la FHA, 568 bacteriemias, de las cuales 23 (4,1%) fueron producidas por gérmenes anaerobios. La edad media de los pacientes fue de 64,6 años (SD 17,1). Eran 12 varones (54,5%) y 10 mujeres. 16 de las bacteriemias fueron adquiridas en la comunidad (72,7%), 2 hospitalarias (9,1%) y 4 procedentes de Residencia de Ancianos. Se registraron 4 éxitos (19%). De todos los pacientes, 8 habían recibido manipulaciones vasculares (o extravasculares intervencionistas) en los 7 días previos a la extracción del hemocultivo. En 10 de los pacientes estaba indicada la cirugía, realizándose finalmente en 8 de ellos. En cuanto al foco de la bacteriemia, en 14 de los pacientes se demostró origen infradiaphragmático (63,6%), 4 presentaban foco supradiaphragmático

(18,2%) y otros 4 presentaban origen de piel y partes blandas. Los microorganismos más frecuentemente aislados fueron *Bacteroides* spp (10 pacientes que representaban un 45,5%), *Clostridium* spp. (8 pacientes/36,4%) y anaerobios de la boca (*Prevotella* y *Peptostreptococcus*). De las bacteriemias originadas por debajo del diafragma, 5 eran por *Clostridium* spp. (35,7%), 8 por *Bacteroides* spp. (57,1%) y una por *Prevotella* spp. (7,1%). Los antibióticos empíricos más utilizados fueron las Cefalosporinas (8 pacientes/38%), los Carbapenems (5 pacientes/23,8%) y el Amoxi-clavulánico (5 pacientes/23,8%). El 100% de los *Bacteroides* spp. fueron sensibles a Amoxi-clavulánico y Metronidazol. El 77,5% de los *Clostridium* spp fueron sensibles a Penicilina. En el 100% de los casos el germen era sensible al antibiótico empírico utilizado. El único factor independiente para mortalidad estadísticamente significativo fue la edad ($p < 0,05$). No hubo diferencias estadísticamente significativas en cuanto a mortalidad para el foco, el germen ni la realización de cirugía.

Conclusiones. Las bacteriemias por anaerobios son procesos poco frecuentes en nuestro medio (tan sólo un 4% de las bacteriemias). El foco más frecuente de origen es el abdominal, tanto en pacientes quirúrgicos como en no-quirúrgicos. Los gérmenes aislados en el año 2006 en la FHA eran sensibles en su inmensa mayoría a los antibióticos utilizados de forma empírica ante la sospecha de infección por anaerobios. No hemos encontrado diferencias estadísticamente significativas en cuanto a mortalidad para el foco, germen, indicación de cirugía ni origen de la bacteriemia (extrahospitalaria/hospitalaria); la razón más probable de la ausencia de significación estadística es el bajo número de bacteriemias registradas por gérmenes anaerobios ($n = 23$).

A-137 ESTUDIO EPIDEMIOLÓGICO DE PALUDISMO EN POBLACIÓN INMIGRANTE EN LA ISLA DE TENERIFE M. Vélez Tobarias¹, J. Ruiz Lacambra², D. García Rosado², C. Rodríguez López², R. Sánchez Flórez³, I. Montesinos Hernández⁴ y E. Llabrés Valenti¹

¹Servicio de Medicina Interna, ²Servicio de Microbiología. Complejo Hospital Universitario Ntra. Sra. de Candelaria. Santa Cruz de Tenerife, Santa Cruz de Tenerife. ³Servicio de Medicina Interna, ⁴Servicio de Microbiología. Hospital Universitario de Canarias. San Cristóbal de La Laguna, Santa Cruz de Tenerife.

Objetivos. En relación con la denominada inmigración ilegal y con la situación geográfica de las Islas Canarias asistimos con frecuencia a pacientes con Paludismo. Describimos a continuación las características clínicas y epidemiológicas de los casos de Malaria atendidos en los dos Hospitales de referencia de Tenerife en el último año.

Material y métodos. Realizamos un estudio descriptivo y retrospectivo de 56 inmigrantes afectos de Malaria atendidos en el último año en el Hospital Nuestra Señora de la Candelaria y el Hospital Universitario de Canarias.

Resultados. El 100% eran varones, entre 14 y 35 años, de procedencia desconocida el 54%, Senegal 34,5%, Gambia y Guinea con dos casos respectivamente. El motivo principal de consulta fue fiebre 100%, cefalea 43,2%, dolor abdominal 56% y malestar general 56%. En la exploración física presentaban hepatomegalia 25%, esplenomegalia 10,9%, deshidratación 27%, taquicardia 20% e hipotensión 10,9%. El 74% presentaba trombopenia (< 150.000), el 32% anemia, 16,3% leucopenia, 23,63% hipertransaminemia, 20% disminución TP y el 10,9% alteración perfil renal. El 92% de los frotis fueron positivos a *P. falciparum*, un caso de parasitación mixta y el 8% *Plasmodium* spp. En el 8,5% (4) el índice parasitación $> 20\%$. El 81,8% ingresaron en Medicina Interna, 3,57% (2) casos en UMI y el 14,5% se trató en urgencias. La estancia media fue de 5,78 días. El tratamiento fue Sulfato de Quinina y Doxiciclina (7 días) 61,8%, Atovacuona-Proguanil (3 días) 27,27% y Sulfato de Quinina durante (3 días) y doxiciclina (7 días) 5,35% (3). El 89,1% de los casos se corresponden con Malaria no complicada. No hubo mortalidad.

Conclusiones. Se trata de un grupo de población masculina joven y sana que proceden de países endémicos de malaria, lo cual les confiere una inmunidad parcial adquirida que se corresponde con la escasa repercusión clínica observada. La importación de enfermedades tropicales con un perfil clínico y epidemiológico determinado requiere de un nuevo enfoque sanitario para consensuar actitudes diagnóstico-terapéuticas.

A-138 INFECCIÓN DISEMINADA POR *MYCOBACTERIUM AVIUM* COMPLEX EN PACIENTES VIH

J. Ruiz Hernández, D. Godoy Díaz, S. Suárez Ojeda,
J. Martín Armas, J. Artiles Vizcaino, M. Hemmersbach-
Miller y P. Betancor León

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

Objetivos. Descripción de 3 casos con características clínicas particulares.

Material y métodos. Revisión de historias clínicas.

Resultados. Caso 1: varón de 37 años, ingresa para tratamiento de retinitis por CMV. Antecedentes de VIH, CD4 menores a 50 ml, recibiendo TARGA y profilaxis de MAC (Azitromicina). En TC se demuestran adenopatías abdominales múltiples sin visceromegalias. La médula ósea resultó positiva para Micobacterias. El paciente recibió múltiples tratamientos antibióticos y sufrió 4 episodios de trombosis venosa en relación con cateterizaciones, sin demostrarse ningún otro factor de hipercoagulabilidad. Caso 2: varón de 44 años con antecedentes de consumo de cocaína inhalada. Ingresó por cuadro constitucional, con diarrea ocasional y disfgia. A la exploración destacan micosis orofaríngea, adenopatías cervicales y hepatoesplenomegalia. En cuanto a parámetros analíticos destacar leucocitos totales de 2.090 m/l (2 CD4), LDH de 7.03U/l y b-2-microglobulina 3,71 mg/ml. TAC: lesiones cavitarias en lóbulos superiores. Médula ósea normal. Gastroscoopia: linfangiectasias. Mantoux 0 mm. Carga viral 750.000 copias. LBA positivo para micobacterias. El diagnóstico de certeza lo dio la biopsia duodenal (*Mycobacterium avium intracelulare*) Caso 3: Varón de 47 años, con antecedentes de Infección VIH y VHC. Lúes latente tardía tratada. Endoftalmítis por cándida. Neumonía por *Pneumocistis jirovecii* en 1997. TARGA irregular hasta hace 1 año. Carga viral 45.900 copias, CD4 17. Acude a Urgencias por somnolencia y taquipnea tras ingesta de tóxicos. A la exploración destaca midriasis derecha, obnubilado aunque sin focalidad ni signos meníngeos. Taquipneico sin distress, crepitantes en bases. Afebril y hemodinámicamente estable. Leucocitos 5.900 m/L, linfocitos totales 1.100 ml. Bq normal. Serología micoplasma, *Coxiella*, *Chlamydia*, Herpes, *Influenza*, Adenovirus negativo. Hemocultivos x3 negativos. LCR: acelular, proteinorraquia y glucoorraquia normales, ADA 4 U/L, VDRL y Ag Criptococo negativos, así como cultivo aerobio, anaerobio y hongos. RxTx áreas de vidrio deslustrado bibasales. CT cráneo anodino. El paciente recibe tratamiento antibiótico de amplio espectro con mejoría parcial, aunque persiste deterioro funcional. En cultivo LCR para micobacterias se aísla *Mycobacterium avium* complex, por lo que inicia tratamiento con Rifabutina, Azitromicina y Etambutol.

Discusión. El primer caso nos hace pensar en MAC como un actor principal en la patogenia de la trombosis como resultado de posible toxicidad directa sobre el endotelio. El caso 2 nos sugería inicialmente un linfoma, pero resultó un caso raro de afectación intestinal de MAI enfermedad diseminada como causa de muerte en un paciente naïve. El caso 3 demuestra el papel de MAI como productor de meningitis en un paciente VIH, resultando llamativo lo anodino del líquido cefalorraquídeo en el momento de máxima expresividad del cuadro confusional. **Conclusiones.** La infección diseminada por MAC es una complicación poco frecuente pero puede resultar muy grave en pacientes VIH con estado inmunológico deteriorado. Las manifestaciones pueden ser muy atípicas. La quimioprofilaxis parece justificada.

A-139 ESTUDIO EPIDEMIOLÓGICO DE BACTERIEMIAS Y FUN- GEMIAS EN EL HOSPITAL GENERAL DE SEGOVIA

I. León¹, A. Carrero¹, P. Carrero², S. Hernando²,
R. Molina¹, M. Cepeda¹, E. Martínez¹ y B. García¹

¹Servicio de Medicina Interna, ²Servicio de Microbiología.
Hospital General. Segovia.

Objetivos. Determinar la incidencia y las características clínico-epidemiológicas y microbiológicas de las bacteriemias en el Hospital General de Segovia.

Material y métodos. El trabajo realizado fue un estudio descriptivo, prospectivo, siendo su población diana, todo tipo de pacientes que padecieron una bacteriemia. El período de estudio estuvo comprendido entre el 1 de junio de 2006 al 31 de marzo de 2007. Para ello

se diseñó un protocolo previo de recogida de datos donde se analizaron variables clínico-epidemiológicas, microbiológicas, factores de riesgo intrínsecos y extrínsecos, evolución y supervivencia. Los datos fueron procesados según el paquete estadístico SPSS v.11.0.

Resultados. Durante el periodo estudiado, se obtuvieron 237 hemocultivos positivos de los que se pudo recoger datos de 222 (correspondientes a 201 pacientes). La incidencia en nuestro medio fue de 21,78 casos/1.000 ingresados. Un 70% fueron de adquisición extrahospitalaria, frente al 30% nosocomial. El servicio que atendió a la mayoría de los episodios fue Medicina Interna con un 37,1%, seguido de Geriátria 12,2%, Cirugía 10,4% y UCI 10%. Un 58% fueron hombres y un 42% mujeres. La edad de los pacientes osciló entre los 2 meses y los 100 años, la media fue de 68 años y la desviación típica de 20,50. Un 45% de los pacientes presentaban inmunosupresión. Los factores de riesgo extrínsecos que con más frecuencia aparecen fueron el uso de antibioterapia previa (20,3%), el catéter intravenoso (14,8%), el uso de tratamiento inmunosupresor y el ser portador de sonda vesical (12,2%). La puerta de entrada más común de la bacteriemia fue la nefrourológica junto con la abdominal (26,5%). El origen desconocido supuso un 18,7%. Un 21,2% presentaron shock, 28,5% insuficiencia renal, 17,6% distress respiratorio y 26,9% alteraciones de la coagulación. Desde el punto de vista microbiológico un 58% fueron gram negativos, 40% gram positivos y 2% levaduras. Los microorganismos más frecuentes fueron la *E. coli* (35,6%), *S. aureus* (22%), *S. epidermidis* (6,8%), *S. hominis* (4,1%), SARM (4,5%) y *P. mirabilis*, *K. pneumoniae*, *P. aeruginosa* y *S. pneumoniae* con un 2,7% cada uno. El tratamiento empírico en monoterapia más utilizado fue la amoxicilina-clavulánico. La mortalidad directamente relacionada supuso un 17%.

Conclusiones. En el período de estudio, la incidencia de la bacteriemia en nuestro centro no difirió de otros de iguales características. La mayor incidencia, por grupos de edad, se acumuló a partir de los 70 años. Fue más frecuente la adquisición comunitaria. Medicina Interna fue el servicio donde más bacteriemias ingresaron. Las puertas de entrada más frecuentes fueron la urológica, abdominal y desconocida. Los microorganismos gram negativos predominaron como agentes etiológicos de las bacteriemias frente a los gram positivos. *E. coli* fue el microorganismo que se aisló con mayor frecuencia. Entre los microorganismos gram positivos el primer lugar lo ocupó el *S. aureus*. En nuestro Hospital está en aumento del número de bacteriemias debidas a estafilococos coagulasa negativa y *S. aureus* resistente a meticilina (SARM).

A-140 ¿QUÉ SIGNIFICADO TIENE EL PATRÓN SEROLÓGICO ANTI-HBc AISLADO EN PACIENTES VIH POSITIVOS?

M. Pérez Rodríguez¹, B. Sopena¹, A. Rivera Gallego¹,
T. González del Blanco², A. Ocampo Hermida¹, A. Argibay
Filgueira¹, B. Maure Noia¹ y C. Martínez Vázquez¹

¹Servicio de Medicina Interna, ²Servicio de Microbiología.
Hospital Xeral de Vigo. Vigo, Pontevedra.

Objetivos. Evaluar las características clínicas, inmunológicas y virológicas que pueden influir en la aparición del patrón serológico anti-HBc aislado en pacientes VIH positivos.

Material y métodos. De un total de 2.388 pacientes VIH registrados en la consulta de nuestro centro se revisaron consecutivamente 348 historias. Los pacientes con algún marcador positivo para el VHB se clasificaron en: hepatitis crónica, hepatitis pasada y curada y anti-HBc aislado (presencia de anticuerpos frente AgHBc como único marcador de infección). A estos últimos se les extrajo suero para determinar ADN-VHB (PCR de alta sensibilidad), ARN y genotipo del virus C (VHC). Se estudiaron las variables que pudieran influir en la presencia de este patrón serológico, el título de anti-HBs, de infección oculta por VHB (ADN-VHB en suero) o enfermedad hepática.

Resultados. De los 348 pacientes, 187 (53,7%) presentaban algún marcador de infección por VHB: 118 pacientes hepatitis B pasada y curada (63,1%), 14 hepatitis crónica (7,5%) y 55 anti-HBc aislado (29,4%). Ningún paciente con anti-HBc aislado fue positivo para ADN-VHB. El título de anti-HBs no se correlacionó con la infección por VHC, ni con la carga viral o el genotipo del VHC. Tampoco encontramos relación significativa entre la presencia de serología defectiva y la carga viral del VIH o el nivel de CD4. Otros parámetros estudiados como edad, sexo, conducta de riesgo y hepatopatía

tampoco difirieron entre los pacientes con serología anti-HBc aislada y aquellos con hepatitis B pasada.

Discusión. En los pacientes VIH positivos la serología anti-HBc aislada es más frecuente que en la población no VIH por lo que factores inmunológicos podrían estar relacionados. Sin embargo, no hemos encontrado diferencias en el nivel de CD4 entre estos pacientes y los pacientes con hepatitis B pasada. Pensamos que alteraciones en la inmunidad humoral podrían estar implicadas en la aparición de este patrón serológico. Se estima que en el 10-45% de los pacientes con serología anti-HBc aislada es posible detectar ADN-VHB. En nuestra serie no hemos encontrado ningún caso de hepatitis oculta, por lo que en nuestra población no parece justificado la determinación de ADN-VHB a todos los pacientes.

Conclusiones. La serología anti-HBc aislada en pacientes VIH positivos no se relaciona con la infección por VHC, ni con el estado inmunológico. No hemos encontrado ningún caso de infección oculta por VHB por lo que no parece justificado solicitar ADN-VHB en estos enfermos.

A-141

ABCESO HEPÁTICO BRUCELAR: UNA ENTIDAD INFRECUENTE

M. Díaz Hurtado¹, G. Pérez Vázquez², A. Vidal Tolosa³, L. García Aragón², M. Juyol Rodrigo², A. Gascón Mariño², M. Pina Latorre⁴ y X. Abarodia¹

¹Servicio de Medicina Interna. Clínica de Ponent - La Alianza. Lleida. ²Servicio de Medicina Interna. Hospital Obispo Polanco. Teruel. ³Servicio de Medicina Familiar y Comunitaria. CAP Bordeta-Magraners. Lleida. ⁴Servicio de Neurología. Hospital Universitario Miguel Servet. Zaragoza.

Objetivos. La brucelosis es una antropozoonosis que puede afectar casi cualquier órgano. La infección aguda habitualmente produce una hepatitis granulomatosa siendo excepcional la presencia de un absceso hepático. Nos proponemos describir dos casos de absceso hepático brucelar revisando su presentación clínica, las claves diagnósticas, los hallazgos característicos en las pruebas de imagen y las especiales necesidades de tratamiento.

Material y métodos. Presentamos datos clínicos y pruebas de imagen y revisamos la literatura sobre ésta entidad.

Resultados. Caso 1: Mujer de 38 años con fiebre de 3 semanas de evolución. VSG 102 mm, GOT 129 UI/L, GPT 33 UI/L, FA 127 UI/L, PCR 177 mg/l. Rosa de Bengala positivo. Aglutinaciones brucella 1/10.000. Hemocultivos positivos a *Brucella*. Absceso hepático 3 cm con contenido heterogéneo y centro calcificado. Se le realizó drenaje mediante laparotomía y tratamiento con doxiciclina y estreptomina. Caso 2: varón de 63 años con síndrome tóxico y dolor abdominal en hipocondrio derecho de 1 mes de evolución. VSG 75 mm, GGT 79 UI/L, PCR 103 mg/l, Rosa de Bengala positivo. Aglutinaciones a *Brucella* 1/160. Lesión 1,8 x 2,8 cm con centro calcificado y contorno hipodenso heterogéneo. Se le realizó drenaje mediante drenaje quirúrgico abierto, doxiciclina y estreptomina.

Discusión. El diagnóstico de absceso hepático brucelar se basa en la presencia de aglutinaciones superiores a 1/160 y de una lesión heterogénea pseudotumoral con centro calcificado visible mediante ecografía, TAC y RMN. El drenaje quirúrgico y el tratamiento con estreptomina y doxiciclina parece ser la opción más efectiva.

Conclusiones. El absceso hepático brucelar es un cuadro infrecuente de fácil diagnóstico mediante sospecha clínica, serología compatible e imagen característica.

A-142

ABCESO HEPÁTICO PIÓGENO: DESCRIPCIÓN DE UNA SERIE DE CASOS

L. Roca Pardiñas, P. Barros Alcalde, A. Freire Romero, S. Fernández Conde, Á. Hermida Ameijeiras y N. Mallo González

Servicio de Medicina Interna. Complejo Hospitalario Universitario de Santiago. Santiago de Compostela, A Coruña.

Objetivos. Describir las características epidemiológicas y clínicas de los abscesos hepáticos piógenos en nuestra área sanitaria.

Material y métodos. Se han revisado las historias clínicas de los pacientes que han ingresado durante los años 2005 y 2006 en nuestro Servicio, con el diagnóstico de absceso hepático.

Resultados. Se han diagnosticado 6 pacientes con absceso hepático, 4 hombres y 2 mujeres, con una edad media de 76,5 años (intervalo 70-84 años). Cuatro pacientes presentaban algún factor predisponente al ingreso: tres diabéticos y uno con antecedentes de patología biliar. La clínica predominante fue la fiebre, con síndrome general asociado. Sólo uno de los pacientes comenzó con dolor en hipocondrio derecho. Dos de los casos debutaron con fiebre y síntomas neurológicos, diagnosticándose abscesos cerebrales coexistentes. Analíticamente, destacar que 4 pacientes presentaban leucocitosis. Se observaron datos de disfunción hepatocelular (aumento de bilirrubina y/o del tiempo de protrombina) en la mayoría de los casos. Todos cursaron con alteración de las transaminasas, la más frecuente el aumento de GGT, asociado a fosfatasa alcalina (FA) elevada. El diagnóstico definitivo se realizó por ecografía abdominal y posterior TC, para valorar posible patología abdominal. En la mitad de los pacientes se encontraron abscesos múltiples, más frecuentes a nivel del lóbulo hepático derecho. La rentabilidad del estudio microbiológico fue muy baja, con hemocultivos positivos (para *Klebsiella pneumoniae*) en uno de los pacientes con abscesos cerebrales. El cultivo del líquido hepático, que se obtuvo en la mitad de los casos, fue negativo. Los pacientes fueron tratados con antibioterapia de amplio espectro, un mínimo de 6 semanas. En dos casos fue necesario el drenaje quirúrgico del absceso por mala evolución; en uno tras fracaso de drenaje percutáneo, y en el otro por necesidad de colecistectomía. Uno de los pacientes fue reingresado ante la persistencia de la clínica y alteraciones analíticas, con buena evolución tras modificar antibioterapia. Sólo un paciente presentó ictericia en el contexto de una sepsis hepato-biliar, diagnosticándose de colecistopatía colélitásica, que fue intervenido quirúrgicamente.

Discusión. Los abscesos hepáticos piógenos son infecciones focales del parénquima hepático, más frecuentes en mayores de 60 años, con enfermedad biliar, Diabetes mellitus (DM), o inmunosupresión. Su incidencia anual es de 18-20 casos/100.000 ingresos hospitalarios, con una mortalidad del 11-31%. La fuente de infección puede estar en árbol biliar, sistema porta o arteria hepática; puede deberse a diseminación por contigüidad o traumatismo. El 40% son criptogénicos. Generalmente son múltiples, localizados en el lóbulo hepático derecho. El síntoma más frecuente es la fiebre (90% de los casos). Los ancianos suelen debutar con un cuadro de malestar general, anorexia y adelgazamiento. Los gérmenes más aislados son bacilos gram-negativos, como el *E. coli* y la *Klebsiella* spp. La ecografía abdominal diagnóstica el 80-90% de los casos, y la TC tiene una sensibilidad próxima al 100%. El tratamiento se basa en antibióticos con actividad frente a enterobacterias, cocos gram-positivos y anaerobios. En ocasiones es necesario el drenaje, percutáneo (guiado por ecografía o TC) o quirúrgico.

Conclusiones. 1) El principal factor de riesgo es la patología biliar. En nuestra serie aparece de forma concomitante en 5 casos. Es frecuente la asociación con DM. 2) En ancianos, la clínica suele ser inespecífica, pudiendo retrasar el diagnóstico. Es necesario descartar absceso hepático ante un síndrome general con fiebre. 3) Las alteraciones analíticas más frecuentes son la elevación de FA y GGT, presentes en todos nuestros pacientes. 4) La localización más común es el lóbulo hepático derecho, sin predominio de abscesos únicos, descrito en otras series. 5) El absceso hepático cursa con un elevado porcentaje de comorbilidad. Es esencial un tratamiento antibiótico precoz, y ante una evolución tórpida, drenar el absceso. A pesar del auge del drenaje percutáneo, en nuestra muestra, fue necesario el drenaje quirúrgico.

A-143

CITOQUINAS PROINFLAMATORIAS EN PACIENTES CON SARCOIDOSIS COLONIZADOS POR *PNEUMOCYSTIS JIROVECI*

I. Martín¹, V. Friaza², L. Rivero¹, M. Montes-Cano³, N. Respaldiza⁴, R. Morilla⁴, J. Martín-Juan⁵ y C. De la Horra³

¹Servicio de Medicina Interna, ²Unidad de Investigación,

³Servicio de Medicina Interna y CIBER de Epidemiología y

Salud Pública, ⁴CIBER de Epidemiología y Salud Pública,

⁵Servicio de Neumología. Hospital Virgen del Rocío. Sevilla.

Objetivos. La sarcoidosis es una enfermedad inflamatoria granulomatosa multisistémica con importante afectación pulmonar. Se ignora su

Tabla 1. Citoquinas proinflamatorias en los pacientes con sarcoidosis (A-143).

Citoquinas/pacientes	Pacientes no colonizados (n = 20)	Pacientes colonizados por <i>P. jirovecii</i> (n = 6)	P T-Student
IL-8 (media ± DE)	317,1 ± 239,8 pg/mg	378,5 ± 514,1 pg/mg	0,69
TNF-alfa (media ± DE)	2,1 ± 2,2 pg/mg	05 ± 0,9 pg/mg	0,13
IL-6 (media ± DE)	26,2 ± 28,5 pg/mg	7,8 ± 9,8 pg/mg	0,02

etiopatogenia, pero se caracterizada por una respuesta inflamatoria desencadenada por un agente desconocido, habiéndose postulado la posible implicación de agentes infecciosos. Recientemente nuestro grupo ha descrito la presencia de colonización por *P. jirovecii* en sujetos con neumatías intersticiales, incluida la sarcoidosis. El objetivo de este estudio fue conocer si la colonización por *Pneumocystis* alteraba la respuesta inflamatoria pulmonar en los pacientes con sarcoidosis. **Material y métodos.** Se incluyeron 26 pacientes diagnosticados de Sarcoidosis. La identificación de *P. jirovecii* se realizó mediante PCR tipo Nested en muestras respiratorias. Los niveles de IL-8, IL-6, y TNF-alfa en muestras de lavado broncoalveolar se determinaron mediante un ELISA comercial (R&D systems) normalizando los resultados según la concentración de proteínas totales calculada con el método de Bradford.

Resultados. Se identificó la presencia de *P. jirovecii* en el 23% de los pacientes con Sarcoidosis estudiados. Los niveles de citoquinas se resumen en la tabla.

Conclusiones. Parece existir una disminución de la respuesta inflamatoria en los pacientes con Sarcoidosis colonizados por *Pneumocystis jirovecii*. El significado de este hallazgo y sus posibles implicaciones necesitan estudios adicionales para ser aclarados. Financiado parcialmente por ERA-NET PathoGenoMics, Ministerio de Sanidad (FIS CP 04/217) y Consejería de Salud de la Junta de Andalucía (Referencia 242/05).

A-144

LEISHMANIASIS VISCERAL EN UN HOSPITAL COMARCAL

R. Tirado Miranda¹, I. Mejías Real¹, M. Alba Herrero², F. Ibáñez Bermúdez¹ y E. Solís García³

¹Servicio de Medicina Interna, ²MIR de Medicina Familiar y Comunitaria, ³Servicio de Anatomía Patológica. Hospital Infanta Margarita. Cabra, Córdoba.

Objetivos. Valoración de los casos de leishmaniasis visceral diagnosticados en nuestro hospital en los últimos años, con valoración de los métodos diagnósticos utilizados, la comorbilidad asociada y la respuesta al tratamiento realizado, así como una valoración del pronóstico de estos pacientes a largo plazo.

Material y métodos. Análisis retrospectivo de los pacientes diagnosticados de esta zoonosis en nuestro servicio.

Resultados. Se localizaron 4 pacientes diagnosticados de leishmaniasis visceral en los últimos años en nuestro hospital. La mayoría de ellos con una edad inferior a los 50 años. La mitad de los pacientes presentaban un estado de inmunodepresión previo, uno de ellos una enfermedad inflamatoria intestinal (EII). Otro de los pacientes fue diagnosticado durante el ingreso de hepatopatía crónica por virus de la hepatitis C con afectación hepática incipiente con conservación de la estructura de los espacios porta. En el último paciente no se detectó un estado de inmunodepresión previo que justificara la infección por leishmania. La presentación clínica más frecuente fue un cuadro febril prolongado de presentación insidiosa, con elevación de enzimas de hepatolisis, excepto en el paciente afecto de EII cuya evolución subaguda remedió un brote de su enfermedad de base. En todos los casos se detectó una hepatoesplenomegalia por pruebas de imagen. El tratamiento con antimoniales se mostró ineficaz en aquellos pacientes en los cuales se utilizó como primera línea lo que obligó a la utilización de anfotericina B liposomal. La evolución de todos los pacientes fue satisfactoria.

Conclusiones. La leishmaniasis visceral es una entidad infrecuente en nuestra área de salud. Al contrario de lo publicado en la literatura no se asocia a una coinfección por virus de la inmunodeficiencia adquirida ni al uso de fármacos inmunosupresores, aunque la mayoría de los pacientes presentaron concomitantemente una enfermedad debilitante. El tratamiento con anfotericina B liposomal se mostró seguro y eficaz.

A-145

AFECTACIÓN OCULAR SIFILÍTICA. ¿NUEVAS FORMAS DE PRESENTACIÓN PARA UNA NUEVA EPIDEMIA?

R. Alonso Esteban¹, J. Ríos Blanco¹, Á. Robles Marhuenda¹, C. Soto Abanades¹, J. Fraile Vicente¹, I. Bernardino de la Serna¹, A. Boto² y J. Arribas López¹

¹Servicio de Medicina Interna, ²Oftalmología. Hospital Universitario la Paz. Madrid.

Objetivos. La aparición de la infección por el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) condicionó un aumento en la incidencia de casos de sífilis. Posteriormente, las medidas adoptadas para evitar la transmisión del virus, contribuyeron también al descenso del número de casos. Sin embargo, desde el año 2000 asistimos de nuevo a un ascenso de la curva de incidencia, especialmente en las grandes ciudades de países occidentales, y en muchos casos con formas clínicas no habituales.

Material y métodos. Estudio retrospectivo donde se describen las características clínico-biológicas de la afectación ocular como manifestación de sífilis secundaria en una serie de pacientes tanto infectados como no infectados por el VIH. Se comparan sus características con la de los pacientes descritos en la literatura y se discuten las diferencias aproximaciones terapéuticas.

Resultados. Se incluyeron finalmente 4 pacientes, tres con uveítis y uno con epiescleritis. Sólo éste último no presentaba coinfección por el VIH. En uno de los casos coexistió la afectación cutánea palmo-plantar con las manifestaciones oculares. En todos ellos se realizó punción lumbar y se instauró tratamiento con penicilina endovenosa a dosis altas.

Discusión. La enfermedad sifilítica es una entidad frecuentemente vinculada a la infección VIH y que en los últimos años ha aumentado su incidencia de manera notable. La afectación ocular, y concretamente la uveítis puede ser expresión de un secundarismo luético. En algunos casos, como en uno de nuestros pacientes, constituye la primera manifestación de la infección por VIH hasta entonces desconocida. El curso de la sífilis es más agresiva en la población VIH que en la población general y, en concreto, la aparición de uveítis tiene manifestaciones más tórpidas y aceleradas. Por otro lado es excepcional la simultaneidad de lesiones cutáneas y oculares pero aún así, se observan casos en los que se superponen o solapan ambas manifestaciones en casos con VIH asociado, como hemos visto en uno de nuestros pacientes. La sífilis ocular está comúnmente asociada con neurosífilis por o que se recomienda instaurar tratamiento con penicilina intravenosa a altas dosis durante 10-14 días para conseguir resolver la inflamación ocular y normalizar la agudeza visual.

Conclusiones. La afectación ocular y especialmente la uveítis se está configurando como una atípica e inicial manifestación de sífilis, especialmente en los pacientes con infección VIH. Por tanto debemos plantearnos esta etiología ante una afectación ocular o neurooftalmológica en pacientes que evolucionan mal con el tratamiento habitual. La importancia de una buena anamnesis y de una exploración física, que incluya palmas, manos y genitales nos orientará hacia un correcto diagnóstico.

A-146

MENINGOENCEFALITIS ASÉPTICAS CON DEBUT MENÍNGEO: ¿DEBERÍAMOS TRATAR TODAS LAS MENINGITIS ASÉPTICAS CON ACICLOVIR?

N. Cobos Trigueros¹, B. Alcaraz Vidal¹, M. Tomás Redondo¹, E. Peñalver González¹, A. Rodríguez Pavia¹, M. Artero Castro¹, P. García López¹ y F. Fernández Galindo²

¹Servicio de Medicina Interna, ²Servicio de Urgencias. Hospital General de Área Santa María del Rosell. Cartagena, Murcia.

Objetivos. A propósito de un caso de una paciente, maestra, de 22 años que ingresó en nuestro hospital con meningitis aséptica, que a

los tres días comenzó; con focalidad neurológica consistente en anmia-agrafia que persistió como secuela y diagnóstico de imagen compatible con meningoencefalitis herpética nos preguntamos con que frecuencia se presentan las meningoencefalitis asépticas como cuadro meníngeo de inicio, cuales son sus secuelas y cómo son de frecuentes y si sería rentable tratar todas las meningitis asépticas ingresadas en el hospital con tratamiento específico para VHS con el fin de evitar dichas secuelas, teniendo en cuenta los efectos secundarios del fármaco.

Material y métodos. Se realiza un estudio descriptivo, retrospectivo, en el que se recogen los datos de las historias clínicas de los pacientes no pediátricos, ingresados durante el año 2005 con el juicio clínico principal de meningoencefalitis o encefalitis tanto aséptica, vírica como herpética (8 casos) y meningitis linfocitaria o aséptica (4 casos). Se estudiaron las variables: edad, sexo, forma de presentación, síntomas y signos, tratamiento recibido, pruebas complementarias solicitadas y secuelas neurológicas. Así mismo se realiza una revisión bibliográfica en Pubmed con los términos "herpes simplex encephalitis", "aseptic meningitis and encephalitis", "acute renal failure with aciclovir".

Resultados. Se hallaron 8 encefalitis asépticas, de las cuales. La forma de presentación más frecuente fue la confusión (7 casos), fiebre en 5 casos, alt de la marcha en 3 casos, alteración del lenguaje en 2 casos, cefalea en 2 casos, vómitos y rigidez de nuca un caso cada uno. Respecto a las pruebas complementarias, se obtuvo LCR en 7 de ellas, sólo en una se solicitó PCR para VHS, en 7 casos se solicitó RMN, EEG 7 solicitados. En seis casos se instauró tratamiento específico y en dos casos se instauró tto sintomático únicamente. Respecto a la evolución, dos no presentaron secuelas neurológicas, 2 se derivaron a servicio de neurocirugía y 4 presentaron secuelas permanentes (ataxia, afasia, alt psiquiátrica y hemiparesia). Respecto a las meningitis asépticas se encontraron 4 casos. Los 4 se presentaron con cefalea, la mitad con fiebre, 1 caso con rigidez de nuca, uno con fotofobia y 1 con vómitos. A los cuatro se les obtuvo LCR, a ninguno se le realizó EEG y a la mitad se les solicitó RMN que fue negativa en todos los casos. Serología en sangre: positiva 1 caso. En un caso se solicitó PCR de VHS que resultó negativa. En cuanto al tratamiento, 1 caso recibió corticoides, un caso aciclovir y antibiótico y 2 permanecieron con tratamiento sintomático. Un caso presentó secuela (neuritis óptica).

Discusión. La encefalitis herpética es la encefalitis esporádica más frecuente, presentándose de uno a tres casos por millón de hab/año. El 90% de los casos son por reactivación de una infección latente por VHS, produciendo encefalitis necrotizante y hemorrágica. El diagnóstico se realiza con un LCR compatible, positividad de PCR positivo, EEGy RMN. En nuestro hospital se observa mayor incidencia de encefalitis aséptica que meningitis aséptica (8: 4). Es frecuente la presentación de encefalitis aséptica como cuadro meníngeo. Tasa alta de secuelas en encefalitis. No se observa ningún efecto secundario al aciclovir. No disponemos de medios para la realización de PCR en nuestro hospital, siendo necesario enviar las muestras a hospital de referencia, con la consiguiente demora en su obtención (10-15 días)

Conclusiones. Proponemos: 1) Tratar con Aciclovir desde urgencias, las meningitis y meningoencefalitis asépticas que van a ser ingresadas. 2) Instaurar la PCR de VHS-VVZ en nuestro hospital para realizar el diagnóstico etiológico precoz y poder optimizar así el tratamiento, disminuyendo sus efectos secundarios. 3) Realizar un estudio prospectivo para valorar la magnitud real de las encefalitis herpéticas en nuestro hospital, tanto en incidencia como en porcentaje de secuelas.

**A-147
NUESTRA EXPERIENCIA EN EL TRATAMIENTO DE LA INFECCIÓN POR EL VHC EN PACIENTES CON Y SIN COINFECCIÓN POR EL VIH**

M.R. Alemán Valls, R. Peláez González, J. Medina García, M.M. Alonso Socas, A. López Lirola, B. Alonso Álvarez, E. Martín Ponce y D. García Rosado

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

Objetivos. La infección crónica por VHC es un grave problema sanitario, con una elevada morbimortalidad, que se ve agra-

vada si coexiste con el VIH, pudiéndose entonces, acelerar la progresión a cirrosis y enfermedad hepática terminal. El objetivo principal del tratamiento es la erradicación del virus para frenar esta evolución.

Objetivo. Analizar de forma retrospectiva (2002-2007) la respuesta al tratamiento para el VHC, y comparar si existe diferencias en la misma y en la aparición de efectos secundarios entre los pacientes mono infectados y coinfectados con el VIH.

Material y métodos. Incluimos 115 pacientes, 89 hombres (77,3%) y 26 mujeres (22,7%), con una media de edad de 42,3 años, 47 (43,9%) coinfectados y 60 (56,1%) mono infectados. Todos se trataron con interferón pegilado más ribavirina. A 86 (80,4%) se les practicó biopsia hepática. La media de CD4 en coinfectados fue de 588 cel/mm, el 95% estaban en tratamiento antirretroviral con CV indelectable.

Resultados. El 83% tenían como principal factor de riesgo el ser ADVP. El genotipo 1 fue el más frecuente (54,2%), seguido del genotipo 3 (33,6%), y del 4 (11,2%). Completaron el tratamiento 48 pacientes, 40 lo suspendieron de forma prematura y 19 están aún en curso del mismo. El efecto adverso más frecuente fue toxicidad hematológica (sobre todo leucopenia) seguido de astenia y anorexia, siendo más frecuentes en coinfectados, requiriendo mayor ajuste de dosis de IFN y ribavirina que los mono infectados. El principal motivo de suspensión de tratamiento fue por iniciativa del paciente o falta de adherencia (sin diferencias entre ambos grupos), seguido de fallo virológico. En la tabla vemos la respuesta en mono infectados y coinfectados a las 12 semanas (RVP), al acabar tto y a los 6 meses de finalizarlo (RVS). El 70% de los biopsiados tenían grado leve-moderado de fibrosis. Los pacientes coinfectados tenían mayor porcentaje de fibrosis grado F3, F4. La RVS fue mayor en los genotipos 2-3 (62%) que la de los genotipos 1-4 (25%).

Conclusiones. Los datos epidemiológicos son similares a los descritos en nuestro medio, alta incidencia en ADVP y mayor frecuencia del genotipo 1. Encontramos una baja RVS, no habiendo diferencias importantes entre mono infectados y coinfectados, a pesar que el 95% de estos últimos tomaban además tratamiento antirretroviral. Como en otras series responden mejor los genotipos 2 y 3.

Tabla 1. (A-147).

	RVP (%)	RVF (%)	RVS (%)
Respuesta global	72	55,6	38,7
Infección por el VIH			
Si/No	70,4-73,2	60,5-51,1	40,5-36,9
Genotipo			
1-4 2-3	61,5-91,4	46,3-70,6	25,4-62,0

**A-148
PACIENTES CON INFECCIÓN POR EL VIRUS DE LA INMUNODEFICIENCIA HUMANA Y DIAGNÓSTICO DE LINFOMA NO HODGKIN. ESTUDIO DESCRIPTIVO**

E. Rodríguez Checa¹, M.R. Alemán Valls², M. Llanos Muñoz¹, B. Alonso Álvarez¹, M.M. Alonso Socas², D. García Rosado¹, R. Hernández San Gil¹ y L. Ferrera Delgado¹

¹Servicio de Oncología Médica, ²Servicio de Medicina Interna. Hospital Universitario de Canarias. San Cristóbal de La Laguna, Santa Cruz de Tenerife.

Objetivos. La terapia antirretroviral de alta eficacia y el inicio de profilaxis para infecciones oportunistas han prolongado la supervivencia de enfermos de SIDA, lo que ha supuesto un aumento en la incidencia de enfermedades malignas.

Material y métodos. Estudio retrospectivo de pacientes (p) diagnosticados de SIDA y LNH en nuestro centro entre junio 1985-abril 2007. Analizamos sexo, edad, localización, estadio, CD4, IPI, respuesta al tratamiento y estado al último control.

Resultados. Diagnosticamos LNH en 26 pacientes de los 978 controlados por infección VIH/SIDA. Entre 1985-1995 se diagnosticaron 6 de 417 y los 19 restantes entre 1996-2007 de 561. Mediana de edad 40,9 años (rango 18-69), 21 varones (84%) y 4 mujeres (16%). Actividad de riesgo para contagio: 12 ADVP, 7 homosexuales y 6 heterosexuales. Mediana de CD4 al diagnóstico de la neoplasia fue 198 (18,5)/mm³ (7-661). Al diagnóstico de neoplasia 18 (72%) tenían Ac VIH y 8 (32%) habían padecido alguna enfermedad criterio de SIDA. IPI³ 3 el 56%. Estadio clínico: IA 2, IB 1, IE 2, IIA 1, IIB 2, IIIA 1, IVA 7, IVB 4 y IVE 1 paciente. Localización extraganglionar 16 (un linfoma de cavidades). LCP 4 (3 por biopsia cerebral y 1 en necropsia) todos muy inmunosuprimidos con CD4 < 20/mm³ y mal estado general, no llegando a recibir tratamiento. Recibieron quimioterapia 21 y 12 la completaron alcanzando 10 de ellos respuesta completa, en los 11 restantes la enfermedad progresó. Mediana de seguimiento 11,2 meses (0-123). Al cierre del estudio han fallecido 16 p (64%).

Conclusiones. La respuesta al tratamiento de los LNH en pacientes con infección VIH es escasa y el pronóstico malo. Los mejores porcentajes de respuesta se obtuvieron en aquellos pacientes que no tenían diagnóstico previo de SIDA. Encontramos un incremento de LNH en los últimos 11 años, probablemente en relación con terapias antirretrovirales más efectivas que prolongan la supervivencia.

A-149 REVISIÓN DE LAS ESPONDILODISCITIS EN UN HOSPITAL DE SEGUNDO NIVEL

M. Campoamor, D. Galián, D. León, B. Rodríguez, J. Noval, B. De la Fuente y M.L. García-Alcalde

Servicio de Medicina Interna. Hospital de Cabueñes. Gijón, Asturias.

Objetivos. Describir las características epidemiológicas y clínicas, los tiempos de demora diagnóstica y la rentabilidad de la punción aspiración con aguja fina (PAAF) en las espondilodiscitis infecciosas diagnosticadas en nuestro hospital.

Material y métodos. Se analizaron de forma retrospectiva todas las historias de los pacientes adultos diagnosticados de espondilodiscitis infecciosa en nuestro hospital entre enero de 1992 y junio del 2007. Se recogieron datos de filiación del paciente, factores predisponentes, tiempo transcurrido hasta el diagnóstico, localización, germen, manifestaciones clínicas, pruebas diagnósticas, tratamiento y necesidad de cirugía.

Resultados. Se diagnosticaron un total de 46 pacientes con una edad media de 63,2 años (rango: 25-88), 27 eran varones y 19 mujeres. El 50% de las espondilodiscitis fueron de origen tuberculoso y el otro 50% piógeno. Dentro de las piógenas, los hemocultivos fueron positivos en el 65,2%; se aisló *S. aureus* en el 60,8%, el *Streptococcus* del grupo G y los BGN en el 8,6% respectivamente; el *S. epidermidis* en el 7,1% (1/23) y no se identificó el germen en un 17,3%. El 70,8% de los pacientes tenían factores predisponentes asociados. El tiempo medio de demora diagnóstica fue de 3,2 meses para la tuberculosa y para la piógena 29,7 días. El 100% presentaban dolor lumbar y/o dorsal; tenían fiebre el 56,5%. La afectación más frecuente fue la columna lumbar (58,7%). La PAAF contribuyó al diagnóstico bacteriológico en 7 de los 25 casos realizados (28%). Tenían la VSG elevada el 78,2% y el 67,3% la PCR; sólo el 19,5% tenían leucocitosis. El 67,3% tenían abscesos epidurales o paravertebrales. El mantoux fue positivo en el 34,7% de las tuberculosas. El 13% tenían tuberculosis pulmonar activa y el 17% lesiones pulmonares residuales. El tiempo total de tratamiento antibiótico para las piógenas fluctuó entre 1 y 7 meses y en las tuberculosas entre 9 y 18 meses. Fueron sometidos a cirugía el 6,5%.

Conclusiones. 1) La presentación clínica de la espondilodiscitis es muy inespecífica, siendo el dolor de columna dorso-lumbar y la VSG elevada los que nos pueden ayudar a establecer un diagnóstico precoz. 2) El tiempo de demora desde el inicio de los síntomas hasta el diagnóstico es mayor en las espondilodiscitis tuberculosas que en las piógenas. 3) La rentabilidad de la PAAF/biopsia en nuestra serie es más baja que la descrita en la literatura.

PACIENTE PLURIPATOLÓGICO/EDAD AVANZADA

**EA-1
TENSIONES CREATIVAS, TENSIONES CONFLICTIVAS: EFECTO EN "PLURIPATOLÓGICOS", ALTA FRECUENTACIÓN, REORDENACIÓN URGENTE Y DISPOSITIVO DE HOSPITALIZACIÓN BREVE. GESTIÓN, EVALUACIÓN Y CRÍTICA**
G. Gutiérrez Lara¹, C. Herrero¹, N. Marín Gámez¹, A. Carrillo², J. Trujillo¹, F. Huertas², R. García Jiménez³ y J. Jover Casas³

¹Servicio de Medicina Interna, ²Servicio de Urgencias y Críticos, ³Dirección-Gestión Médica. Hospital Universitario Médico-Quirúrgico. Jaén.

Objetivos. El objetivo de este estudio es describir los resultados 2007 de un dispositivo alternativo a la hospitalización convencional aplicada desde la Dirección como cooperación entre Medicina Interna y Urgencias que se puso en marcha para responder a este crónico aumento de demanda de atención hospitalaria por la población de pacientes frágiles durante los tres primeros meses de 2007, coincidiendo con factores cambiantes: meteorológicos, aerobiológicos y laborales (reordenación de la atención urgente en Andalucía y dos huelgas médicas, de los dispositivos de urgencias y de hospitales).

Material y métodos. Diseño: estudio clínico prospectivo observacional, evaluativo y de gestión. Pacientes: 690 pacientes, mayoritariamente ancianos, con edad media e IC 95%: 70, 66-85; 51% varones, 49% mujeres, fueron atendidos durante el período referido de 2007 en un dispositivo alternativo a hospitalización convencional. El dispositivo con 12 camas más una consulta, actuó como Hospital de Día o Unidad de hospitalización breve (48 h). La asistencia médica la realizaron 2 FEAs de M. Interna y un equipo de FEAs de Urgencias. Dues, auxiliares, y 1 celador completaron el equipo. El objetivo era "estabilizar" al paciente, clasificar, ubicarlo adecuadamente o dar el alta e invitarlo a un control ambulatorio garantista y precoz en el propio dispositivo.

Resultados. Día a día ingresaron 6,5 casos, causaron alta 6,4. De los 690 pacientes, 134 (19,5%) se ubicaron en MI; 50 (7,3%) en Digestivo; 45 (6,6%) en neumología; 30 (4,43%) en neurología; y 14 (2,06%) en Cardiología. Casi la mitad, 319 (47,1%) regresaron a casa con plan de continuidad precoz. La estancia media rozó los dos días (51 h). Más de un centenar de las altas (104) fueron revisadas en la consulta una semana después. Los 5 diagnósticos principales más frecuentes incluyeron a más del 75% de la muestra, y fueron: Insuficiencia respiratoria crónica agudizada (51%), insuficiencia cardíaca descompensada (35%), infección de vías respiratorias bajas o neumonía (33%), ictus (15%), y diabetes descompensada (16%). La comorbilidad, 5,4 condiciones, era la norma. Murieron 19 pacientes (2,8%). Altas voluntarias, 6. Reingresos, 5. Se registró 1 reclamación atribuible.

Discusión. Los pacientes ancianos con patologías crónicas evolucionadas son muy vulnerables. Su atención es un reto continuo, y exigen medidas especiales con diseños eficaces y seguros. El efecto térmico (verano-invierno), la fase de ascenso de la onda epidémica de gripe tardía -febrero-, o la aerobiología adversa con floración, sequía y partículas inicial de marzo; y, sobre todo, el deterioro de la reserva funcional global interanual, propician la descompensación de las patologías crónicas, aumentan la frecuentación en urgencias hospitalarias, el número de ingresos; comprometen los tiempos de primera respuesta en los servicios de urgencias, la disponibilidad de camas de hospitalización e incluso la continuidad de los programas quirúrgicos. Los pacientes a los que se destinó el recurso son los que más se puede ver perjudicados por una hospitalización prolongada (ancianos/pluripatológicos).

Conclusiones. La iniciativa se llevó a cabo mientras el invierno avanzaba, y tenía lugar una reordenación global y de alcance de la asistencia urgente en el SAS, que fue contestada por una huelga de FEAs primero y otra de los servicios de urgencias después. Los escenarios cambiantes y difíciles obligaron a la adaptación, la flexibilidad y el cambio con criterios de profesionalismo y de servicio público. Los pacientes vulnerables primero, las demandas laborales, después, la confianza de la comunidad fue preservada. Addenda: esta investigación respeta la igualdad de género entre coautores, 4 mujeres, 4 hombres.

EA-3**DESCRIPCIÓN DE LAS CARACTERÍSTICAS DE UNA POBLACIÓN DE PACIENTES PLURIPATOLÓGICOS DE UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL**

F. Martínez Peñalver, M. León de Lope, A. Leal Luna, E. Salamanca Rivera, J. Santamaría González, B. García Casado, J. De la Vega Sánchez y R. Pérez Cano

Servicio de Medicina Interna B. Hospital Virgen Macarena. Sevilla.

Objetivos. Aplicación del censo de variables, diseñado por nuestro Servicio, a 328 pacientes pertenecientes al Proceso Asistencial Pluripatológico al alta. Determinaremos los motivos de ingreso, y GDRs más frecuentes, Porcentaje de medicación en genéricos al ingreso y al alta, Estancia media, y por último determinaremos las categorías de Pacientes Pluripatológicos más prevalentes en nuestra Área Sanitaria.

Material y métodos. Estudio retrospectivo sobre 328 pacientes ingresados en camas pertenecientes al Servicio de Medicina Interna B entre los meses de enero de 2006 y marzo de 2007. Se diseñó de forma consensuada entre los médicos de nuestro Servicio un cuestionario para recoger las distintas variables con el objetivo de instaurar un Registro Informatizado de Pluripatológicos. Para el análisis estadístico se empleó el programa SPSS v14.0.

Resultados. La edad media fue de 74,95 años, con una media de 0,96 ingresos durante el último año, y con una estancia media de 10,22 días. El 97,9% de los enfermos procedían de Urgencias, mientras que el 2,1% eran ingresos programados o de Consultas Externas. Los motivos más frecuentes de ingreso fueron disnea (44,3%), dolor torácico (17,2%), y dolor abdominal (7,4%). Los GDRs más frecuentes al alta fueron la insuficiencia cardíaca (21,2%), y la insuficiencia respiratoria (18,5%). Al ingreso, el número de medicamentos prescritos fue de 6,5, siendo el 53,69% medicamentos genéricos. Al alta, el número de medicamentos fue de 7,04, siendo genéricos el 89,34% de ellos. El 91,1% de los pacientes fue dado de alta a su domicilio, el 7,4% a una residencia, y el 1,5% fueron éxitus.

Discusión. El proceso asistencial de atención al paciente pluripatológico describe una mayor prevalencia de estos pacientes con edades superiores a 64 años. En la distribución de las distintas categorías de Pluripatológico en nuestra muestra podemos observar, en comparación con el gráfico que aparece en la descripción del Proceso Asistencial, que hay una mayor prevalencia de los grupos A (Insuficiencia Cardíaca, Cardiopatía Isquémica,...) y B (Patologías osteoarticulares e Insuficiencia Renal) en nuestra muestra, y sin embargo los grupos C (Enfermedades respiratorias) y F (Repercusión orgánica de la Diabetes y Arteriopatía Periférica) tienen una menor repercusión que en la población general. En cuanto a los medicamentos, tenemos una población polimedicada en la que hemos logrado que al alta los fármacos genéricos constituyan casi un 90% del total de los prescritos. Comparando la distribución de los GDRs más frecuentes, expuesta junto con los resultados, con la del estudio de Zambrana y cols sobre 400 pacientes vemos que en ésta el grupo de EPOC reagudizados constituía el 11% y el de ICC el 8,8%. En nuestro caso se obtienen unos valores distintos, con un porcentaje mayor de EPOC, pero con un sustancial aumento de la ICC. Nuestra estancia media fue de 10,22 días, un valor parecido al de otros estudios similares. Al alta, el 91,2% de los Pacientes fueron dados de alta a su domicilio, garantizándose la continuidad asistencial mediante citación en nuestras Consultas Externas. Los pacientes que fueron a Residencia recibieron un informe adjunto al del alta, con los Cuidados de Enfermería precisos.

EA-4**GENOTIPO APO E4 Y CONCENTRACIONES PLASMÁTICAS DE APO E EN LA ENFERMEDAD DE ALZHEIMER**

P. Martínez Heras¹, J. Velilla Marco¹, L. Masana², P. Figueras¹, M. Pérez Conesa¹, S. Terraza¹ y J. Aguirre¹

¹Servicio de Medicina Interna. Hospital Universitario Miguel Servet. Zaragoza. ²Servicio de Medicina Interna. Hospital Universitari Sant Joan de Reus. Reus, Tarragona.

Objetivos. La enfermedad de Alzheimer (EA) es la causa más frecuente de demencia en los países occidentales. Su causa es desconocida pero se ha relacionado con la edad, determinantes genéticos, ambientales, y algunos factores de riesgo cardiovascular. Aunque se

ha establecido una clara asociación con el genotipo Apo E4, su relación con los niveles de apolipoproteína E plasmática (Apo E) no está bien definida. El objetivo de este trabajo es estudiar la asociación entre las concentraciones plasmáticas de Apo E y el genotipo Apo E en una muestra de pacientes con EA y controles.

Material y métodos. Se seleccionaron 93 casos diagnosticados de EA con MEC (Mini Examen Cognoscitivo) menor o igual a 23, entre los 54 y 90 años, media 74,6 (DE 7,4) de ambos sexos (45,2% hombres), y se compararon con un grupo control de 96 sujetos de similar edad y sexos. A todos ellos se les realizó un examen clínico y test neuropsicológico según los criterios de DMS-IV, NINCDS-ADRDA, ICD-10, MEC y escala modificada de isquemia. Se determinaron parámetros bioquímicos que incluían niveles de vitamina B₁₂, ácido fólico sérico e intraeritrocitario, hormonas tiroideas, PCR, perfil lipídico, concentraciones plasmáticas de Apo E por inmunoturbidimetría y genotipo Apo E por PCR tras digestión de Hha I.

Resultados. El genotipo E4 fue más frecuente en pacientes con EA que en controles (49,5% vs 19,7%, p < 0,0001) y las concentraciones plasmáticas de Apo E fueron significativamente inferiores (p = 0,008) en los pacientes EA, 43,6 mg/l (DE 9,9) respecto a los controles, 48 mg/l (DE 12,6). Además, las cifras de Apo E sérica fueron inferiores en los sujetos con genotipo Apo E4, 41,7 mg/l (DE 8,9) en heterocigotos y 37,4 mg/l (DE 6,6) en homocigotos, respecto a 48,1 mg/l (DE 12) de los sujetos que no presentaban genotipo E4 (p = 0,0001). El análisis multivariante (regresión logística con variable dependiente final de presencia o no de EA) mostró una *Odds ratio* para la presencia de al menos un alelo E4, corregida para el resto de las variables, de 4,09 (IC 95%: 1,94-8,65; p = 0,0001) y para la presencia de cifras inferiores a 44 mg/l de Apo E, una *Odds ratio* corregida de 2,15 (IC 95%: 1,08-4,29; p = 0,008). Finalmente, los valores plasmáticos de Apo E mostraron una asociación positiva con los niveles de triglicéridos, colesterol total y genotipo Apo E2.

Discusión. La relación de la EA con el genotipo Apo E4 ha sido bien establecida en varios estudios, pero el papel de la Apo E plasmática en la EA sigue sin estar aclarado. Nuestros resultados coinciden con otros trabajos que observan concentraciones plasmáticas disminuidas de Apo E en pacientes EA respecto a los que no presentan esta patología. Estas diferencias son atribuibles a la distribución de los genotipos Apo E, ya que en la EA existe un aumento de la prevalencia de E4 que condiciona concentraciones plasmáticas más bajas de Apo E. Sin embargo, los resultados del estudio multivariante realizado en este trabajo sugieren que tanto el genotipo Apo E4 como los niveles disminuidos de Apo E plasmática se asocian significativamente y de forma independiente con la presencia de EA. Es posible que la asociación directa de los niveles de Apo E con determinados parámetros lipídicos contribuyan a explicar las anteriores asociaciones clínico-biológicas.

Conclusiones. La presencia de EA en nuestros pacientes guardó relación significativa y de forma independiente con el genotipo Apo E4 y con concentraciones plasmáticas disminuidas de Apo E.

EA-5**INTOXICACIÓN POR DIGOXINA EN UN HOSPITAL COMARCAL**

R. Acal Arias¹, M. Laya Tomás¹, J. González Farrés², M. Termes Codina², M. Pérez Moreno³, E. Ferrer Cobo¹ y E. Llargués Rocabrana¹

¹Servicio de Medicina Interna, ²Servicio de Medicina de Familia y Comunitaria - Servicio de Medicina Int, ³Servicio de Laboratorio y Análisis Clínicos. Hospital General de Granollers. Granollers, Barcelona.

Objetivos. Describir las características y las patologías asociadas de los pacientes que presentan niveles elevados de digoxinemia en un hospital comarcal.

Material y métodos. Estudio descriptivo, retrospectivo. Se estudian los pacientes atendidos en un hospital comarcal desde 1 de abril de 2006 hasta 31 de marzo de 2007 con digoxinemia superior o igual a 2 ng/ml. Se analizan datos demográficos, antecedentes patológicos, fármacos administrados concomitantemente a digoxina, dosis administrada semanalmente, datos analíticos y manejo de la intoxicación.

Resultados. Durante el período de estudio se solicitaron al laboratorio 723 digoxinemias, de las que 185 resultaron superior o igual a 2

ng/ml (25,6%). Se excluyeron del análisis los resultados correspondientes al mismo episodio así como los pacientes en los que no se dispone de suficientes datos. Se incluyeron en el estudio 69 pacientes (18,8% varones). La edad media fue 78,2 ± 12,4 para los varones y 85,5 ± 5,5 para las mujeres. El 66,6% de pacientes residían en el domicilio familiar. Los valores de digoxina obtenidos fueron 3,28 ± 2 ng/ml (2-18,35 ng/ml). Tenían antecedente de insuficiencia renal crónica 18,8%, de hipotiroidismo 13,0%, de cor pulmonale o insuficiencia cardíaca congestiva 57,9%, de cardiopatía isquémica 13,0% y de enfermedad pulmonar obstructiva crónica 10,1%. No se registró ningún error administración ni intento de autolisis. Los pacientes seguían tratamiento con 8,0 ± 4,1 fármacos. Recibían amiodarona 15,9%, diuréticos 44,9%, inhibidores del enzima convertidor de angiotensina 31,9%. Presentaron síntomas digestivos atribuibles a la intoxicación el 24,6% de pacientes, síntomas sobre el sistema nervioso central 26,1%, síntomas generales 13,0% y trastornos en el electrocardiograma 37,7%. Presentaban cifras de creatinina > 1,2 mg/dl 63,0% pacientes. En el 39,1% de pacientes únicamente se suspendió el tratamiento con digoxina para la resolución de la intoxicación. No se registró ninguna muerte atribuida a la intoxicación por digoxina.

Discusión. La digoxina es un fármaco antiarrítmico útil y ampliamente usado en el tratamiento de la fibrilación auricular y en pacientes con insuficiencia cardíaca en clase funcional III-IV de la NYHA. Aunque la incidencia y severidad de las intoxicaciones por digoxina han disminuido, es uno de los problemas asociados a medicamentos más prevalente. No es necesario determinar niveles seriados de digoxina en pacientes estables desde el punto de vista clínico y analítico. Únicamente se deben monitorizar para optimizar la dosis terapéutica y reducir la toxicidad si existen cambios clínicos y analíticos. Se consideran tóxicos, niveles plasmáticos de digoxina superiores a 2 ng/ml. Múltiples tratamientos concomitantes y situaciones clínicas favorecen la intoxicación digitalica.

Conclusiones. La intoxicación digitalica afecta con más frecuencia a mujeres de edad avanzada, con insuficiencia cardíaca y renal de base y que siguen tratamiento con diuréticos. Los síntomas de presentación más frecuentes son los que afectan al sistema nervioso central, detectándose en la mayoría de pacientes trastornos en el ECG. La intoxicación habitualmente se resuelve con la suspensión temporal del fármaco.

EA-6

ESCALA DE WELLS Y DÍMERO D: ¿ÚTILES EN EL DIAGNÓSTICO DE TROMBOEMBOLISMO PULMONAR DEL PACIENTE GERIÁTRICO?

R. Salas, R. Coll, X. Jané, C. Fornós, P. Torras, J. Delás, N. Parra y F. Rosell

Servicio de Medicina Interna. Hospital Universitari Sagrat Cor. Barcelona.

Objetivos. El diagnóstico de tromboembolismo pulmonar (TEP) en el anciano puede ser difícil. La mortalidad del TEP en este grupo de edad es alta. El rendimiento de las escalas de probabilidad clínica para el diagnóstico así como el de la determinación de dímero D son aspectos controvertidos en ancianos. Pretendemos evaluar y optimizar la validez de la escala de probabilidad clínica de Wells en combinación con la determinación de dímero D para pacientes mayores de 80 años.

Material y métodos. Se realizó un estudio de casos y controles prospectivo sobre 83 pacientes de 80 o más años bajo sospecha clínica de TEP, registrados secuencialmente desde diciembre de 2004 a abril de 2007 en un Hospital Universitario. Se consideraron casos (27 pacientes) aquellos en los que se confirmó TEP mediante gammagrafía pulmonar de ventilación perfusión y/o angioTAC pulmonar. Se recogieron datos sociodemográficos y clínicos, tests de laboratorio y pruebas de imagen. En una primera fase, el cálculo de parámetros de validez interna [sensibilidad (S), especificidad (E), valor predictivo positivo (VPP), valor predictivo negativo (VPN)] obtenidos a partir de la curva receiver-operating characteristic (ROC), así como el área bajo la curva (ABC) se realizó de manera independiente para la Escala de Wells y el dímero D. Posteriormente, se optimizó el criterio de clasificación de la sospecha clínica mediante la combinación de la Escala de Wells y la determinación de dímero D y se recalcularon los parámetros de validez interna. Los datos se procesaron con el programa SPSS 12.0.

Resultados. La prevalencia de TEP para los 83 pacientes [edad media = 85,36 años (4,4)] con sospecha clínica de TEP fue de 33,3% (27 en total). El punto óptimo de corte según la curva ROC para la Escala de Wells se fijó en 1,5 puntos con S = 75,9 (IC 95% 56,6-89,7), E = 57,4 (IC 95% 42,2-79,7), VPP = 53,8, VPN = 78,5. Su ABC fue de 0,7 (IC 95% 0,56-0,78). El punto óptimo de corte según la curva ROC para la determinación de dímero D se fijó en 576 ng/mL con S = 100 (IC 95% 80,3-100), E = 10,7 (IC 95% 2,4-28,3), VPP = 35,8, VPN = 100. Su ABC fue de 0,7 (IC 95% 0,51-0,80). Atendiendo a estos puntos de corte, el VPN fue del 100% para la categoría Escala de Wells negativa y dímero D negativo y del 92% para Wells negativo con dímero D positivo. El VPP fue del 55,2% para la categoría Escala de Wells positiva y Dímero D positivo y sólo del 7,6% para Wells negativo y dímero positivo.

Discusión. La determinación del dímero D en el anciano con sospecha clínica de TEP es de poca ayuda en la exclusión del diagnóstico, ya que son escasas las ocasiones en las que, a pesar de que no se confirme TEP, resulta negativo. La positividad cuenta con bajo VPP. Su determinación es además costosa, tanto a nivel económico como temporal. En la mayoría de situaciones no nos permite ahorrar una prueba de imagen y en caso de indicarla, es negativa en muchas ocasiones. La escala de Wells con punto de corte en 1,5 puntos ofrece una clasificación más real de la sospecha clínica de TEP en el anciano y cuenta con parámetros aceptables de S Y VPN. La combinación de la Escala de Wells y el dímero D, en la práctica, permite excluir el diagnóstico en 92 de cada 100 pacientes con sospecha clínica de TEP que presenten dímero D positivo (escenario muy frecuente pero poco concluyente) y Wells negativo. Todo ello puede ayudar a replantear el uso de las pruebas de imagen en el diagnóstico de TEP.

Conclusiones. En los ancianos con sospecha clínica de TEP el uso combinado de la Escala de Wells y el dímero D mejora el proceso de toma de decisiones clínicas y ayuda a racionalizar el uso de recursos en el diagnóstico de TEP.

EA-7

REINGRESOS Y REVISITAS A URGENCIAS AL MES Y A LOS TRES MESES DESPUÉS DE UN PRIMER INGRESO EN HOSPITALIZACIÓN DOMICILIARIA

A. San José Laporte¹, J. Pérez López¹, C. Alemán Llansó¹, E. Rodríguez González², M. Vélez Miranda¹, L. Armadans Gil³ y M. Vilardell Tarrés¹

¹Servicio de Medicina Interna, ²Servicio de Neumología,

³Epidemiología y Medicina Preventiva. Hospitals Vall d'Hebron. Barcelona.

Objetivos. 1) Analizar los reingresos hospitalarios y las visitas a urgencias 1 y 3 meses después de un primer episodio de hospitalización a domicilio. 2) Comparar dichos ingresos y visitas a urgencias con los mismos períodos previos a la hospitalización a domicilio.

Material y métodos. Desde abril de 2006 a febrero de 2007 recogida sistemática de todos los pacientes que han realizado un primer ingreso en una Unidad de Hospitalización a Domicilio en los equipos de Medicina Interna y Neumología. Recogida sistematizada de datos a partir de la historia clínica y la estación clínica del hospital durante el episodio de hospitalización domiciliar. Tres llamadas telefónicas a los tres meses del alta durante diferentes horas y nueva revisión de la estación clínica hospitalaria. Variables recogidas durante el ingreso: Edad, sexo, ingresos previos al mes y a los 3 meses, visitas a urgencias previas al mes y a los tres meses, procedencia del paciente, días de estancia, diagnóstico principal, índice de charlson, índice de barthel, destino al alta. Variables recogidas a los tres meses: Ingresos posteriores al mes y a los tres meses, visitas a urgencias al mes y a los tres meses. En el análisis estadístico se ha aplicado la prueba de McNemar

Resultados. Entre abril de 2006 y febrero de 2007 ingresaron 233 pacientes de forma consecutiva por primera vez en la Unidad de Hospitalización a Domicilio en los equipos de medicina interna y neumología. En una primera fase se excluyeron del estudio a 27 (11,5%) pacientes que tuvieron que volver al hospital durante el episodio de hospitalización a domicilio, entrando en el seguimiento 206 pacientes que finalizaron el ingreso en la Unidad y fueron remitidos a su médico de cabecera o a consultas del hospital. De éstos, fueron excluidos en una segunda fase 24 (11,5%) pacientes al no poderse

contactar a los 3 meses, y 13 (6,5%) que fueron éxitos durante el seguimiento, quedando finalmente 169 pacientes que completaron tanto el ingreso en Hospitalización a Domicilio como el seguimiento de 3 meses. La edad media de los pacientes fue de 70 (14) años y 88 (52%) eran mujeres. La procedencia en 75 (44,5%) y 73 (43%) pacientes fue de las salas de hospitalización y urgencias respectivamente. Los diagnósticos principales fueron infección del tracto urinario y prostatitis en 33 (19,5%) pacientes, infección vías respiratorias en 31 (18,5%), EPOC agudizado en 29 (17%), insuficiencia cardíaca agudizada en 20 (12%) y celulitis en 14 (8,5%). El índice de Charlson medio fue de 2 (1,8) y el índice de Barthel medio de 81 (28). La estancia media fue de 11,5 (8,3) días, y 112 (66,5%) pacientes fueron dados de alta a su médico de cabecera y 57 (33,5%) remitidos a consultas del hospital. Los ingresos durante los 3 meses previos y los 3 meses posteriores al episodio de hospitalización a domicilio pasaron de 51 (30%) a 39 (23%) respectivamente ($p = 0,111$), y los ingresos durante el mes previo y el mes posterior pasaron de 35 (20,5%) a 18 (10,5%) respectivamente ($p = 0,006$). Las visitas a urgencias durante los 3 meses previos y los 3 meses posteriores al episodio de hospitalización a domicilio pasaron de 51 (30%) a 44 (26%) respectivamente ($p = 0,410$), y las visitas a urgencias durante el mes previo y el mes posterior pasaron de 40 (23,5%) a 21 (12,5%) respectivamente ($p = 0,005$).

Conclusiones. 1) Se trata de un grupo de pacientes con comorbilidad moderada, incapacidad leve, con un alto consumo deservicios hospitalarios (urgencias e ingresos), y que ingresan en una Unidad de Hospitalización a Domicilio por patologías médicas agudas. 2) Durante los tres meses posteriores al ingreso en la Unidad de Hospitalización a Domicilio existe una reducción de las visitas a urgencias e ingresos hospitalarios, especialmente durante el primer mes pdepués del alta médica.

EA-8

EL PACIENTE CON NEUMOPATÍA CRÓNICA Y COMORBILIDAD: DIFERENCIAS CON EL RESTO DE PACIENTES PLURIPATOLÓGICOS

M. Fernández Miera

Unidad de Hospitalización Alternativa. Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. Santander, Cantabria.

Objetivos. La experiencia clínica del internista revela que, en muchas ocasiones, el paciente hospitalario con una neumopatía crónica (obstrucción al flujo aéreo, insuficiencia respiratoria y/o cor pulmonale), además de tener una edad avanzada, es portador de otros procesos que añaden discapacidad funcional y fragilidad al sujeto, habiéndose generalizado la denominación de paciente pluripatológico (PPP) para este tipo de enfermo. Por las implicaciones que ello pudiera suponer en su manejo asistencial es importante conocer su perfil diferencial con el resto de PPP, sobre todo en cuanto a carga y tipología de su comorbilidad.

Material y métodos. La muestra del estudio estuvo formada por 4.310 de las 34.645 altas ocurridas en 2003 en todo el hospital. Se identificaron y clasificaron los PPP mediante la definición funcional (DF) publicada en 2002 en el Programa de Asistencia Integral al PPP de la Consejería de Sanidad de Andalucía. Se trata de un estudio retrospectivo en el que la única fuente de datos fue el conjunto mínimo básico de datos al alta hospitalaria (CMBDAH) Se midieron variables demográficas (edad, sexo) y de gestión hospitalaria (tipo de ingreso, área de ingreso, servicio de ingreso, tipo de alta, estancias generadas) Se realizó un análisis bivariante para comparar el PPP neumópata con el resto de PPP. Se usaron como estadísticos: chi cuadrado (para variables cualitativas) y t de Student (para variables cuantitativas)

Resultados. El 16,9% (730) de los pacientes de la muestra eran PPP en el momento del alta. De estos últimos el 44% (321) se encuadraba en la categoría de neumópata crónica de la DF. Se detectaron más varones entre los PPP neumópata que entre el resto (75,4% versus 57%, $p < 0,001$) No hubo diferencias estadísticamente significativas ni en la edad (73,1 versus 71,7 años) ni en la proporción de ingresos urgentes (73,8% versus 73,1%) ni en el porcentaje de ingresos en el área médica (77,6% versus 75,6%) ni en las altas a su domicilio (82,6% versus 85,3%) ni en el número de estancias generadas (13,9 versus 12,8) Los PPP neumópata tenían dos o más categorías de comorbilidades asociadas con más frecuencia que el resto de

PPP (43% versus 15,2%, $p < 0,001$) Los PPP neumópata tenían menos cardiopatías crónicas (insuficiencia cardíaca, cardiopatía isquémica) (43,9% versus 55,3%, $p < 0,01$), menos patologías de la categoría B (artropatías crónicas, vasculitis, insuficiencia renal crónica) (8,7% versus 15,2%, $p < 0,01$), menos enfermedades neurológicas discapacitantes (19,6% versus 35,2%, $p < 0,001$) y menos problemas de la categoría F (arteriopatía periférica, diabetes complicada excepto cardiopatía isquémica) (42,1% versus 67,2%, $p < 0,001$) No existían diferencias estadísticamente significativas entre ambos grupos en la prevalencia de enfermedad inflamatoria intestinal o hepatopatía crónica (13,4% versus 17,1%) o de procesos oncohematológicos no subsidiarios de tratamiento activo (22,7% versus 26,2%). **Conclusiones.** El PPP neumópata, salvo en su predominio de masculinidad, no se diferencia del resto de PPP en sus características demográficas y de gestión hospitalaria. Aunque la carga de comorbilidad entre los PPP neumópata es globalmente mayor que en el resto de PPP, consideradas de forma individualizada no existe una categoría de las patologías de la DF de PPP que esté especialmente asociada a estos pacientes.

EA-9

ANTIBIOTICOTERAPIA ENDOVENOSA DOMICILIARIA EN EL PACIENTE ANCIANO

J. Pérez López, A. San José Laporte, E. Tapia Melenchón, E. Lozano Ortín, A. Barrio Guirado, L. Romera Liébana, C. Alemán Llansó y M. Vilardell Tarrés

Unidad de Hospitalización a Domicilio. Servicio de Medicina. Hospital General Vall d'Hebron - Área General. Barcelona.

Objetivos. Describir las características de la terapia antibiótica domiciliaria del paciente anciano en una unidad de hospitalización domiciliaria integrada en un servicio de medicina interna.

Material y métodos. Se realizó un estudio prospectivo y descriptivo de todos los pacientes mayores de 65 años ingresados en nuestra unidad derivados del área de hospitalización o de urgencias desde marzo de 2006 hasta abril de 2007.

Resultados. Se incluyeron un total de 116 pacientes. La edad media fue 77,1 años (rango 65-99 años), por sexos 66 mujeres (56,9%) y 50 hombres (43,1%). El Barthel medio fue de 81,7 (rango 0-100). La duración media del tratamiento antibiótico endovenoso fue de 9,6 días (rango 1-60 días). Las infecciones tratadas fueron: 55 infecciones respiratorias (47,4%), 33 infecciones de vía urinaria (28,4%), 21 celulitis (18,1%), 6 abscesos intraabdominales (5,1%) y 1 bacteriemia sin foco. El agente infeccioso aislado más frecuente fue la *Escherichia coli* y los antibióticos más utilizados fueron la ceftriaxona y el ertapenem. La complicación más frecuente durante el tratamiento fue la flebitis en el 10,5% de los casos. No se describió ningún efecto secundario derivado del tratamiento antibiótico. Se completó el tratamiento en el 91% de los casos, 10 casos precisaron de reintegro hospitalario.

Conclusiones. La antibioticoterapia domiciliaria es una alternativa segura en el tratamiento de una gran variedad de infecciones en el paciente anciano.

EA-10

CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS, FUNCIONALES, COGNITIVAS Y DE COMORBILIDAD EN ANCIANOS INGRESADOS

R. Dolz Aspas, M. Calpe Gil, L. Mouronval Morales, G. Pérez Vázquez, A. Fernández Alemán, L. García Aragón y P. Gracia Sánchez

Servicio de Medicina Interna. Hospital Obispo Polanco. Teruel.

Material y métodos. Estudio prospectivo de todos los pacientes ingresados en especialidades médicas del Hospital Obispo Polanco de Teruel, durante el mes de febrero de 2006. A todos ellos se les evaluó con 3 escalas (el estado funcional mediante el índice de Barthel, el estado cognitivo mediante el mini examen cognoscitivo de lobo (MEC) y la comorbilidad mediante el índice de Charlson). Se analizaron además las variables demográficas y los diagnósticos.

Resultados. Del total de 194 pacientes ingresados, 134 (el 81,3%) fueron mayores de 65 años, de los que el 38,8% eran mayores de 80 años. El 38,8% eran mujeres. La edad media fue de 78 años (DS 6,84). El 81,3% vivían en su domicilio y el 18,7% en residencia. Un

27,6% presentaban deterioro cognitivo previo, con una puntuación inferior a 24 en el MEC, y un 36,6% alguna alteración de la visión y/o audición. El índice de Barthel 2 semanas antes del ingreso era mayoritariamente independiente, pese a la avanzada edad de los pacientes ingresados. El índice de comorbilidad de Charlson era de 2,44 (SD 2,19). Las enfermedades que propiciaron el ingreso fueron bronconeumonía en un 23,8%, insuficiencia cardíaca en un 14,2% y cardiopatía isquémica en un 11,2%. El 59,7% eran ya considerados al ingreso pacientes pluripatológicos.

Conclusiones. Como conclusión, destacar la buena calidad de vida previa de nuestros pacientes pese al alto porcentaje de pluripatología previa. El elevado porcentaje de deterioro cognitivo en los ancianos ingresados se relaciona con la elevada edad media, un alto porcentaje de ellos procedentes de centros geriátricos, y un deterioro en hospitalizados coincidiendo con una fase de descompensación aguda y cuadros confusionales durante el ingreso.

EA-11 REINGRESOS EN MEDICINA INTERNA DE PACIENTES CON FRACTURA DE CADERA

S. Nistal, R. Barba, J. Losa, I. Gonzalez-Anglada, C. Guijarro, L. Moreno, V. Castilla y A. Zapatero

Servicio de Medicina Interna. Fundación Hospital Alcorcón. Alcorcón, Madrid.

Objetivos. Los pacientes con fractura de cadera son enfermos especialmente frágiles cuya mortalidad a medio plazo se ha demostrado elevada. Nos propusimos analizar la tasa de reingresos y las complicaciones de pacientes intervenidos de prótesis de cadera en nuestro centro.

Material y métodos. Se estudiaron los datos demográficos, características clínicas, diagnósticos principales e indicadores de calidad, los reingresos, y la mortalidad inicial y a largo plazo de los pacientes ingresados para colocación de una prótesis de cadera en Fundación Hospital Alcorcón durante los años 1999-2006. Los datos se obtuvieron del CMBD (conjunto mínimo de datos) del centro, en dicha base se registra la fecha de ingreso y de alta, si el alta del paciente ha sido a su domicilio, a otro centro, es un alta voluntaria o el paciente ha fallecido, el sexo, el servicio de ingreso y datos clínicos como el diagnóstico principal y los diagnósticos secundarios, así como los procedimientos quirúrgicos y terapéuticos.

Resultados. Durante el período de estudio se ingresaron en nuestro centro 2.418 pacientes con fractura de cadera, que generaron un total de 4215 episodios. El 75,9% eran mujeres, la edad media era de 79,5 (SD 16,2) y el peso medio del GRD de 3,09 (SD 1,3). Un total de 657 (27,2%) de los pacientes venían de residencia y el 45% tenían comorbilidad en el momento del ingreso. La mortalidad en el primer ingreso fue de 5,7%, falleciendo 19 pacientes en las primeras 48 horas (0,8%). La edad (86,4 SD 8,1 vs 79,1 SD 10,8) y el peso medio (4,1 SD 1,9 vs 3,0 SD 1,2) fueron significativamente superiores en los pacientes que fallecieron. El 46,1% de los pacientes reingresaron en el seguimiento, el 55% de ellos en el Servicio de Medicina Interna. Un 13,3% reingresaron por insuficiencia cardíaca, un 11,9% por problemas respiratorios, un 4% por infección de orina, y un 0,7% por embolismo pulmonar, y un 0,5% por trombosis venosa profunda. El peso medio del GRD de los reingresos fue de 2,1 y el número de pacientes con comorbilidad superó el 70%. Un 3,7% lo hicieron por complicaciones derivadas directamente de la cirugía (necesidad de reintervención o retirada de prótesis), aunque en todos los casos menos en uno este nuevo ingreso se realizó más allá de un mes de la intervención. El tiempo medio de seguimiento fue de 362,0 días, el 12,1% falleció durante el seguimiento. Los reingresos precoces fueron sobre todo por problemas cardíacos y respiratorios (14,3%, 11,2%).

Discusión. Los pacientes intervenidos de fractura de cadera en nuestro centro tienen una tasa de reingresos elevada, la mayoría de los cuales son por problemas médicos y se dan en servicios de medicina interna. La mortalidad durante el seguimiento es superior al 12%, y refleja la gravedad de los pacientes y la comorbilidad que tienen. Curiosamente la comorbilidad de estos individuos no aparece bien reflejada en los informes de alta de los ingresos de traumatología, donde sólo el 45% tienen un Chalsón superior a 0, mientras que el porcentaje se eleva al 71,3% cuando los mismos pacientes son dados de alta de servicios médicos.

EA-12 MALNUTRICIÓN EN LA SENILIDAD EXTREMA

R. Ríos Fernández, M. Rodríguez Rodríguez y A. Rodríguez Cuartero

Grupo de Investigación de Medicina Interna I. Facultad de Med. Hospital Universitario San Cecilio. Granada.

Objetivos. Evaluar la prevalencia de la malnutrición de los nonagenarios ingresados en un servicio de Medicina Interna en los últimos cinco años (2001-2005).

Material y métodos. Se estudiaron 322 sujetos de ambos sexos de edades entre 90-99 años. Se descartaron 72 a falta de alguno de los parámetros de estudio. Quedaron seleccionados 250, de los que eran varones 69 (27,6%) y mujeres 181 (72,4%). Todos ingresados por pluripatologías, que en la mayoría de los casos, determinan las causas de la malnutrición. En todos los casos seleccionados se determinaron parámetros antropométricos (peso, talla y pliegues) y parámetros proteicos (albúmina y transferrina, por métodos inmunoquímicos). Los desnutridos se clasificaron en grados: ligero (albúmina 3-3,4 g/dl), moderado (albúmina 2,5-2,9 g/dl) y severo (albúmina < 2,5 g/dl).

Resultados. Hubo un predominio masivo de nonagenarios femeninos frente a masculinos, siendo la distribución de la desnutrición la que se expone en la tabla 1. De acuerdo con la intensidad de la desnutrición observamos los casos que se exponen en la tabla 2. Sólo hubo 22 casos normonutridos (18 mujeres y 4 hombres).

Discusión. La malnutrición proteica es un síndrome de elevada prevalencia en los enfermos hospitalizados siendo extremadamente elevada en los enfermos seniles. En nuestro estudio de 250 enfermos nonagenarios con pluripatología sólo hubo 22 casos normonutridos. Los restantes 228 casos (91,2%) estaban desnutridos, en grado ligero, moderado o severo. El interés del diagnóstico y tratamiento de la malnutrición es grande ya que: 1) disminuye las estancias hospitalarias, 2) evita la aparición de úlceras de decúbito, 3) evita la aparición de edemas, 4) disminuye la mortalidad.

Tabla 1. (EA-12).

	Nº casos	%
Mujeres desnutridas	169	93,3
Hombres desnutridos	65	94,2

Tabla 2. (EA-12).

	Ligera	Moderada	Severa
Mujeres	22,4%	60,3%	17,15%
Hombres	33,8%	50,7%	15,7%

EA-13 HEMATOMA RETROPERITONEAL ESPONTÁNEO INDUCIDO POR ANTICOAGULANTES

A. Jiménez Sáinz¹, L. Guerrero¹, E. Polo², C. Obradors³ y V. Dourdil³

¹Servicio de Medicina Interna, ²Unidad de Oncología, ³Servicio de Hematología. Hospital Ernest Lluch Martín. Calatayud, Zaragoza.

Objetivos. La patología del espacio retroperitoneal es diversa. El hematoma retroperitoneal espontáneo asociado a tratamiento anticoagulante es infrecuente. Presentamos dos casos de hematoma retroperitoneal espontáneo uno de ellos asociado a enoxiparina a dosis profilácticas y el otro en tratamiento con acenocumarol.

Material y métodos. Caso 1: paciente de 77 años con antecedentes de EPOC, que ingresa por inestabilidad en la marcha y reagudización de EPOC limitando su situación a cama-sillón por lo que recibe tratamiento profiláctico con enoxiparina. Se realizó TAC craneal que confirmó lesión cerebelosa izquierda primaria. Al 8 día de su ingreso presenta dolor abdominal intenso difuso sin claros signos de irritación peritoneal. 12 horas después del inicio del dolor presentó hematoma inguinal y cara interna de pierna derecha así como masa

palpable a ese nivel. Análiticamente presentaba discreta anemia (Hb 12; HTO 34 VCM83) con coagulación normal. Se solicitó TAC abdominal. Caso 2: mujer de 72 años, con antecedentes de HTA, prótesis de cadera derecha por coxartrosis, y tromboembolismo pulmonar bilateral, portadora de un filtro de cava y en tratamiento con sintron. Ingresó por dolor abdominal izquierdo con irradiación a cadera izquierda. Análiticamente presentaba anemia (Hb 9,8; HTO 29; VCM 87) con coagulación normal (INR 2,6 Índice de Quick 29%). Se solicitó TAC abdominal.

Resultados. Caso 1: en el TAC abdominal se objetivó aumento de densidad del músculo Psoas derecho y fundamentalmente del iliaco iliaco derecho compatible con hematoma. Se suspendió el tratamiento con heparina de bajo peso molecular y se mantuvo en observación con mejoría clínica y radiológica. El paciente rechazó completar estudio de su lesión cerebral y presentó neumonía nosocomial con mala evolución clínica falleciendo. Caso 2: en el TAC abdominal se observó ocupación del espacio perirrenal posterior izquierdo, engrosamiento de Psoas izquierdo de aspecto heterogéneo con zonas más o menos densas en su interior compatible con hematoma retroperitoneal. Se suspendió el tratamiento con Sintron y se mantuvo actitud conservadora con buena evolución clínica y radiológica. Una vez resuelto se reintrodujo de nuevo el Sintron sin presentar nuevas complicaciones.

Discusión. El tratamiento anticoagulante, no está exento de complicaciones entre ellas las hemorrágicas. La incidencia de complicaciones asociadas a HBPM no se conoce con exactitud, si bien es cierto que existen casos descritos de forma aislada, pero a diferencia de nuestro caso a dosis terapéuticas. En el caso 1, la HBPM fue requerida a dosis profilácticas, lo que nos sugiere la posibilidad de que dicho paciente presentase algún trastorno de la coagulación (déficit del factor Xa) que precipitase la aparición del hematoma. En el caso 2, objetivamos que el rango de anticoagulación se mantuvo dentro de los límites adecuados y probablemente en este caso sea la edad avanzada y la insuficiencia renal los factores que pudieron precipitar la aparición del hematoma.

Conclusiones. Consideramos dado la gran capacidad del espacio retroperitoneal que impide manifestaciones precoces, que valoremos la posibilidad de hematomas retroperitoneales en aquellos pacientes en tratamiento con anticoagulantes que presentan dolor abdominal, masa palpable y el descenso del hematocrito.

EA-14 ESTUDIO DEL DETERIORO FUNCIONAL TRAS LA HOSPITALIZACIÓN EN PACIENTES DE EDAD AVANZADA INGRESADOS EN EL SERVICIO DE MEDICINA INTERNA P. Revillo Pinilla, I. Peña León, G. Álvarez Casanovas y F. Fuentes Solsona

Servicio de Medicina Interna. Hospital Universitario Miguel Servet. Zaragoza.

Objetivos. Cerca de la tercera parte de los adultos mayores de 70 años hospitalizados por enfermedad aguda presenta deterioro de las actividades básicas de la vida diaria (ABVD) como consecuencia de la hospitalización y únicamente la mitad recupera los niveles previos de ABVD a los 3 meses del alta. Los objetivos de este trabajo han sido: 1) Identificar al ingreso pacientes ancianos con riesgo de deterioro funcional durante la hospitalización 2) Valorar el deterioro funcional en nuestros pacientes como consecuencia de la hospitalización.

Material y métodos. Población diana: Todos los pacientes mayores de 75 años ingresados en un bloque de 12 camas del Servicio de Medicina Interna durante un período de seis meses. Método: 1 Valoración funcional: Índice de Barthel (ABVD) previo a la enfermedad que motivó el ingreso (2 semanas) y al alta; 2 Valoración cognitiva: Cuestionario de Pfeiffer (SPMSQ-VE); 3 Valoración social: Escala de valoración sociofamiliar de Gijón "modificada" (no se valoran recursos económicos) 4. "Perfil de riesgo" de deterioro funcional (Hospital Admission Risk Profile-"HARP") en relación con la edad, la función cognitiva y las actividades instrumentales de la vida diaria **Resultados.** De un total de 159 ingresos el 73% (116) fueron mayores de 75 años siendo el 53% varones. La edad media fue de 83,8 años. Sólo el 30% de los pacientes era completamente autónomo para las ABVD previamente al ingreso. Respecto a la valoración cognitiva el 37% de los pacientes tuvo 4 o más errores en el cuestiona-

rio de Pfeiffer. En la valoración sociofamiliar el 10% vivía en residencia y el 38% restante se consideró que se encontraba en riesgo social o con problema social establecido. Aplicando el "HARP" el 72% de los pacientes tenía riesgo intermedio o alto de deterioro funcional. Hubo deterioro funcional en el 38% de los pacientes siendo la pérdida funcional superior a 25 puntos en el índice de Barthel en el 44% de ellos.

Discusión. Los pacientes mayores de 75 años que ingresan en nuestro Servicio son en su mayoría dependientes para las ABVD y gran parte presenta deterioro cognitivo (están incluidos los pacientes que cursaron con síndrome confusional agudo). Nuestros resultados son similares a otros trabajos publicados en nuestro país y ponen de manifiesto el alto riesgo de deterioro funcional como consecuencia de la hospitalización en los pacientes de edad avanzada. La situación funcional es muy valorada por el paciente y debería ser objetivo prioritario de la atención médica. Además, la pérdida funcional durante la hospitalización es un factor de mal pronóstico (muerte, reingreso e institucionalización) y está asociada a aumento de estancia hospitalaria

Conclusiones. La hospitalización y no la enfermedad puede ser el factor decisorio en la capacidad funcional del anciano al alta. El alto riesgo de deterioro funcional debería apoyar la implantación de alternativas a la hospitalización en los pacientes ancianos y la instauración de programas de prevención del deterioro funcional (que ya han demostrado su eficacia en otros países) en los ancianos en que no pueda evitarse la hospitalización

EA-15 TRATAMIENTO DE LA FIBRILACIÓN AURICULAR EN MAYORES DE 80 AÑOS: ¿ES POSIBLE SEGUIR LAS GUÍAS? T. Catá Fábregas, C. Jericó Alba, L. Ferrer Ruscalleda, E. Samper Saldes, E. Villegas Bruguera, J. Altés Capella, R. Capmany Udaeta y F. Ferrer Ruscalleda

Servicio de Medicina Interna. Hospital Dos de Maig de Barcelona-Consorci Sanitari Integral. Barcelona.

Objetivos. La incidencia de fibrilación auricular (FA) se incrementa más del 1,5% anual en los mayores de 80 años y se asocia al aumento del riesgo a largo plazo de accidentes cerebrovasculares (AVC), insuficiencia cardíaca y mortalidad por cualquier causa, especialmente en las mujeres. La última revisión de la guía para el manejo de la FA (Circulation 2006;114:e257-e354) incluye unas directrices para el tratamiento antitrombótico en base a los factores de riesgo del paciente. El presente trabajo se analiza en los pacientes mayores de 80 años ingresados en un Servicio de Medicina Interna la prevalencia de FA y se evalúa si el tratamiento antitrombótico que recibieron se adecua al propuesto por las guías actuales.

Material y métodos. Revisión retrospectiva de historias clínicas de pacientes mayores de 80 años ingresados entre el 1 de julio y el 31 de diciembre de 2006. Se excluyó a los pacientes que fallecieron durante el ingreso así como a los que presentaban deterioro cognitivo severo, dependencia total para las actividades habituales, reingreso durante el citado período o enfermedad neoplásica diseminada. En los pacientes incluidos se calculó el índice de comorbilidad de Charlson para estimar su pronóstico de mortalidad. La guía para el manejo de la FA aconseja tratamiento anticoagulante en los pacientes con algún factor de alto riesgo (AVC, estenosis mitral o válvula cardíaca protésica) o con 2 o más factores de riesgo moderados (edad mayor o igual a 75 años, hipertensión arterial, insuficiencia cardíaca, fracción de eyección < 35%, diabetes mellitus), pudiendo utilizarse anticoagulante o antiagregante en caso de presentar un único factor de riesgo moderado.

Resultados. De las 313 historias revisadas, se excluyeron 193 (51 éxitos, 59 deterioro cognitivo, 71 dependencia total, 7 reingresos y 5 neoplasia diseminada). Finalmente se incluyeron 120 pacientes de los que 48 (40%) presentaban FA, con edad media de $87,2 \pm 5,2$ años, predominio de mujeres (70,8%) y un promedio de índice de Charlson de $2,81 \pm 1,57$. Tratamiento: 22 (45,8%) con anticoagulación oral (ACO) y 24 (50%) antiagregantes, 13 de ellos con AAS (dosis promedio de 146,15 mg/día) y 11 con clopidogrel. Dos pacientes, ambos con más de un factor de riesgo moderado no recibían ningún tratamiento antitrombótico. De los 22 pacientes con ACO, 11 tenían algún factor de riesgo mayor y 10 de los restantes

2 o más factores de riesgo moderados. Entre los no anticoagulados, 6 tenían algún factor de alto riesgo (5 AVC y 1 estenosis mitral) y sólo 2 tenían la edad como único factor de riesgo moderado. Nueve (37,5%) de los pacientes antiagregados con indicación de ACO presentaban contraindicaciones formales para la anticoagulación (4 por hemorragia digestiva y 5 por caídas frecuentes). Los 15 pacientes restantes (11 de ellos > 90 años) con indicación de ACO tenían criterios de fragilidad geriátrica.

Conclusiones. En pacientes ingresados mayores de 80 años, con aparente buen pronóstico, la prevalencia de FA es elevada, siendo el porcentaje de pacientes anticoagulados inferior al recomendado por las guías al estratificar por riesgo. Para facilitar la adecuada terapia antitrombótica de estos pacientes debe evaluarse de forma individual cada caso, así como implantar medidas de control del tratamiento en coordinación con la Atención Primaria.

**EA-16
ANÁLISIS DE LOS TÉRMINOS Y LOS RANGOS DE EDAD UTILIZADOS POR LOS INTERNISTAS PARA DESIGNAR A LOS PACIENTES DE EDAD AVANZADA**

L. López Jiménez¹ y E. Ruiz Peralta²

¹Servicio de Medicina Interna, ²Servicio de Medicina Familiar y Comunitaria. Hospital Universitario Reina Sofía. Córdoba.

Objetivos. Analizar los términos y los rangos de edad con que los internistas designan a los pacientes de edad avanzada en sus comunicaciones al último Congreso de la SEMI.

Material y métodos. Se han revisado los títulos de todas las comunicaciones presentadas al XXVII Congreso Nacional de la Sociedad Española de Medicina Interna (SEMI), Salamanca 2006, utilizando como fuente el número especial de la Revista Clínica Española en su versión electrónica en formato cd-rom. De las 844 comunicaciones presentadas, se han seleccionado aquéllas en cuyo título aparecía algún término relativo a la edad avanzada de los pacientes, tales como anciano, paciente geriátrico, mayor y otros similares. En éstas se ha leído cuidadosamente el texto de cada comunicación buscando en el apartado de material y métodos o en cualquiera otra parte de la misma la edad a la que hacía referencia el término utilizado para designar al paciente de edad avanzada. Se ha realizado una distribución de la frecuencia de los diferentes términos y grupos de edad y se ha calculado el porcentaje de cada uno de ellos.

Resultados. Hemos encontrado un total de 31 comunicaciones en cuyo título se hace referencia a pacientes de edad avanzada. El término anciano se utilizó en 19 ocasiones, referido a pacientes > 65 años en 5 casos, a > 70 años en 4 casos, a > 75 años en 4 casos, a > 80 años en 3 casos y sin edad definida en 3 casos. Se empleó el término paciente geriátrico en 4 ocasiones, referido en 2 casos a los > 65 años y en otras 2 a los > 70 años. En una comunicación se utilizó el término edad avanzada en referencia a los > 75 años y en otra el término mayor referido a los > 65 años. En 4 comunicaciones se hacía referencia directa a la edad concreta de los pacientes utilizando el vocablo nonagenario en 2 casos y la cifra concreta de la edad (> 65 y > 80 años, respectivamente) en otros 2 casos. Además, hemos encontrado 2 comunicaciones en las que se utilizó la expresión muy anciano, referido en un caso a los > 90 y en otro a los > 95 años. Considerando para su análisis como sinónimos los términos anciano, paciente geriátrico, mayor y paciente de edad avanzada, éstos se utilizaron en 25 comunicaciones, en referencia a los pacientes de edad > 65 años en 8 casos (32%), de edad > 70 años en 6 casos (24%), de edad > 75 años en 5 casos (20%), de edad > 80 años en 3 casos (12%) y no se consignaba edad alguna en 3 casos (12%).

Discusión. La atención a los pacientes de edad avanzada constituye una parte fundamental de la labor de los internistas. Según el Diccionario

de la Real Academia de la Lengua Española (<http://www.rae.es>) anciano es aquella persona de mucha edad, vieja es aquella persona de edad que ya cumplió los 70 años y el término edad avanzada hace referencia al último período de la vida. Por otra parte, la palabra anciano tiene en nuestra sociedad actual una connotación de decrepitud y necesidad de cuidados que la convierte a nuestro juicio en, al menos, políticamente incorrecta, cuando no en despectiva o peyorativa. En cualquier caso es un término muy impreciso si se utiliza para designar una franja concreta de edad, como lo demuestran los resultados de este análisis. Los internistas lo utilizan indistintamente para designar a los mayores de 65, de 70, de 75 o de 80 años. Creemos que es muy importante a la hora de analizar y comparar los resultados de los estudios de los diferentes grupos de trabajo que se unifiquen los criterios para designar a los pacientes de edad avanzada. En los países industrializados se considera edad avanzada a partir de la edad de la jubilación, que es la de 65 años. El organismo de estadística de la Unión Europea Eurostat (<http://epp.eurostat.ec.europa.eu/portal>) denomina de manera muy sencilla y eficaz "elderly people" a las personas entre 65 y 79 años y "very elderly" a los mayores de 80 años.

Conclusiones. Existe entre los internistas bastante imprecisión y cierta confusión en la utilización de los términos para designar a los pacientes de edad avanzada. Se hace necesario unificar los criterios, los términos y los rangos de edad concretos para estos pacientes.

**EA-17
MEDIDAS DE PREVENCIÓN SECUNDARIA TRAS UN INFARTO AGUDO DE MIOCARDIO CON ELEVACIÓN DEL SEGMENTO ST EN ANCIANOS**

E. Sanz¹, A. Bardají¹, M. Camprubí¹, J. Mercé¹, R. De Castro¹, R. Franca² y J. Galera² y los investigadores del Grupo INDICAR

¹Servicio de Cardiología. Hospital Universitari de Tarragona Joan XXIII. Tarragona. ²Departamento Médico. Novartis Farmacéutica

Objetivos. Conocer las diferencias de manejo en base a guías en relación a la edad avanzada de las medidas de prevención secundaria en pacientes con antecedentes de infarto agudo de miocardio (IAM) con elevación del segmento ST.

Material y métodos. Estudio transversal y multicéntrico, realizado en consultas externas de cardiología de todo el territorio español. Se incluyeron consecutivamente 1.439 pacientes de edad igual o superior a 18 años con antecedentes de IAM con elevación del segmento ST, ocurrido en los 2 años previos. Las guías de referencia utilizadas fueron las de las sociedades de cardiología americana (ACC/AHA 2004) y europea (ESC 2003). Se realizó estadística descriptiva y comparación de medias ("t" de Student y U de Mann-Whitney) y proporciones (Chi-cuadrado) con el paquete SPSS versión 12.

Resultados. 247 pacientes (17,2%) tenían una edad igual o superior a 75 años. Los pacientes ancianos tenían más prevalencia de hipertensión (68,2% vs 50,7%, p < 0,01), de diabetes (38,6% vs 26,4%, p < 0,01), de localización anterior del infarto (52,2% vs 46,9%, p = ns), de fracción de eyección inferior al 40% (32% vs 21,8%, p = 0,01) y de clase Killip igual o superior a 2 en el momento de la hospitalización (46,4% vs 32,8%, p < 0,01). La adherencia a guías en el uso de fármacos indicados en prevención secundaria entre pacientes ancianos y jóvenes se expresa en la tabla 1.

Conclusiones. El mayor uso de IECAs-ARA II en ancianos parece estar relacionado a su perfil de riesgo cardiovascular. Sin embargo, existe una menor prescripción de betabloqueantes y de estatinas en ancianos, que podría ser motivo de futuros estudios.

Tabla 1. Adherencia a guías en el uso de fármacos en prevención secundaria (EA-17).

	Antiagregante-Anticoagulante	Estatinas	Betabloqueantes	IECAs-ARAII
Edad ≥ 75 años	99,2%	89,1%	77,9%	86,1%
Edad < 75 años	99,7%	93,1%	87,3%	75,6%
Significación	NS	p = 0,03	p < 0,01	p < 0,01

EA-18 DIAGNÓSTICO DE NEOPLASIA EN EL SERVICIO DE MEDICINA INTERNA

P. Sorní Moreno, E. Sánchez Ballester, R. Sanz Vila, C. García Fabra, L. Deus de la Bernardina, V. González Vallés, F. Pedro de Lelis y A. Herrera Ballester
Servicio de Medicina Interna. Servicio Hospital General Universitario de Valencia. Valencia.

Objetivos. Conocer el perfil clínico-epidemiológico de los pacientes diagnosticados de neoplasia en el Servicio de Medicina Interna de un hospital terciario.

Material y métodos. Pacientes ingresados en nuestro servicio desde Septiembre de 2002 hasta marzo de 2007 con diagnóstico principal al alta de Neoplasia. Variables analizadas: edad, sexo, motivo de consulta, 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 el programa SPSS versión 12.0.

Resultados. Recogimos 137 casos de los cuales 62% eran varones con una edad media de 76 años. Un 15,3% tuvo una Neoplasia previa. El motivo de consulta más frecuente fue por sintomatología digestiva 57,7%, acompañada de Síndrome constitucional (astenia, anorexia y pérdida de peso) en el 63% de ellos, un 16% consultó por síndrome febril. El tiempo medio de evolución de los síntomas fue 30 días. En la exploración física hallamos signos-guía en el 73,7% (101) de los pacientes, entre ellos destaca la Hepatomegalia en el 40% (50). La localización más frecuente fue Intestino grueso 22,4% (31), Primario desconocido 12,4% (17), Pulmón 10,9% (15), Páncreas 10,2% (14), Vías biliares (13), Próstata 8,8% (12), Gástrico 7,3% (10) y otros 12,4% (17). Se realizó biopsia a un 66,4% (91) en un 2,2% no fue concluyente. Los Marcadores tumorales se solicitaron en el 86% de los casos, estando elevados en el 67,9% (93). Se realizó TAC al 92%, ECO al 46%, IRM al 16% y técnicas endoscópicas al 52,6%. Se detectó diseminación de la enfermedad en el 81% (111), de ellos el 35,7% (49) en 2 o más órganos. En cuanto a la localización de las metástasis, el hígado, 43,8% (60), fue el más afectado seguido de pulmón 10,2% (14) y carcinomatosis peritoneal 11,7% (16). La estancia media de ingreso fue de 11 días. Un 63,5% (87) recibió tratamiento paliativo, un 20,4% (28) requirió cirugía precoz y un 19,7% recibió QT o RT. El seguimiento del 52,6% (72) fue a cargo de Oncología y el 11,7% por UHD. Fallecieron durante el ingreso 19,7% (27).

Conclusiones. 1) El paciente diagnosticado de Neoplasia nuestro servicio es un varón, anciano y clínicamente deteriorado. 2) El motivo de consulta más frecuente es el Síndrome constitucional asociado a síntomas digestivos. 3) El primario más frecuente es en intestino grueso. 4) En el 35% de los pacientes no se pudo realizar confirmación histológica dada la situación clínica. 5) Se requirieron numerosas pruebas complementarias para el diagnóstico, TAC en el 100%. 6) El 63,5% fue subsidiario de cuidados paliativos. 7) El seguimiento fue mayoritariamente por el servicio de Oncología. 8) La mortalidad durante el ingreso fue alta.

EA-19 SÍNDROME CONFUSIONAL AGUDO Y COMORBILIDAD EN ANCIANOS INGRESADOS POR PATOLOGÍA MÉDICA

R. Dolz Aspas¹, M. Calpe Gil¹, L. Mouronval Morales¹, G. Pérez Vázquez¹, A. Fernández Alamán¹, L. García Aragón² y P. Gracia Sánchez²

¹Servicio de Medicina Interna, ²Servicio de Medicina Familiar y Comunitaria. Hospital Obispo Polanco. Teruel.

Objetivos. El delirium o Síndrome confusional agudo constituye un problema frecuente durante el ingreso hospitalario en los pacientes con edad avanzada. Estudiamos la aparición de delirium y sus características en los pacientes ingresados.

Material y métodos. Estudio prospectivo de 134 pacientes mayores de 65 años ingresados por patología médica. A todos ellos se les evaluó con 3 escalas, el estado funcional mediante el índice de Barthel, previamente al ingreso, el estado cognitivo mediante el minexamen cognoscitivo de Lobo (MEC), y la comorbilidad mediante el índice de

Charlson. Además recibieron seguimiento diario para conocer quien presentaba un síndrome confusional agudo durante el ingreso.

Resultados. De los 134 pacientes el 38,8% (n = 52) eran mujeres. Presentaron una edad media de 78 años de los que el 38,8% eran mayores de 80 años. El 81,3% previamente vivían en su domicilio y el 18,7% en una residencia. Un 27,6% presentaban deterioro cognitivo previo y un 36,6% alguna alteración de la visión y/o audición. El Barthel 2 semanas antes del ingreso era mayoritariamente independiente, pese a la avanzada edad de los pacientes ingresados. El 59,7% eran ya considerados al ingreso pacientes pluripatológicos. El índice de Charlson era de 2,44 (DS2,19) Un 18% de los pacientes (n = 24) presentó un síndrome confusional agudo, en un 3% de los casos fue el motivo de ingreso hospitalario. El tipo más frecuente el hiperactivo (68%), de predominio nocturno (76%) y la duración presentada de 32 horas. Los pacientes que desarrollaron delirium presentaron una diferencia significativa respecto a los que no en el índice de Barthel, pluripatología previa y deterioro cognitivo. Importante destacar que un 70% de pacientes fueron dados de alta a su domicilio, frente a un 4,5% que fallecieron. Sin embargo, los 6 pacientes fallecidos presentaron algún episodio confusional.

Conclusiones. Los cuadros de delirium en nuestra muestra se dan en pacientes con un mayor grado de dependencia, pluripatología previa y deterioro cognitivo, con una aparente relación entre los episodios de delirium y éxitus. Datos que deberían tenerse en cuenta para prevenir el cuadro confusional en los pacientes ancianos que son hospitalizados.

EA-20 EL PACIENTE CON CARDIOPATÍA CRÓNICA Y COMORBILIDAD: DIFERENCIAS CON EL RESTO DE PACIENTES PLURIPATOLÓGICOS

M. Fernández Miera

Unidad de Hospitalización Alternativa. Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. Santander, Cantabria.

Objetivos. La experiencia clínica del internista revela que, en muchas ocasiones, el paciente hospitalario con una cardiopatía crónica (insuficiencia cardíaca, cardiopatía isquémica), además de tener una edad avanzada, es portador de otros procesos que añaden discapacidad funcional y fragilidad al sujeto, habiéndose generalizado la denominación de paciente pluripatológico (PPP) para este tipo de enfermo. Por las implicaciones que ello pudiera suponer en su manejo asistencial es importante conocer su perfil diferencial con el resto de PPP, sobre todo en cuanto a carga y tipología de su comorbilidad.

Material y métodos. La muestra del estudio estuvo formada por 4310 de las 34,645 altas ocurridas en 2003 en todo el hospital. Se identificaron y clasificaron los PPP mediante la definición funcional (DF) publicada en 2002 en el Programa de Asistencia Integral al PPP de la Consejería de Sanidad de Andalucía. Se trata de un estudio retrospectivo en el que la única fuente de datos fue el conjunto mínimo básico de datos al alta hospitalaria (CMBDAH) Se midieron variables demográficas (edad, sexo) y de gestión hospitalaria (tipo de ingreso, área de ingreso, servicio de ingreso, tipo de alta, estancias generadas). Se realizó un análisis bivariante para comparar el PPP neumópata con el resto de PPP. Se usaron como estadísticos: chi cuadrado (para variables cualitativas) y t de Student (para variables cuantitativas)

Resultados. El 16,9% (730) de los pacientes de la muestra eran PPP en el momento del alta. De estos últimos el 50,3% (367) se encuadraba en la categoría de cardiopatías crónicas de la DF. Los PPP cardiopatías mostraron mayor edad que el resto (74,7 versus 69,9 años, p < 0,0001), fueron dados de alta más frecuentemente a su domicilio (87,5% versus 80,7%, p < 0,05) y generaron menos estancias (11,6 versus 15, p < 0,001) No hubo diferencias estadísticamente significativas ni en el sexo (65,1 versus 65% varones) ni en la proporción de ingresos urgentes (75,5% versus 71,3%) ni en el porcentaje de ingresos en el área médica (78,5% versus 74,4%) Los PPP cardiopatías tenían dos o más categorías de comorbilidades asociadas con más frecuencia que el resto de PPP (35,7% versus 19%, p < 0,001) Los PPP cardiopatías tenían menos patologías de la categoría B (artropatías crónicas, vasculitis, insuficiencia renal crónica) (9,8% versus 14,9%, p < 0,05), menos neumopatías crónicas (obstrucción al flujo aéreo, insuficiencia respiratoria y/o cor pulmonale) (38,4% versus 49,6%, p < 0,01), menos procesos digestivos crónicos (enfermedad inflamatoria intestinal, hepatopatía crónica) (6,8% versus

24,2%, $p < 0,001$), menos enfermedades neurológicas discapacitantes (18,3% versus 38,6%, $p < 0,001$) y menos procesos oncohematológicos no subsidiarios de tratamiento activo (14,2% versus 35,3%, $p < 0,001$). No existían diferencias estadísticamente significativas entre ambos grupos en la prevalencia de problemas de la categoría F (arteriopatía periférica, diabetes complicada excepto cardiopatía isquémica) (54% versus 58,4%).

Conclusiones. Aunque el PPP cardiopata es de edad más avanzada que el resto de PPP, genera menos estancias y es remitido más fácilmente a su domicilio en el momento del alta. A pesar de que la carga de comorbilidad entre los PPP cardiopatas es globalmente mayor que en el resto de PPP, consideradas de forma individualizada casi todas las categorías de comorbilidades de la DF de PPP son menos prevalentes en estos pacientes.

EA-21 PERFIL CLÍNICO DE LOS CENTENARIOS INGRESADOS EN UN HOSPITAL DE AGUDOS

M. Cabeza Brasa, I. Marina, O. Torres y D. Ruiz

Servicio de Medicina Interna. Fund. de Gest. Sanitaria de I' Hospital de la Sta. Creu i Sant Pau. Barcelona.

Objetivos. Analizar el perfil clínico y evolutivo de los pacientes centenarios ingresados en un Hospital de agudos.

Material y métodos. Se revisaron las historias clínicas de los pacientes de 100 o más años que ingresaron en nuestro Hospital durante el periodo enero 06- mayo 07. Se recogieron los datos referentes a: motivo de ingreso, soporte familiar, estado funcional (Índice I-Barthel 15 d antes del ingreso), gravedad (APACHE II), comorbilidad (I Charlson), riesgo de úlceras (escala de Norton), síndromes geriátricos, datos analíticos, estancia, destino al alta.

Resultados. Se estudiaron 19 ingresos en 17 pacientes (84,2% mujeres). La edad media de los pacientes fue 102,4 (IC 95% 101,1-103,7; rango: 100-107). Previo al ingreso el Índice de Barthel era de 15,7 (IC 95% 0-31,3), en el 58% el I. Barthel era 0. El 58% vivía con la familia, 21,1% solos y 21,1% en residencia. Entre los motivos de ingreso destacan: infección respiratoria (7 pacientes), insuficiencia cardíaca (3), infección de orina (3), "failure to thrive" (1), fractura de fémur (1) y colocación de marcapasos (1). El 84,2% ingresaron en el Servicio de Medicina Interna. Al ingreso: APACHE 11,7 (IC 95% 8,6-13,5), I. Charlson 1,2 (IC 95% 0,7-1,7), I. Norton 7,4 (IC 95% 3,9-10,9). Las comorbilidades más frecuentes fueron la demencia (6 pacientes), hipertensión (6), cardiopatía (6). El 68,7% presentaron uno o más síndromes geriátricos entre los que destacan: inmovilidad (5 pacientes), lesiones por presión (4) y delirium (3). La analítica mostró una creatinina de 97 (IC 95% 76,9-118) y una albúmina 31,7 (IC 28,3-35,2). La media de fármacos al alta fue: 3,8 (IC 95% 1,2-6,5). La estancia media de los ingresos fue 10,6 (IC 95% 5-16,2) días. La mortalidad intrahospitalaria fue del 21%. El 58% de los pacientes fueron alta domiciliaria y el 21% fueron institucionalizados.

Discusión. La esperanza de vida en la población española aumenta progresivamente y los pacientes que ingresan en hospitales de agudos son cada vez más mayores. Actualmente no es inusual ver pacientes nonagenarios en nuestros hospitales y comienza a ingresar algún paciente centenario. Un estudio observacional de ámbito hospitalario realizado en nuestro país (Rabuñal et al. Estado de salud de los muy ancianos: situación clínica y funcional de la población centenaria. Rev Clin Esp. 2002;202:326) muestra, al igual que nuestro estudio, que los centenarios son mayoritariamente mujeres que viven con su familia aunque nuestros pacientes se encuentran ingresados en una residencia en mayor proporción (probablemente por tratarse de un medio urbano). Se trata de pacientes con parámetros analíticos aceptables, una baja comorbilidad y una alta prevalencia de síndromes geriátricos. En cambio, en nuestros pacientes la dependencia funcional es elevada, mayor que la reportada en la serie previa donde sólo el 18% presentaban dependencia total. A pesar de ello, llama la atención que el 79% vivían en el domicilio, el 21% solos, e incluso fueron dados de alta a domicilio el 58%.

Conclusiones. Los pacientes centenarios son mayoritariamente mujeres. Ingresan principalmente en el Servicio de Medicina Interna por infecciones. Suelen tener poca gravedad, comorbilidad baja, alteraciones cognitivas crónicas (demencia) o agudas (delirium), dependencia muy importante y, por tanto, elevada frecuencia de síndromes geriátricos. La gran fragilidad y la edad extrema justifican la ele-

vada mortalidad y los ingresos en residencia. Gracias al buen soporte familiar más de la mitad son dados de alta a domicilio.

EA-22 LOS PACIENTES MUY ANCIANOS DE MEDICINA INTERNA R. Barba¹, A. Pérez², A. Rodríguez², J. Losa¹, A. Sánchez², A. Barrios², J. Satué² y A. Zapatero¹

¹Servicio de Medicina Interna. Fundación Hospital Alcorcón. Alcorcón, Madrid. ²Servicio de Medicina Interna. Hospital de Fuenlabrada. Fuenlabrada, Madrid.

Objetivos. El concepto de muy anciano va variando a medida que la población va envejeciendo. Durante años se consideraron muy ancianos los pacientes mayores de 85 años, sin embargo en el momento actual el número de pacientes atendidos en los servicios de Medicina Interna (MI) con esa edad es bastante alto, por lo que quizá convendría considerar una edad superior para la definición de 'muy ancianos'. Con el fin de ver si los pacientes mayores de 95 se diferenciaban de los mayores de 85 analizamos las poblaciones de dichas edades atendidas en MI en dos centros del sur de Madrid.

Material y métodos. Se estudiaron los datos demográficos, características clínicas, diagnósticos principales e indicadores de calidad, de los pacientes ingresados en MI de los hospitales de Fuenlabrada y Fundación Hospital Alcorcón durante los años 2005-6, comparando los pacientes de 85-95 años con los mayores de 95. Los datos se obtuvieron del CMBD (Conjunto Mínimo Básico de Datos) de ambos centros.

Resultados. Durante el periodo 2005-6 se dieron en Medicina Interna de ambos centros 13712, con una estancia media global de 8,1 días (SD 8,3), y ajustada de 7,4 (SD 5,1), un peso medio del GRD de 2,0 (SD 1,3) y una edad media de 71,2 (SD 19,0). Un total de 256 pacientes (1,9%) de la serie tenían más de 95 años, y 3285 entre 85-95 años (24%). No hubo diferencias en el peso medio del GRD (2,2 SD 1,1, vs 2,2 SD 1,2), la estancia media (7,9 SD 6,2 vs 8,1 SD 6,9), y el porcentaje de reingresos (29,5% vs 32%) el sexo 65% vs 67% entre los pacientes > 95 años y los de 85-95 años. Los pacientes 85-95 años tenían más antecedentes de cáncer (8,2% vs 2,0%, $p < 0,001$) diabetes (27,1% vs 17,1%, $p < 0,001$), cardiopatía isquémica (7,9% vs 3,9%, $p < 0,001$) que los más ancianos. Sin embargo, el número total de enfermedades es superior en los pacientes más ancianos (un 77,3% tienen al menos un índice de Charlson de 1, frente a un 71,3% de los de 85-95). Oras enfermedades como el EPOC, la insuficiencia cardíaca, las conectivopatías, o la anemia, no fueron diferentes en ambos grupos. Los muy ancianos tienen más demencia (18,8% vs 13,6%, $p = 0,025$), viven más frecuentemente en Residencia de ancianos (34,8% vs 20,3%; $p < 0,001$) y fallecen más en el ingreso (20,7% vs 14,8%, $p = 0,01$). Además el porcentaje de pacientes que fallece en las primeras horas del ingreso (7,4% vs 3,7%, $p = 0,007$) también es superior.

Discusión. Los pacientes de más de 95 años de edad son diferentes de los muy ancianos de entre 85-95 años, en situación social (viven más en residencia), enfermedades (tienen más demencia, y número de enfermedades en general, aunque menos neoplasia, menos diabetes y menos cardiopatía isquémica) y fallecen más cuando ingresan. Sin embargo otros indicadores hospitalarios como el peso medio del GRD o la estancia media no fueron muy diferentes entre ambos grupos de pacientes.

Conclusiones. Se puede considerar que los pacientes mayores de 95 son diferentes a los pacientes de entre 85-95 años ingresados en un servicio de MI.

EA-25 DETERIORO FUNCIONAL AL INGRESO EN NONAGENARIOS. ¿MARCADOR DE PEOR EVOLUCIÓN?

J. Ruiz Hernández, A. Conde Martel, M. Hemmersbach-Miller, I. Oliva Afonso, J. Rodríguez Fernández, D. Godoy Díaz y P. Betancor León

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

Objetivos. Evaluar la utilidad de cuantificar el deterioro funcional que presentan los pacientes nonagenarios hospitalizados al ingreso como predictor de una peor evolución.

Material y métodos. Se analizaron de forma prospectiva 124 pacientes con edad igual o superior a 90 años ingresados consecutivamente en un Servicio de Medicina Interna en un período de 1 año. Se recogió el índice de Barthel (IB) previamente al ingreso y durante el mismo, la diferencia entre ambos índices como expresión de deterioro funcional, las características demográficas, los diagnósticos, si el paciente fue trasladado a Centro Concertado, la estancia y mortalidad. Para comparar la diferencia en el índice de Barthel previo al ingreso y durante el mismo se utilizó el test de Wilcoxon. La relación entre variables cuantitativas y cualitativas se analizó mediante el test U de Mann Whitney y la relación entre variables cuantitativas mediante el test de correlación de Spearman.

Resultados. De los 124 pacientes, el 63,7% (n = 79) eran mujeres. La edad media fue de 92,8 años (DE 2,6). Los diagnósticos más frecuentes durante el ingreso fueron infecciones (63%), HTA (66%), insuficiencia cardíaca (46%), anemia (40%), diabetes (32%) y demencia (24%). La estancia media fue de 11,8 días (DE: 7,2). La mortalidad durante el ingreso fue 32,3%, (40 pacientes). Se trasladaron a Centro Concertado 15 pacientes (12,1%). La diferencia entre el índice de Barthel previo al ingreso y durante el mismo fue de 32,5 puntos (DE: 27,4; mediana 30), (p < 0,001). La pérdida de capacidad funcional se relacionó de forma significativa con el hecho de vivir solo (p = 0,014), con los diagnósticos de accidente cerebro-vascular (p = 0,026) y demencia (p = 0,018), con una mayor estancia (p = 0,03) y con una mayor probabilidad de traslado a centro concertado (p = 0,02). Sin embargo, no se relacionó con la mortalidad (p = 0,48)

Discusión. El ingreso en un centro hospitalario supone para el paciente anciano una pérdida funcional significativa. Hemos comprobado que esta pérdida se relaciona con factores sobre los que la intervención es compleja (falta de apoyo sociofamiliar, antecedente de demencia) aunque no condiciona una mayor mortalidad. Esto lleva a una mayor institucionalización. Conocer esto y poner medios para evitarlo puede mejorar la calidad de vida de estos pacientes y probablemente abaratar costes sanitarios.

Conclusiones. El deterioro funcional al ingreso evaluado mediante el índice de Barthel es un buen predictor de la estancia y posibilidad de institucionalización del paciente pero no de la mortalidad. Es necesario intervenir en este aspecto para lograr mejorar la asistencia que prestamos a los pacientes nonagenarios.

EA-26

FACTORES RELACIONADOS CON EL REINGRESO DE PACIENTES NONAGENARIOS HOSPITALIZADOS EN MEDICINA INTERNA

J. Ruiz Hernández, M. Hemmersbach-Miller, A. Conde Martel, A. Gil Díaz, M. León Mazorra, A. Prieto Vicente, A. Puente Fernández y P. Betancor León

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

Objetivos. Analizar los factores relacionados con el reingreso en pacientes nonagenarios hospitalizados en un servicio de Medicina Interna.

Material y métodos. Se estudiaron 325 pacientes con edad superior a los 90 años que habían sido dados de alta de un servicio de Medicina Interna y seleccionados de forma consecutiva en un período de 6 años. Se recogieron las características demográficas, los diagnósticos, valores analíticos (Hb, leucocitos, creatinina, albúmina, glucosa, colesterol, triglicéridos), el índice de comorbilidad de Charlson, la capacidad funcional mediante la escala de la Cruz Roja, la estancia y el antecedente de ingresos previos al actual. Se analizó la relación de las anteriores variables con el reingreso. La relación entre variables cualitativas se analizó mediante el test de Chi cuadrado o el test exacto de Fisher. La relación entre variables cuantitativas y cualitativas se analizó mediante el test T-Student o el test U de Mann Whitney.

Resultados. De los 325 pacientes, 204 (62,8%) eran mujeres y 121 (37,2%) varones. La edad media fue de 92,2 años (DE: 2,3), rango: 90-101. Reingresaron 81 pacientes (24,9%; IC 95% 20,1-29,8%). El reingreso se asoció con la presencia de cardiopatía valvular (p = 0,036), insuficiencia renal (0,049) y el diagnóstico de síndrome prostático (p = 0,016). Los pacientes con angina mostraron una mayor tendencia a reingresar que, sin embargo, no llegó a alcanzar la sig-

nificación estadística (p = 0,06). Ni la edad, ni el sexo, ni la capacidad funcional evaluada mediante la escala de la Cruz Roja, ni el índice de comorbilidad de Charlson se asociaron con el reingreso.

Discusión. Reingresan una cuarta parte de los pacientes nonagenarios hospitalizados en Medicina Interna. Llama la atención cómo no encontramos relación con patología que normalmente consideramos causa frecuente de reingresos (IC, EPOC), sin embargo sí con otras patologías crónicas. Los pacientes con mayor grado de comorbilidad, así como aquellos con ingresos más prolongados tampoco presentan mayor tasa de reingresos. No parece quedar claro qué factores determinan el reingreso de un paciente nonagenario, aunque no nos parece que la edad en sí misma sea un determinante.

Conclusiones. La presencia de algunas patologías crónicas condiciona mayor frecuencia de reingresos, sin embargo no hemos hallado relación con la presencia de una mayor comorbilidad o con un mayor deterioro funcional, situaciones que normalmente se atribuyen a este grupo de pacientes.

EA-27

ASPECTOS ECOCARDIOGRÁFICOS DEL ENVEJECIMIENTO M. Rivas Carmenado¹, M. Martínez Celada¹ y V. Barriales Álvarez²

¹Servicio de Medicina Interna, ²Servicio de Cardiología. Hospital Universitario Central de Asturias. Oviedo, Asturias.

Objetivos. El envejecimiento influye sobre aspectos de la función cardiovascular difíciles de diferenciar de los que se producen por la enfermedad, dada la alta prevalencia tanto de aterosclerosis como de cardiopatía isquémica. Nuestro objetivo es estudiar posibles diferencias morfológicas que acompañan al proceso normal de envejecimiento, en ausencia de patología añadida.

Material y métodos. Estudio prospectivo en el que se incluyen consecutivamente personas sanas remitidas a nuestro hospital para la realización de un estudio ecocardiográfico durante un período de cuatro años, con una edad menor de 50 años o mayor de 65, entendiendo por tales la ausencia de antecedentes de cardiopatía isquémica, hipertensión, diabetes, hábito enólico, marcapasos o toma habitual de fármacos y con exploración física y ECG de 12 derivaciones dentro de la normalidad. Fueron excluidas las que presentaron valvulopatías, miocardiopatía hipertrófica o dilatada e hipertrofia ventricular izquierda. Las determinaciones se realizaron siguiendo las normas de la Sociedad Americana de Ecocardiografía y las mediciones según la convención de Penn.

Resultados. Se incluyeron 307 individuos entre 20 y 50 años (38 + 8), 53% hombres, frente a 406 con edad media de 73 + 6 y rango entre 65 y 93 años y 47% hombres. El grupo de mayor edad presentaba valores significativamente más altos de presión arterial sistólica, diastólica e índice de Sokolow (p < 0,001) y aumentos de la velocidad de la onda A, tiempo de desaceleración del flujo mitral y relajación isovolumétrica, con disminución de la velocidad de la onda E y relación E/A (p < 0,001). El diámetro de la aurícula izquierda fue mayor en los ancianos (p < 0,001), así como el grosor diastólico del septo y de la pared posterior del ventrículo izquierdo, con un incremento de la masa ventricular de 1,5 gramos/año. También se incrementaba el grosor relativo de la pared, provocando un aumento del porcentaje de remodelado concéntrico del ventrículo izquierdo (p < 0,001). No hubo diferencias con respecto al diámetro sistólico, diastólico, fracción de eyección y de acortamiento del ventrículo izquierdo. El análisis multivariante demostró que la edad fue el factor independiente más importante en el aumento tanto del grosor diastólico como del septo, pared posterior y masa ventricular.

Discusión. En nuestro grupo de mayores estudiados, el aumento del grosor relativo de la pared, con un índice de masa ventricular también aumentado con respecto a los más jóvenes, pero dentro de los límites normales, indica que con la edad se produce un remodelado concéntrico del ventrículo izquierdo, es decir existe una disminución relativa del radio ventricular con incremento del grosor de la pared, dando como resultado un aumento de la masa ventricular sin alcanzar los valores considerados como hipertrofia ventricular, siendo estos resultados coincidentes con los aportados por otros autores como Ganau o Andrén, respectivamente.

Conclusiones. En nuestro estudio, el envejecimiento per se aumenta la masa ventricular izquierda, así como el grosor relativo de la

pared, favoreciendo el fenómeno recientemente descrito de remodelado concéntrico, considerado como factor independiente que incrementa el riesgo de morbilidad y mortalidad cardiovascular.

EA-28
JUICIO POSTERIOR: EPICRISIS. ESTUDIO DESCRIPTIVO DE LA MORTALIDAD DE UN SERVICIO DE MEDICINA INTERNA

F. Jódar Morente, V. Navarro Pérez, J. Trujillo, M. Manjón, M. Almenara, A. Rodríguez y N. Marín
 Servicio de Medicina Interna. Hospital Universitario Médico-Quirúrgico. Jaén.

Objetivos. La muerte como fin de la vida o tránsito hacia otra, y reflejada por los sanitarios en el informe de juicio final o de epicrisis, puede tener unas amplias repercusiones. Sin embargo hay cierta incomodidad o inhibición al tratar el tema pese a la tendencia actual a considerarlo como el último ejercicio de una vida digna que hace que debamos prestarle la atención que merece. En este estudio describimos las causas y los antecedentes de una cohorte de pacientes fallecidos en el servicio de medicina interna.

Material y métodos. Estudio descriptivo de una muestra aleatoria de 72 pacientes fallecidos en 2006 durante su ingreso en el servicio de Medicina Interna, mediante el registro de epicrisis. Estadística descriptiva.

Resultados. Edad media: General: 71 años (mínimo 47, máximo 101), media 79,17; desviación típica 10,428. Varones total 37, mediana 78, desviación típica 10,361, mínimo 49, máximo 101. Mujeres: total 35 mediana 81,50, desviación típica 10,390, mínimo 47, máximo 97. Días de ingreso: Media 7,32, desviación típica 7,683. Mínimo 1, máximo 35. Fallecidos en los 3 primeros días: 36. Antecedentes: Total: hombres media: 3, 27 mujeres: media 3. Diabetes: hombres 21 (33,9%), mujer 16, (25,8%), total 37 (59,7%) Hipertensión arterial: hombres 15 (21,1%), mujer 16, (22,5%), total 31, (43,6%) Insuficiencia cardíaca: hombres 11 (15,3%), mujer 12, (16,7%), total 23 (31,9%) Bronquitis: hombres 11 (15,3%), mujer 5 (6,9%) total 16 (22,5%) Demencia: hombres 11 (15,3%), mujeres 9 (12,5%) total 20 (32,5%) Cardiopatía isquémica: hombre 8 (11,1%), mujeres 6 (8,3%) total 14 (19,5%) Arritmia, hombre 13 (18,1%), mujer 8 (11,1%) total 21 (33,9%) Insuficiencia renal: hombre 5 (6,9%), mujer 4 (5,6%) total 9 (12,5%) Alteraciones estructurales cardíacas: hombre 5 (6,9%), mujer 4 (5,6%) total 9 (12,5%) Crisis comiciales: hombres 3 (4,2%), mujeres 2 (2,8%) total 5 (6,9%) Ictus hombres 8 (11,1%), mujeres 10 (13,9%) total 18 (25%) Alteraciones tiroideas hombres 0, mujeres 2 (2,8%) total 2 (2,8%) Insuficiencia respiratoria: hombre 10 (13,9%), mujer 10 (13,9%) total 20 (32,5%) Causas de muerte: Total hombres: media 5,08 mujeres media 5,057 Ictus hombres 6 (8,3%), mujeres 5 (7%) total 11 (15,3%) Cardiopatía isquémica: hombres 4 (5,6%), mujeres 3 (4,2%) total 7 (9,7%) Insuficiencia cardíaca descompensada: hombres 11 (15,3%), mujeres 10 (13,9%) total 21 (29,2%) Infección respiratoria: hombres 20 (27,8%), mujer 14 (19,5%) total 34 (47,2%) Insuficiencia respiratoria: hombre 27 (37,5%), mujer 17 (23,6%) total 44 (61,1%) Derrame pleural: hombre 3 (4,2%), mujer 3 (4,2%) total 6 (8,3%) Fracaso multiorgánico: hombre 8 (11,1%), mujer 11 (15,3%) total 19 (26,4%) Enfermedad tumoral: hombre 10 (13,9%), mujeres 4 (5,6%) total 14 (19,5%) Insuficiencia renal aguda: hombre 16 (22,2%), mujer 11 (15,3%) total 27 (37,5%) Rabdomiolisis: hombre 2 (2,8%), mujer 2 (2,8%) total 4 (5,6%) Deshidratación: hombre 12 (16,7%), mujer 7 (9,7%) total 19 (26,4%) Desnutrición: hombre 6 (8,3%), mujer 4 (5,6%) total 10 (13,9%) Anemia hombre 5 (6,9%), mujer 6 (8,3%) total 11 (15,3%) Hemorragia digestiva: hombre 3 (4,2%), mujer 2 (2,8%) total 5 (6,9%) Delirium: hombre 9 (12,5%), mujer 16 (22,2%), total 25 (34,7%) Alteración medio interno: hombre 10 (13,9%), mujer 12 (16,7%), total 22 (30,6%) Tromboembolismo hombre 2 (2,8%), mujer 4 (5,6%), total 6 (8,3%) Sepsis: hombre 5 (6,9%), mujer 7 (9,7%) total 12 (16,7%) Diabetes descompensada: hombre 12 (16,7%), mujer 13 Hipertensión arterial: hombre 13 (18,1%), mujeres 16 (22,2%), total 29 (40,3%) Obstrucción intestinal: hombre 1 (1,4%), mujer 2 (2,8%), total 3 (4,2%) Otras: hombre 3 (4,2%), mujer 8 (11,1%), total 21 (29,2%).

Conclusiones. Es apreciable la alta edad de los pacientes que fallecen en el hospital. Hay diferencias de causa de mortalidad por sexo tanto en patología respiratoria (infecciones como insuficiencia) como en delirium agudo. Las causas de mortalidad más frecuentes son las respiratorias. 36 pacientes fallecieron en los 3 primeros días de ingreso, lo que parece demostrar que las muertes previstas/previsibles ocurren en el hospital, revelando, probablemente, un cambio en la mentalidad de la sociedad que hasta hace un tiempo prefería que la muerte ocurriera en el domicilio.

EA-29
IMPACTO DE LA DIABETES MELLITUS SOBRE LA CALIDAD DE VIDA Y LA FUNCIONALIDAD DEL PACIENTE ANCIANO

J. López Vega, H. Sterzik, Z. Santos Moyano, A. Mohamad Tubío, J. Muñoz de Unamuno, J. Pérez Marín, P. Peña Quintana y J. Gómez Díaz
 Servicio de Medicina Interna. Hospital Universitario Insular de Gran Canaria. Palmas de Gran Canaria (Las), Las Palmas.

Objetivos. Se estima que hasta un 25% de la población mayor de 70 años en España padece de diabetes mellitus. Debido al aumento de la población mayor y de la obesidad se espera un incremento de esta cifra en los próximos años. Se conocen bien las complicaciones metadiabéticas que originan múltiples ingresos hospitalarios y un alto gasto sanitario, pero poco se sabe sobre el impacto que tiene esta enfermedad sobre la calidad de vida del paciente mayor de 65 años. Este estudio transversal pretende determinar este impacto en una población de pacientes ancianos ingresados en nuestro servicio de medicina interna.

Material y métodos. Se entrevistaron 52 pacientes mayores de 65 años, todos orientados e ingresados en nuestro servicio por distintas razones, siendo el 45% diabéticos tipo 2 con el 48% de ellos sufriendo complicaciones metadiabéticas. La edad media fue de 76 años, siendo el 57% de ellos mujeres. No hubo diferencias significativas de edad ni de sexo entre los diabéticos y los no diabéticos. A todos se les aplicaron los índices de Barthel como índice de la funcionalidad basal, de Lawton para la funcionalidad instrumental, Euro-Qol-5D para la calidad de vida y Charlson para la comorbilidad. Como test utilizamos el Wilcoxon para los valores ordinales y el McNemar para los valores nominales.

Resultados. Véase la tabla 1. No se encontraron diferencias significativas para ninguno de los índices salvo para la escala visual análoga de la percepción del estado de salud del Euro-Qol-5D que difirió con una p de 0,02 mediante el test de Wilcoxon, siendo el valor 44,3 mm para los no-diabéticos y 65,4 mm para los pacientes diabéticos.

Discusión. En contra de toda expectativa y a pesar de la alta tasa de complicaciones metadiabéticas no hubo diferencias significativas entre la calidad de vida, la funcionalidad y la comorbilidad de los diabéticos y los no diabéticos. La razón puede estar en que los no diabéticos presentan una comorbilidad muy parecida a los no diabéticos y que las complicaciones metadiabéticas no son muy discapacitantes. Únicamente la percepción del propio estado de salud difirió de forma significativa, siendo peor en los diabéticos a pesar de que la diabetes no reduce ni calidad de vida ni funcionalidad.

Tabla 1. Resultados (EA-29).

	No diabéticos	Diabéticos
Número enfermos	24	28
Edad media	75,3 a.	76,7 a.
Mujeres	42,8%	75%
Euro-Qol-5D	7,8	8,7
EVA salud	44,3 mm	65,4 mm
Barthel	88,4	83,8
Lawton	5,4	4,7
Charlson	2,7	3,0

Conclusiones. La diabetes es una enfermedad muy prevalente entre la población mayor ingresada en nuestro servicio, pero poco disca-

pacitante. Aunque la percepción del propio estado de salud parece ser peor en estos pacientes no parece reducir la calidad de vida de los enfermos. De todas formas hace falta ampliar la muestra de pacientes para deducir conclusiones definitivas.

EA-30

NIVELES INADECUADOS DE ANTICOAGULACIÓN AL INGRESO EN UN SERVICIO DE MEDICINA INTERNA

C. Tomás Jiménez, A. Pardo Cabello, P. Giner Escobar, M. Moreno Higuera, C. Fernández Roldán, C. López Robles, A. Díez Ruiz y J. Aguilar Martínez

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

Objetivos. Las indicaciones de la anticoagulación oral (ACO) son cada vez más numerosas, siendo la más frecuente la fibrilación auricular (FA). Los pacientes habitualmente ingresados en los Servicios de Medicina Interna (sobre todo en los hospitales de tercer nivel) se caracterizan por ser de edad avanzada, estar polimedificados y presentar pluripatología, lo cual puede dificultar la consecución de una adecuada ACO. El objetivo de este trabajo fue analizar las características demográficas, así como las indicaciones y el grado de anticoagulación de los pacientes ingresados en nuestro Servicio de Medicina Interna durante un período determinado.

Material y métodos. Estudio descriptivo de los pacientes ingresados en el Servicio de Medicina Interna durante el período de enero-marzo de 2007. Se recogieron datos acerca de la edad, sexo y motivo del inicio de la anticoagulación. La adecuación o no del INR al establecido en las guías de tratamiento se realizó mediante un estudio de coagulación el día de su admisión a través del Servicio de Urgencias. La cumplimentación del tratamiento se valoró mediante una encuesta realizada a los pacientes o a su cuidador principal en el momento del ingreso y con revisión de las cartillas de ACO.

Resultados. La muestra estudiada estuvo compuesta por 33 individuos, 16 mujeres (48%) y 17 varones (52%). Para una mejor valoración de la muestra se dividió en grupos de edad, de tal modo que 4 pacientes (12%) tenían menos de 65 años, 3 (9%) entre 65 y 70 años, 6 (18%) entre 71 y 75 años, 10 (31%) entre 76 y 80 y los 10 restantes (31%) más de 80 años. La causa más frecuente de inicio de la ACO fue la FA [22 pacientes (67%)] seguida de valvulopatía embolígena/válvula protésica [3 pacientes (9%)], Enfermedad tromboembólica venosa [3 pacientes (9%)] y otras causas [5 pacientes (15%)]. El 76% (25 casos) de los pacientes o sus cuidadores refirieron realizar correctamente el tratamiento ACO frente al 24% (8 casos) que no aseguraron el haberlo cumplimentado correctamente. Con respecto al INR en el momento del ingreso éste era inadecuado en 25 pacientes (76%). De éstos, 10 pacientes (40%) presentaban un INR menor de lo recomendado, mientras que estaba elevado en los 15 restantes (60%).

Discusión. Como en otras series publicadas, la causa más frecuente de inicio de la ACO en nuestros pacientes es la presencia de una FA, seguida de valvulopatías. La edad, tal y como era de esperar es elevada, con un 31% mayores de 80 años. Contrasta la alta tasa de cumplimentación comunicada por los pacientes o sus cuidadores con la existencia de un INR inadecuado en la mayoría de los pacientes ingresados en nuestro servicio. Esto probablemente sea debido a múltiples factores tales como: la existencia de un proceso agudo (muchas veces infeccioso) en el momento del ingreso, la interacción de los anticoagulantes orales con otros fármacos introducidos en los días previos, y a que tal vez, al igual que sucede en otros procesos crónicos, la cumplimentación real sea inferior a la comunicada por los pacientes o sus cuidadores. Es posible, finalmente, que el grado de dependencia física y la polifarmacia crónica también influyan en la dificultad para conseguir un adecuado control del tratamiento anti-coagulante.

Conclusiones. Aunque la ACO se ha mostrado como una herramienta muy eficaz para evitar complicaciones embólicas, en los pacientes que ingresan en nuestro Servicio de Medicina Interna hay un alto porcentaje con INR inadecuado, con el riesgo que ello conlleva. Es posible que esto sea debido, al menos en parte, al proceso agudo que ha motivado el ingreso. No obstante, creemos, que en este tipo de pacientes es necesario adoptar medidas que garanticen un mejor control de la ACO.

EA-31

LA HIPERPROTEINEMIA COMO PRUEBA BIOQUÍMICA INESPECÍFICA DEL MIELOMA MÚLTIPLE

A. Rodríguez Cuartero, F. Pérez Blanco y R. Ríos Fernández

Grupo de Investigación de Medicina Interna. Centro de Investigación. Hospital Universitario San Cecilio. Granada.

Objetivos. Las proteínas totales (PT), prueba bioquímica común en la determinación del SMA-12 y otros aparatos electrónicos autoanalizadores, oscila en circunstancias normales entre 6,5-7,5 g/dl. El aumento de las PT se debe casi siempre al ascenso de las gammaglobulinas y este puede ser de origen monoclonal o policlonal. Nuestro objetivo es determinar las causas de aumento de las proteínas totales en un servicio de Medicina Interna durante diez años (1996-2005).

Material y métodos. Estudiamos 108 casos de enfermos que presentaban a su ingreso hiperproteinemia, 64 varones y 54 mujeres, entre 22-88 años. En todos los sujetos con hiperproteinemia se realizó electroforesis de proteínas (en celogel) y determinación de inmunoglobulinas (G, A, D y M) por nefelometría. Además para confirmar el diagnóstico se realizaron exploraciones citológicas (punción esternal), estudios serológicos (determinación de anticuerpos), radiológicos, etc

Resultados. De los 108 casos de hiperproteinemia (proteínas totales > 7,5 g/dl), el diagnóstico final, tras el estudio completo, fue: mieloma múltiple 92 casos, macroglobulinemia 4 casos, lupus eritematoso sistémico 3 casos, vasculitis inmunocitoclástica 2 casos, cirrosis hiperproteica 4 casos, Kala Azar visceral 2 casos, endocarditis bacteriana 1 caso.

Discusión. La detección en el estudio bioquímico de una hiperproteinemia, sobre todo en pacientes en edad presenil o senil nos orienta hacia un pequeño grupo de opciones diagnósticas, en las que ocupa un primer lugar el mieloma múltiple ya que en el 85% (92 casos en nuestro grupo) se trataba de esta enfermedad. En otros 4 casos se trataba de una gammapatía monoclonal Ig M. Por otro lado las restantes patologías afectan a otros grupos de población (Kala Azar visceral a niños) o tienen otras manifestaciones clínicas (cirrosis, endocarditis bacteriana, conectivopatías).

Conclusiones. Ante una hiperproteinemia en edad senil-presenil hay que indagar la existencia de mieloma múltiple.

EA-32

USO DE LA FERRITINA EN EL DIAGNÓSTICO DE ANEMIA EN EL ANCIANO

E. Calvo Begueria¹, M. Díaz Hurtado², J. Vázquez Fernández³, C. Toyas Miazza³, A. Ania Lahuerta¹, P. González García¹, R. Dolz Aspas⁴ y J. Pérez Calvo⁵

¹Servicio de Medicina Interna. Hospital de Barbastro. Barbastro, Huesca. ²Servicio de Medicina Interna. Clínica Montserrat-Alianza M.L., S.A. Lleida. ³Servicio de Medicina Interna. Hospital Royo Villanova. Zaragoza. ⁴Servicio de Medicina Interna. Hospital Obispo Polanco. Teruel. ⁵Servicio de Medicina Interna. Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa. Zaragoza.

Objetivos. 1. Estudiar el papel de la Ferritina en su valor actual, en el estudio de la anemia en el anciano 2. Demostrar la necesidad de modificar el punto de corte de normalidad de la Ferritina en los mayores de 65 años.

Material y métodos. Se incluyeron 124 pacientes diagnosticados de anemia en un S. de Medicina Interna durante 2 años consecutivos, todos ellos con diagnóstico etiológico y con patología de tubo digestivo. Distribuidos en dos grupos: Controles: diagnóstico etiológico de Benignidad. Casos: Diagnóstico etiológico de Malignidad. Los datos se analizaron con el programa SPSS 12.0 para Windows.

Resultados. La media de la Ferritina en los 64 Controles fue de 43 y en los 60 Casos fue 260 encontrando diferencia estadística. Al subdividir a los Controles por volumen corpuscular medio se observaron los siguientes datos para la Ferritina: Los pacientes con microcitosis presentaban una media de 26 y los normocíticos de 91, no encontrado diferencias estadísticas. Al aplicar un análisis con Curvas COR se encontró que para un valor en la Ferritina de 30, ésta presentaba una Sensibilidad de 80% y una Especificidad de 80% en el diagnóstico de Malignidad. Al subdividir por volumen corpuscular

medio y tomando el valor de 30 hallado anteriormente, encontramos que un 87,2% de los pacientes con anemia microcítica de etiología benigna presentaban una Ferritina menor de 30. Y un 68,4% de los valores para la Ferritina mayor de 30 corresponden a un Caso. En los pacientes con anemia normocítica, un 64,7% de éstos con etiología Benigna tenían una Ferritina menor de 30. Y un 85,4% de los valores para la Ferritina mayor de 30 correspondían a un caso.

Discusión. En la práctica diaria tras diagnóstico de ferropenia debemos iniciar estudio de tubo digestivo para descartar neoplasia. La ferritina sérica es el test analítico más utilizado para el diagnóstico de déficit de hierro, al ser su concentración proporcional a los depósitos de éste en el organismo. Sin embargo, es un reactante de fase aguda que aumenta con la edad y en diversas patologías inherentes a la edad y comunes en nuestros pacientes. En nuestro trabajo, la media de la ferritina sérica fue en ambos grupos superior al límite inferior de la normalidad que marca nuestro laboratorio, e incluso superior al límite de 30 marcado por otros autores. Sin embargo, la media de la Ft en los Controles fue menor que en los Casos, con diferencia estadística, lo que apuntaría a mecanismos inflamatorios subyacentes. Si tomásemos como límite de normalidad de la Ferritina sérica 30 mcg/dl en vez de 12 mcg/dl (límite de nuestro laboratorio) mejoraría la sensibilidad de éste parámetro como marcador de ferropenia en los pacientes afeosos.

Conclusiones. 1. La modificación al alza del punto de corte en la Ferritina en los mayores de 65 años mejoraría su valor predictivo con respecto a la ferropenia

**EA-33
EVALUACIÓN DE LA ACTIVIDAD ASISTENCIAL COMPARTIDA EN PACIENTES INGRESADOS CON FRACTURA DE CADERA EN UN HOSPITAL COMARCAL**

R. Aparicio Santos¹, C. González Becerra¹, I. Vallejo Maroto¹, M. Benticuaga Martínez¹, M. Villa Gil-Ortega², C. Palmero Palmero¹ y A. Fernández Moyano¹

¹Servicio de Medicina, ²Servicio de Traumatología. Hospital San Juan de Dios del Aljarafe. Bormujos, Sevilla.

Objetivos. Evaluar los resultados asistenciales de un programa de atención coordinada multidisciplinar en los pacientes ancianos ingresados por fractura de cadera.

Material y métodos. El programa implementado tiene las siguientes características fundamentales: a) la asignación desde el ingreso de un médico internista responsable a todo paciente con fractura de cadera. b) la elaboración de un protocolo consensuado de actuación con los Servicios de Anestesia, Urgencias, Traumatología y Medicina Interna. Como aspectos fundamentales del protocolo de actuación: 1) Definir claramente la actitud en relación con los fármacos antiagregantes-anticoagulantes que tomen los pacientes con fractura de cadera cuando ingresan en el Hospital. 2) Considerar la fractura de cadera como una intervención quirúrgica urgente. Evaluamos los siguientes parámetros antes (julio- diciembre 2005) y después (julio-diciembre 2006) de la implementación: nº de fracturas intervenidas, tipo de fracturas, edad, sexo, estancia media total, estancia pre y posquirúrgica, mortalidad intraepisodio y extraepisodio.

Resultados. Se muestran en las tablas 1 y 2.

Tabla 1. (EA-33).

	Julio-Diciembre 2005	Julio-Diciembre 2006
Nº fracturas	88	99
Intracapsular	39	40
Extracapsular	49	59
No intervenidas	4	2
Edad	81,9	80,4
Mujer	70	80
Hombre	18	19

Conclusiones. La actuación coordinada por un equipo multidisciplinar en el manejo de los pacientes que ingresan por fractura de cadera ha permitido mejorar los resultados en Salud (descenso de la mortalidad y morbilidad). Esto se ha debido a una intervención quirúrgica precoz, y al control y evaluación mantenida por el internista responsable.

Tabla 2. (EA-33).

	Julio-Dic. 2005	Julio-Dic. 2006	p
Estancia (E) media	10,08	6,8	< 0,05
E. Precia	3,58	1,52	< 0,001
E. Poscía	6,5	5,1	< 0,05
Mortalidad intraepisodio	5,68%	3,03%	ns
Mortalidad extraepisodio	2,5%	1,01%	ns

**EA-34
LA FUNCIONALIDAD DE PACIENTES GERIÁTRICOS SEGÚN EL SEXO**

H. Sterzik, E. Pisos Alamo, Z. Santos Moyano, J. Pérez Marín, J. López Vega, A. Mohamad Tubío, J. Muñoz de Unamuno y P. Peña Quintana

Servicio de Medicina Interna. Hospital Universitario Insular de Gran Canaria. Palmas de Gran Canaria (Las), Las Palmas.

Objetivos. Uno de los medios para cuantificar y comparar la funcionalidad instrumental de pacientes geriátricos es el test de Lawton, creado en el 1969, que sugiere una valoración funcional distinta para varones y mujeres. Quisimos investigar si realmente existen diferencias en la funcionalidad de la población anciana respecto a su funcionalidad. Además se recogieron datos sobre la comorbilidad de los pacientes para descartar un sesgo no deseado.

Material y métodos. Aplicamos los índices de Lawton-Brody, Barthel y Charlson a 117 pacientes mayores de 65 años ingresados en nuestro servicio de medicina interna. El 53,8% fueron mujeres siendo la edad media de 77,4 años.

Resultados. Véase tabla 1. No se encontraron diferencias significativas entre los sexos para la edad ni para los índices de Lawton ni de Charlson. Si hubo una diferencia significativa en la distribución de los variables del Barthel con una p de 0,002. Desglosando los resultados en este índice según escalas encontramos diferencias significativas en las escalas del uso del retrete (p = 0,028), el traslado sillón/cama (p = 0,028) y el uso de la escalera (p = 0,003).

Discusión. A pesar de una media igual para los dos sexos el índice de Barthel resultó peor en los varones que en las mujeres. Esta diferencia parece deberse a más problemas en el uso del retrete, el traslado camillón y el uso de las escaleras. El Lawton sin embargo no presenta diferencia para los sexos teniendo en cuenta que la valoración tradicional es distinta para mujeres y varones. Diferencias en la edad o la comorbilidad como factores de sesgo se descartan mediante análisis estadístico.

Conclusiones. El índice de Lawton-Brody es muy utilizado en la valoración del paciente geriátrico desde su publicación en el año 1969. Nuestros datos ponen en duda la valoración distinta de varones y mujeres hoy en día. Hacen falta estudios para comprobar la validez de este instrumento en la actualidad.

Tabla 2. Resultados (EA-34).

	Mujeres	Varones
Edad media	76,3 a.	76,2 a.
Porción	46,2%	53,8%
Índice de Charlson	3,4 pts.	3,4 pts.
Índice de Barthel	83,2 pts.	83,1 pts.
Índice de Lawton-Brody	4,5 pts.	4,4 pts.

**EA-35
CONOCIMIENTO, UTILIZACIÓN Y VALORACIÓN DE UNA CONSULTA DE ATENCIÓN INMEDIATA DE MEDICINA INTERNA POR LOS MÉDICOS DE FAMILIA DEL SECTOR HOSPITALARIO**

A. San José Laporte¹, L. Lu Cortés¹, J. Barbé Gil-Ortega¹, J. Fernández Cortijo¹, I. Ligüerre Casals², A. Escosa Farga² y M. Vilardell Tarrés¹

¹Servicio de Medicina Interna. Hospitals Vall d'Hebron. Barcelona. ²Atención Primaria de Salud. Barcelona Ciudad. Instituto Catalán de la Salud. Barcelona.

Objetivos. Conocer el grado de conocimiento, utilización y valoración de una Consulta de Atención Inmediata de Medicina Interna por

parte de los Médicos de Familia de los Centros de Salud del área territorial del hospital.

Material y métodos. Consulta de Atención Inmediata (CAI) de Medicina Interna abierta en marzo de 2006, presentada y desplegada progresivamente en todos los centros de salud del territorio de referencia del hospital entre marzo 2006 y febrero 2007. Encuesta realizada en mayo de 2007 a los médicos de familia de los centros de salud del área territorial. Preguntas de la encuesta: primera parte con 5 preguntas para todos los médicos. 1) Conoces la CAI: SI o NO; 2) La presentación y documentación elaborada te ha parecido Adecuada/Suficiente o Inadecuada/Insuficiente; 3) Como valoras este recurso: Necesario o Innecesario; 4) Que perfil de paciente te parece más indicado: paciente diagnóstico con patología potencialmente grave, o paciente crónico/mayor frágil agudizado, o ambos; 5) Has utilizado este recurso: SI o NO; 9) Recibió información posterior directamente desde la CAI: SI o NO; 10) Globalmente, puntúe de 0 a 10 la CAI considerando 0 la mínima puntuación y 10 la máxima; 11) Enumere los aspectos más positivos de la CAI (pregunta abierta, opción múltiple); 12. Enumere los aspectos a mejorar o cambiar de la CAI (pregunta abierta, opción múltiple).

Resultados. Han contestado a la encuesta 77 médicos de familia correspondientes a 9 centros de salud. De estos 75 (97,4%) conocen la CAI y dos (2,6%) no. 61 (79,2%) médicos consideraron la presentación y documentación aportada adecuada, 3 (3,9%) inadecuada y 13 (16,9%) no contestaron. 73 (94,8%) médicos opinaron que este recurso era necesario y 4 (5,2%) no contestaron. 40 (51,9%) médicos consideran que el mejor perfil de paciente sería el paciente diagnóstico con patología aparentemente grave, 14 (18,2%) el paciente crónico o mayor frágil agudizado, 16 (20,8%) ambos y 7 (9,1%) no contestaron. 54 (70,1%) médicos habían utilizado este recurso, 22 (28,6%) no y uno no contestó. Del total de 54 médicos que habían utilizado la CAI la puntuación global media fue de 7,7 (1,8). 39 (72,2%) de ellos contactaron por teléfono, 5 (9,3%) por email, 9 (16,7%) de ambas formas y uno envió a un paciente directamente. La accesibilidad fue considerada buena por 45 (83,3%) médicos, mala por 5 (9,3%), regular (opción no ofrecida en la encuesta) por 3 (5,6%) y no contestó un médico. La programación de la visita respondió a las necesidades según 50 (92,6%) médicos, no respondió en 3 (5,6%) y no contestó uno. 20 (37,0%) médicos recibieron información posterior directamente desde la CAI, 30 (55,6%) fue a través del paciente o no la recibieron y dos estaban pendiente de recibirla. Los aspectos considerados más positivos de la CAI fueron la accesibilidad según 30 médicos y la rapidez según 24. Los principales aspectos a mejorar fueron la información post-visita según 11 médicos y la ampliación del horario a la tarde según 8 médicos.

Conclusiones. 1) La CAI es ampliamente conocida por los médicos de familia de los centros de salud del área territorial del hospital, la consideran un recurso muy necesario, y ha sido utilizada por la mayoría de dichos médicos de familia. 2) Entre los médicos que la han utilizado hay un alto grado de satisfacción respecto a la accesibilidad y la rapidez en la resolución de los problemas, y en cambio menor respecto a la información posterior a la visita y la necesidad de visitas en horario de tarde

EA-36 PACIENTES MAYORES DE 65 AÑOS DIAGNOSTICADOS DE ESCLEROSIS SISTÉMICA EN UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL DE BARCELONA

C. Pérez Bocanegra, C. Simeón Aznar, R. Solans Laqué, J. Prieto Toribio, F. Martínez Valle, A. Selva O'callaghan, V. Follonosa Pla y M. Vilardell Tarrés

Servicio de Medicina Interna. Hospital General Vall d'Hebron - Área General. Barcelona.

Objetivos. La esclerosis sistémica (ES) es una enfermedad de etiología desconocida, compleja y heterogénea, que se diagnostica principalmente en la edad adulta (4^a-6^a décadas de la vida), aunque se han descrito casos en edades avanzadas. Se describen las características

de los pacientes diagnosticados de esclerodermia en nuestro hospital por encima de los 65 años de edad.

Material y métodos. De un total de 317 pacientes diagnosticados de esclerodermia y seguidos en nuestro hospital, 67 (21%) tenían en el momento del diagnóstico 65 años o más. Se ha realizado un estudio descriptivo de este subgrupo de pacientes, para lo que se ha utilizado el paquete informático para Windows SPSS 13,0.

Resultados. La edad media era de 71,04 años \pm 5,29 (65-97). De los 67 pacientes 61 (91%) eran mujeres y 6 (9%) varones. Los subtipos de esclerodermia fueron los siguientes: Cinco (7,5%) pacientes eran ES difusas, 49 (73,1%) ES limitadas, 1 (1,5%) pre-esclerodermia y 12 (17,9%) pacientes esclerosis sistémica sin esclerodermia. Respecto a la manifestación inicial de la enfermedad, en 62 (92,5%) pacientes fue el fenómeno de Raynaud. Veintisiete (40,3%) pacientes presentaron úlceras digitales, 49 (73,1%) tenían telangiectasias y 9 (13,4%) tenían calcinosis. La afección osteomuscular estaba presente en 39 (58,2%) pacientes. Cuarenta y cinco (67%) pacientes tenían algún tipo de afección del aparato digestivo (Esofágica 40%, gástrica 16%, malabsorción 4,5%). En cuanto a la afección pulmonar apareció en 57 (85%) pacientes, 42 (63%) presentaron enfermedad pulmonar intersticial difusa y 18 (27%) hipertensión arterial pulmonar. Cuatro (6%) pacientes tenían afección renal, dos de ellos presentaron una crisis renal esclerodérmica. Los anticuerpos antinucleares (AAN) resultaron positivos en 62 (92,5%) pacientes, los anticuerpos anticentrómero fueron positivos en 28 (41,8%) pacientes y los anti-Scl70 en 7 (10,4%) de los pacientes.

Conclusiones. No es infrecuente que la esclerodermia se diagnostique en pacientes de edad avanzada. Al igual que en pacientes más jóvenes hay un claro predominio de mujeres (9: 1). En los pacientes mayores se observan todos los subtipos de esclerodermia. En cuanto a la afección orgánica, las más relevantes son la afección esofágica y la respiratoria, especialmente esta última. La mayoría de pacientes tienen AAN.

EA-37 ANÁLISIS DESCRIPTIVO DE LA ACTIVIDAD ASISTENCIAL 1999-2006 DE LOS PACIENTES MAYORES DE 65 AÑOS INGRESADOS EN UN SERVICIO DE MEDICINA INTERNA L. Bernacer¹, E. Conesa², R. Cantarero¹, M. Payeras¹ y J. Artero³

¹Servicio de Medicina Interna, ²Control Gestión. Fundación Hospital Manacor. Manacor, Illes Balears. ³Servicio de Medicina Interna. Hospital Comarcal Inca. Inca, Illes Balears.

Objetivos. El envejecimiento de la población es un hecho trascendente que suscita una gran atención por sus enormes consecuencias. La principal característica de la enfermedad aguda en el anciano es su tendencia a la incapacidad, de forma que conocer las características asistenciales específicas de este grupo de pacientes es importante para implementar programas encaminados a la prevención y tratamiento de la incapacidad. El objetivo del presente trabajo es el análisis de los resultados de la actividad asistencial de los pacientes mayores de 65 años ingresados en un Servicio de Medicina Interna. **Material y métodos.** Estudio retrospectivo-descriptivo, realizado en un Servicio de Medicina Interna de un Hospital Comarcal de 196 camas, de ámbito rural, con una población de referencia de 145.000 habitantes, con una frecuentación de urgencias de 53.000 pacientes/año. Se han analizado los datos de la actividad asistencial en hospitalización de los pacientes mayores de 65 años ingresados durante el período 1999-2006. La información se ha obtenido del Servicio de control de Gestión del hospital IASSIST 98[®]. Se ha realizado un análisis estadístico descriptivo calculando edad, sexo, estancias medias, GRDs más frecuentes, frecuencias relativas y absolutas y para la inferencia estadística se ha utilizado técnicas no paramétricas para una significación estadística de $p < 0,05$.

Resultados. Durante el período de análisis ingresaron un total de 18.767 pacientes, 58% mujeres y 42% varones, media de edad 69.157 años (68,89;69,41) IC95%, rango (13-104)) y una estancia media 8,1 días (8,05;8,28) IC95%. En este período ingresaron un total de 13.342 pacientes mayores de 65 años (71% del total), media de edad 78,74 años (78,61; 78,87) IC95%, rango (65-104)) y una estancia media 8,6 días (8,47;8,73) IC95%. Se han contabilizado 288 GRDs, siendo los GRDs más frecuentes los que se reflejan en la tabla.

Conclusiones. El subgrupo de pacientes mayores de 65 años constituyen la principal fuente de ingresos de los Servicios de Medicina Interna y se caracterizan por requerir una estancia media superior al resto de pacientes. Los principales motivos de ingreso lo constituyen las enfermedades pulmonares y cardíacas crónicas. El principal objetivo de la atención sanitaria en este grupo de pacientes es evitar o al menos retrasar el deterioro funcional.

Tabla 1. GRDs mayores 65 años (EA-37).

GRD	Nombre	n	%
541	Tr. Resp. Inf. Bronq.	2.599	19%
542	Bronqu. cc mayor	995	7%
127	Insuf. cardíaca	914	7%
544	Insuf. card. cc arrit.	819	6%
88	EPOC	750	6%
89	Neumonía	324	2%
96	Bronq. sc	301	2%
97	Bronq. cc	282	2%
294	Diabetes > 35 a	246	2%
14	Tr. Esp. cerebriac	245	2%

EA-38

REPERCUSIÓN DE LA ESTADÍA HOSPITALARIA EN EL ESTADO NUTRICIONAL DE LOS ANCIANOS INGRESADOS A UN HOSPITAL GENERAL DE ADULTOS, Y RELACIÓN CON LOS FACTORES DETERMINANTES

S. Cedres, N. Silva, M. Braga, C. Cabarro, P. Montiglia, A. Muiyano y C. Dufrechou

Clinica Medica "2" - Prof. Dr. JC. Bagattini. Hospital Pasteur - Facultad de Medicina del Uruguay.

Objetivos. Valorar cómo repercute la estadía hospitalaria en el estado nutricional de los pacientes > 65 años y relacionar esta repercusión con las variables: sexo, motivo de ingreso, comorbilidad, tiempo de internación y dependencia.

Material y métodos. Tipo de estudio: analítico, prospectivo, longitudinal. Tiempo de estudio: 4 meses (2 de mayo al 31 de agosto del 2006) Criterios de inclusión: pacientes > 65 años internados en las fechas seleccionadas. Criterios de exclusión: paciente que no puede ser evaluado por el interrogatorio, o que no pueden ser pesados con balanza de pie, o que ingrese a sala de medicina proveniente de Unidad de Cuidados intensivos o intermedios o que durante la estadía haya recibido tratamiento quirúrgico de cualquier tipo. Definiciones: repercusión nutricional: disminución del índice de masa corporal (IMC) (peso/talla)², o de la circunferencia braquial o la circunferencia de pierna del alta con respecto al ingreso > 1. Discapacidad: por escala de Barthel: 90-100 sin discapacidad (autónomo), 60-89 leve, 30-59 moderada, < 30 severa. Procedimiento: Al ingreso de los pacientes se realizó registro de: sexo, edad, Motivo de Ingreso y Enfermedades comórbidas. A todos se les realizó las siguientes medidas antropométricas: pesoy talla para cálculo de IMC, circunferencia braquial (CB) y circunferencia de pierna (CP). También se les aplicó la escala de Barthel. En el momento del alta, se clasificó el tiempo de estadía hospitalaria en: < 1 semana, > 1 semana y < 1 mes y > 1 mes, y se repitieron en ese momento las mediciones antropométricas (IMC, CB y CP). Se constituyen 2 grupos de pacientes: con y sin repercusión nutricional. A ambos se les relacionan las variables registradas al ingreso. Análisis estadístico: las asociaciones de las variables se realizaron usando la prueba del chi-cuadrado. En aquellos casos donde el valor de la observación era menor de 5 se aplicó la prueba de chi-cuadrado con la corrección de Yates y en caso de que la observación tuviese frecuencia de cero se usó el test exacto de Fisher. Las tablas se reagruparon en tablas dicotómicas de 2 x 2. Se consideró un valor estadísticamente significativo si $p < 0,05$ y altamente significativo si $p < 0,01$, con un nivel de confianza en todas las pruebas de 95% con error alfa = 0,05.

Resultados. Se ingresaron un total de 66 pacientes. De los mismos, 17 estaban desnutridos en el momento del ingreso (FR = 0,25). Durante la estadía hospitalaria se produjeron 3 fallecimientos. 25/66 pacientes tuvieron deterioro nutricional (FR = 0,38), de los cuales 9 disminuyeron su IMC a < 20. Por lo tanto el número de

desnutridos al momento del alta ascendió a 26/63 (FR = 0,41). Al asociar ambos grupos con los factores de vulnerabilidad, se evidenció una relación estadísticamente significativa entre deterioro del estado nutricional y las siguientes variables: ingreso por patología aguda infecciosa, presencia de más de un elemento comórbido (patología CV y diabetes en su mayoría), tiempo de estadía hospitalaria > 1 mes y presencia de dependencia. No se demostró asociación con la variable sexo, con otros motivos de ingreso, con sólo una enfermedad comórbida ni con una estadía hospitalaria < 1 mes. Los 3 fallecimientos producidos eran personas > 75 años, con desnutrición al ingreso, que ingresaron por cuadros infecciosos agudos y eran cardiopatas y diabéticos. 1 se produjo entre la semana y el mes de la estadía hospitalaria y los otros dos con una estadía > 1 mes.

Conclusiones. Conociendo el estado nutricional, podemos plantear de una forma más concreta el tratamiento a seguir, así como reducir la morbimortalidad de los pacientes y apreciar la eficacia del soporte terapéutico. Presentar las variables analizadas, convierte al anciano en un paciente de mayor riesgo que el habitual de sufrir problemas de nutrición durante la estancia hospitalaria.

EA-39

EVALUACIÓN NUTRICIONAL DE LOS ANCIANOS INTERNADOS EN HOSPITAL GENERAL DE ADULTOS

S. Cedres, N. Silva, M. Braga, C. Cabarro, P. Montiglia, A. Muiyano y C. Dufrechou

Clinica Medica "2" - Prof. Dr. JC. Bagattini. Hospital Pasteur - Facultad de Medicina del Uruguay.

Objetivos. Conocer perfil nutricional y social de los ancianos ingresados a nuestro Hospital: identificar variables que indican mayor riesgo de desnutrición para actuar consecuentemente: motivo de ingreso, grado de deterioro físico (Dependencia), grado de deterioro psíquico (Depresión), comorbilidad, tipo de alimentación que recibe y si existe supervisión de la misma. Compara la valoración nutricional por el MNA con los parámetros bioquímicos e inmunológicos, y con la realización del IMC.

Material y métodos. Tipo de estudio: analítico, prospectivo, longitudinal. Tiempo de estudio: 4 meses (2 de mayo al 31 de agosto del 2006) Población objetivo: pacientes > 65 años al ingreso al Hospital. Criterios de inclusión: pacientes que ingresan a las salas de Medicina Interna en el período de fechas seleccionado. Criterios de exclusión: paciente que no puede ser evaluado por el interrogatorio o que no pueden ser pesados con balanza de pie. Procedimiento: al ingreso de los pacientes se realizó registro de las siguientes variables epidemiológicas: sexo, edad y Motivo de Ingreso. También se realizó valoración del estado emocional (test de depresión de Hamilton), valoración funcional (Índice de Barthel) y valoración nutricional: MNA (Mini Nutritional assessment). Se interrogó el tipo de alimentación que recibía, clasificando en tres categorías (Oral, Oral más suplemento o nutrición por sonda naso gástrica). También se valoró la presencia de alguna de las siguientes enfermedades comórbidas: Diabetes (D), Insuficiencia renal crónica (IRC), Hepatopatía (H), Enfermedad cardiovascular (CV), Enfermedad Respiratoria (R) o Neoplasia (N). A todos se les solicitó los siguientes exámenes de laboratorio: determinación de Albúmina (Alb), recuento de Linfocitos y dosificación de Transferrina. Se realizaron las siguientes medidas antropométricas: peso (P) y talla (T) para cálculo de Índice de Masa Corporal (IMC), circunferencia braquial (CB) y circunferencia de pierna (CP) Se clasificaron a todos los pacientes en 3 grupos según el resultado del MNA: Paciente con estado nutricional satisfactorio: MNA > 24 Paciente en riesgo de malnutrición: MNA 17-23,5 Paciente con malnutrición establecida: MNA < 17. Análisis estadístico: se midieron las variables cualitativas por distribuciones de frecuencia y las Cuantitativas por medidas de tendencia central y dispersión. Para comparación de medias se realizó el test de t de Student para muestras independientes y el CHI 2 de Pearson para variables cualitativas. Se definió como significancia estadística valores de $p < 0,05$ (IC 95%).

Resultados. Se estudiaron un total de 66 enfermos. El resultado medio del test MNA fue de 19,34 DE 5,09 con un valor máximo de 26,50 y uno mínimo de 2,10 puntos. Se evidencia que 17/66 estaban desnutridos (FR = 25,7) y 36/66 en riesgo de desnutrición (FR = 0,54). Con respecto al diagnóstico nutricional, se evidencia relación estadísticamente significativa entre MNA < 17 y la valoración clásica dada por Alb < 3 (g/l), Transf < o igual 100, Linf < 1.000/mm³, IMC < 20. Acerca de la comorbilidad, se demostró aso-

ciación entre MNA < 17 y la presencia de dependencia, cardiopatía y diabetes. No se evidenció relación entre desnutrición con motivo de ingreso ni con la depresión.

Conclusiones. Existe un elevado índice de desnutrición entre las personas mayores de 65 años que ingresan en la sala de nuestro hospital, comprobado tanto con parámetros antropométricos y analíticos como con el MNA. El mayor grado de desnutrición se da en aquellos pacientes que presentan diabetes e insuficiencia cardíaca y que son dependientes. Afirmamos entonces que presentar dichas variables convierte al anciano en paciente de riesgo. La valoración nutricional debe realizarse como rutina al ingreso de los ancianos en el hospital para detectar y tratar precozmente cualquier signo de desnutrición. Este gesto simple reducirá el riesgo de sufrir complicaciones asociadas y contribuirá a la recuperación y mantenimiento de una calidad de vida adecuada.

**EA-40
CONSULTA HOSPITALARIA POR SÍNCOPE EN EL PACIENTE ANCIANO**

S. Cedres, M. Braga, V. Guerrini, J. Ganon, V. Pérez, L. Vadell y C. Dufrechou

Servicio de Medicina Interna. Facultad de Medicina del Uruguay

Objetivos. 1) Valorar de la consulta por síncope en la emergencia hospitalaria, cuántas corresponden a pacientes > 65 años. 2) Realizar un análisis descriptivo en función de las siguientes características clínicas: comorbilidad, relación con la ingesta de fármacos, circunstancia previa al episodio, identificación de factores predisponentes, asociación con evento traumático, y hallazgos al examen físico. 3) Clasificación etiológica del síncope.

Material y métodos. Tipo de estudio: prospectivo, longitudinal, analítico y multicéntrico. Tiempo de estudio: 15 de mayo de 2006 al 31 de agosto de 2006. Población objetivo: pacientes mayores de 65 años, que consultan en emergencia de los Hospitales Maciel, Pasteur, Policial y Hospital Central de las Fuerzas Armadas en el período de fechas seleccionados. Criterios de inclusión: pacientes que presenten uno o más episodios de síncope como síntoma de su enfermedad actual. Criterios de exclusión: Ausencia de consentimiento oral. Definiciones: síncope: pérdida de conciencia y del tono postural de aparición brusca, de escasa duración y rápida recuperación, sin secuelas neurológicas. Síncope neurocardiogénico: Hipotensión arterial súbita, asociada o no a bradicardia desencadenada una de las siguientes situaciones: miedo, dolor intenso súbito, ortostatismo prolongado, estrés emocional, ambiente caluroso, visión de sangre, etc. Síncope situacional: ocurre durante o inmediatamente luego de orinar, defecar, toser, deglutir. Síncope ortostático: el episodio ocurre ocasionado por una hipotensión ortostática (caída de la presión arterial (PA) sistólica \geq 20 mmHg o de la PA diastólica \geq 10 mmHg luego de dos minutos de adoptar la posición de pie, en un paciente que se mantuvo en decúbito dorsal por más de cinco minutos) Síncope cardíaco arritmico: episodio sincopal en paciente con arritmia en el electrocardiograma que explique el cuadro clínico (bradicardia sinusal sintomática < 40 cpm, o pausa sinusal > 3 seg, o bloqueo sino auricular recurrente, Bloqueo aurículo ventricular tipo Morbitz II o III, Bloqueo completo de rama derecha e izquierda alternantes, taquicardia ventricular o supraventricular paroxística, o disfunción de marcapaso con pausa cardíaca) Síncope cardíaco no arritmico: episodio sincopal en paciente portador de cardiopatía estructural capaz de provocar síncope en ausencia de arritmias (estenosis aórtica, cardiomiopatía hipertrofica, mixoma de aurícula izquierda, estenosis mitral, obstrucción al flujo pulmonar: estenosis pulmonar, hipertensión pulmonar, embolismo pulmonar, falla de bomba, infarto de miocardio, angina inestable, taponamiento cardíaco o disección aórtica) Procedimiento: a todos los pacientes que se les interrogó sobre la historia de síncope previos, circunstancias previas al ataque de síncope (posición, actividad y factores predisponentes), características clínicas del mismo (forma de caer y eventos traumáticos) y los síntomas post síncope. También se indagó los antecedentes médicos familiares y personales y la ingesta de fármacos y tóxicos. Del examen físico se constató la cifra de presión arterial y la frecuencia cardíaca en posición supino, sentado y parado. Peso y talla para cálculo de Índice de Masa Corporal (IMC) y examen cardiovascular

y neurológico. A todos los pacientes se les realizó registro electrocardiográfico y ecocardiograma.

Resultados. El síncope en el anciano es un síntoma frecuente y de importante morbimortalidad, ya que es una población particularmente vulnerable a sus consecuencias. Por eso exige de un tratamiento correcto y precoz una vez identificadas sus causas. De un total de 83 pacientes que consultaron por síncope en el período de fechas analizado, 38 eran pacientes > 65 años (FR = 0,45). Se encontró como principal causa del síncope a la etiología cardiovascular no arritmica, (11/38) seguida de la cardiovascular arritmia (10/38). Siendo ambas las de peor pronóstico. Esto pone en evidencia la importancia de una correcta valoración etiológica en todo paciente anciano con historia clínica de síncope, en vistas a mejorar su mortalidad y su calidad de vida al evitar la recurrencia.

**EA-41
ANÁLISIS DEL DETERIORO DEL ÍNDICE DE BARTHEL ESTRATIFICADO DE ACUERDO A SUS PARÁMETROS**

M. Martínez Martín, C. Sáez Béjar, S. Arponen, P. Sánchez Molini, C. Ruiz Avendaño, B. Fadón de la Pedraja, C. Alcázar Alcázar y C. Suárez Fernández

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

Objetivos. Detectar los parámetros dentro del índice de Barthel que más se deterioran durante el ingreso y que por tanto condicionan de manera más importante la pérdida de capacidad funcional de nuestros pacientes.

Material y métodos. Se realiza una entrevista al cuidador principal de todos los pacientes mayores de 75 ingresados en la planta de hospitalización de Medicina Interna de febrero a junio de 2006, recogiendo en ella el índice de Barthel y el número de síndromes geriátricos que presentan (un total de 119 encuestas válidas) al ingreso y al alta hospitalaria.

Resultados. Se realizó la valoración funcional a través del índice de Barthel a un total de 119 pacientes (80 mujeres y 39 varones). La edad media fue de 85,24 años (rango 75-101, SD 5,93). No hubo diferencias significativas en la distribución de edades por sexos. Se comprobó deterioro intrahospitalario del índice de Barthel en el 35,5% (n = 42) de los pacientes: 31% de varones y 69% de mujeres, con una edad media de 87,3 años (SD 5,90), y una estancia media de 9,95 días (SD 8,40), sin que las diferencias con la muestra global fueran significativas. En el seguimiento a tres meses en este subgrupo, el 40,5% reingresa y/o fallece.

Tabla 1. Deterioro estratificado del índice de Barthel durante el ingreso (EA-41).

	Previo			Alta		
	0-1	5	10-15	0-1	5	10-15
Comer	23,7	15,3	61	42,9	21,4	35,7
Bañarse	71,4	28,6	-	88,1	11,9	-
Vestirse	26,2	33,3	40,5	52,4	31	16,7
Arreglarse	26,2	73,8	-	57,1	42,9	-
Deposición	28,6	4,8	66,7	50	7,1	42,9
Micción	35,7	19	45,2	61,9	14,3	23,8
Retrete	31	16,7	52,4	59,5	25,6	11,9
Traslado	0	35,7	64,3	40,5	28,6	31
Deambulaci3n	35,6	0	74,4	59,5	4,8	35,7
Escalones	50	28,6	21,4	78,6	21,4	0

Discusi3n. Observamos que todos los parámetros del índice de Barthel se deterioran de manera significativa en este grupo de pacientes. Aunque conservan movilidad totalmente independiente al alta un 35,7%, sin embargo ningún paciente que se deteriora en el ingreso puede subir escalones al alta y la capacidad de traslado independiente cae un 33,3%. Algo preservadas quedan las funciones de independencia para comer y mantener continencia fecal (35,7 y 42,9% respectivamente totalmente independientes al alta). El paciente mayor ingresado de por sí es dependiente para el baño (un 71,4%) y pierden capacidades de vestirse y de arreglarse sólo un 26,2 y un 30,9% respectivamente.

Conclusiones. Todos los parámetros que mide el índice de Barthel se ven severamente deteriorados en estos pacientes. Se detecta que los ítems que más influyen en el deterioro cuantitativo del índice de Barthel son los que tienen relación con la movilidad de los pacientes. Una posible actuación sobre la movilidad del paciente mayor ingresado quizá podría frenar el deterioro funcional en él.

EA-42
FACTORES ASOCIADOS AL REINGRESO EN PACIENTES DE UNA PLANTA DE CRÓNICO PALIATIVOS

F. Guerrero Igea¹, J. Reveriego Blanes¹, P. Retamar Gentil¹, R. Ruiz Morales², F. Cuesta López², J. Serrano Carrillo de Albornoz¹, M. Soriano Pérez¹ y M. Aguayo Canela¹

¹Servicio de Medicina Interna A. Hospital Virgen Macarena. Sevilla. ²Servicio de Medicina Interna A. Hospital San Lázaro. Sevilla.

Objetivos. Analizar los factores asociados a los reingresos.

Material y métodos. Se estudiaron los pacientes asignados a un internista en una planta de pacientes crónico-paliativos durante 5 meses consecutivos. A cada uno de ellos se le rellenó un protocolo estandarizado, en el que se incluía: edad, sexo, enfermo pluripatológico (pacientes con 4 o más enfermedades crónicas, de un total de 11 entidades seleccionadas: I. cardíaca, C. isquémica, Arteriopatía periférica sintomática, Anemia crónica < 10 g Hb, I. renal crónica, ACVA con secuelas, Diabetes, Demencia, Cirrosis hepática, Neoplasia activa no subsidiaria de tratamiento, EPOC.) e infección hospitalaria (IH). Así mismo, se contabilizó otra variable: retraso del alta por motivos familiares (RAPMF). Estadística: comparación de variables cualitativas y regresión logística.

Resultados. De un total de 80 pacientes, 18 (22,5%) habían sido ingresado en un plazo menor a un mes tras el último alta. Los únicos factores en los que hubo diferencias más acusadas entre reingresos y no reingresos fueron: enfermo pluripatológico (50% vs 27%, p < 0,085), Demencia (28% vs 50%, p < 0,07), RAPMF (39% vs 16%, p < 0,067), infección hospitalaria (61% vs 26%, p < 0,01). En el análisis de regresión logística (véase tabla), la infección hospitalaria fue la variable con mayor asociación al reingreso, seguida del paciente pluripatológico y el retraso en el alta por motivos familiares. La demencia se asoció a una baja probabilidad de reingresos en relación al resto de las patologías.

Discusión. Destaca la infección hospitalaria como factor asociado a reingresos, en probable relación con contaminación en ingreso previo y/o descenso de las defensas inmunitarias. El retraso del alta por motivos familiares sugiere una falta de compromiso de éstos hacia el enfermo, forzando probablemente ingresos previos. La demencia figura, paradójicamente, como factor protector de reingresos; presumiblemente se debe a que estos pacientes tienen largas estancias hospitalarias y suelen ingresar en residencias a su alta, sustituyendo al hospital.

Conclusiones. Los factores asociados al reingreso abarcan un espectro que va más allá del puramente nosológico, influyendo también variables sociofamiliares.

Tabla 1. Factores asociados al reingreso según regresión logística (N = 80) (EA-42).

Variables	Odds ratio	IC 95%	Valor de p
Pluripatológico	3,60	0,95-13,3	< 0,065
RAPMF	3,00	0,80-11,1	< 0,110
Demencia	0,21	0,05-0,88	< 0,010
IH	4,30	1,25-14,5	< 0,030

Tabla 1. Resultados clínicos y antropométricos (ds) (EA-44).

IMC (kg/m ²)	PMG (%)	Masa muscular (kg)	IMM (kg/m ²)	IB	I Ch	MNA
Varones ingresados	23,8 (4,1)	27,7 (10,4)	23,7 (6,9)	8,8 (2,5)	65 (30)	20,7 (6,1) p < 0,05
Grupo control (varones sanos)	26,4 (2,8)	31 (5)	32,2 (3,7)	11,4 (1,5)	100	30
Mujeres ingresadas	26,6 (6,2)	35 (7,5)	21,5 (4,5)	8,9 (1,7)	80 (20)	24,3 (4) p < 0,05
Grupo control (mujeres sanas)	28,4 (4,1)	40 (5)	25,5 (3,1)	10,7 (1,2)	100	29

EA-43
SÍNDROME CONFUSIONAL AGUDO EN PACIENTES CON FRACTURA DE CADERA. EFICACIA DE UN PROGRAMA DE ASISTENCIA COMPARTIDO

R. Fernández Ojeda, A. Mata, C. Conde Guzmán, M. Álvarez, R. Aparicio, C. Palmero Palmero y A. Fernández Moyano

Servicio de Medicina Interna. Hospital San Juan de Dios del Aljarafe. Bormujos, Sevilla.

Objetivos. Describir los factores favorecedores de SCA en pacientes con ingreso por FxC. Evaluar los resultados en Salud tras el desarrollo de un plan asistencial con Internista de referencia.

Material y métodos. Programa Asistencial. Desde junio del 2006 se inicia un programa asistencial compartido interdisciplinar en el que intervienen entre otros, Internista, Traumatólogo, Anestesiista y Trabajo Social. Estudio Retrospectivo. Seleccionamos de forma aleatoria 60 pacientes con fractura de cadera, divididos en dos grupos. 30 ingresados antes del inicio del programa (segundo semestre del año 2005) y 30 tras el inicio del programa asistencial (segundo semestre 2006). Se evaluó la presencia de SCA mediante el instrumento CAM (Confusional Assessment Method), así como las variables asociadas a la aparición del mismo (Tipo de intervención, relación temporal con ésta, comorbilidad, descompensación de enfermedades previas, deterioro cognitivo basal, nº fármacos, fármacos sedantes, cifras de hemoglobina, de sodio, potasio y creatinina).

Resultados. Observamos una mayor incidencia de SCA en pacientes con cifras de kaliemia alteradas (p = 0,005; OR: 10, IC95%: 1,5-63,1), respecto a aquéllos con niveles normales. No apreciamos diferencias significativas en cuanto a tipo de intervención realizada, relación temporal con la cirugía, índice de comorbilidad de Charlson, edad, nº de fármacos pre-ingreso, deterioro cognitivo previo, o cifras de creatinina, hemoglobina o natremia pre-intervención. Encontramos una menor incidencia de SCA en el período de implementación del nuevo programa asistencial. (16,7% vs 26,7%)

Discusión. Las variables asociadas al desarrollo de SCA son similares a lo descrito hasta ahora, resaltando los trastornos iónicos como factor importante. Las características clínicas de estos pacientes (situación funcional, comorbilidad previa y situación funcional junto a la descompensación de enfermedades previas durante el ingreso), establecen el perfil profesional del internista, como adecuado para mejorar su atención durante Hospitalización. El plan de asistencia compartida, en base a la disminución de SCA detectado en nuestra serie, podría ser una herramienta útil con finalidad pronóstica.

Conclusiones. 1) Nuestra población se comporta de forma similar en relación a los factores asociados a SCA que el resto de estudios descritos 2) El desarrollo de este plan de asistencia compartida se ha asociado a menor incidencia de SCA.

EA-44
IMPACTO DE LA SARCOPENIA EN ANCIANOS INGRESADOS EN UN HOSPITAL DE AGUDOS

F. Masanés Torán¹, M. Navarro López¹, M. Navarro González², A. Culla Ginesta¹, E. Sacanella Meseguer¹ y A. López Soto¹

¹Sección de Geriátria. Servicio de Medicina Interna. Institut. Hospital Clínic i Provincial de Barcelona. Barcelona. ²CAPSE. Centro de Atención Primaria y Salud del Eixample. Barcelona.

Objetivos. Analizar la prevalencia de sarcopenia en una cohorte de ancianos ingresados en un hospital de agudos.

Material y métodos. Se define sarcopenia como un índice de masa muscular (IMM) (masa muscular/talla²) menor de dos desviaciones estándar en referencia a la media que presenta un grupo control

Tabla 2. Grado sarcopenia pacientes ingresados (EA-44).

	Varones	Mujeres
VIMM normal	10,3%	44,8%
Sarcopenia (IMM < 2 ds)	31%	44,8%
Sarcopenia (IMM < 4 ds)	58,7%	10,3%

joven (60 personas sanas 20-40 años). Se evaluaron de forma prospectiva una serie de 60 pacientes mayores de 70 años que ingresaron en la Unidad Geriátrica de Agudos (UGA) y en el Servicio de Traumatología (TOR) del Hospital Clínic de Barcelona durante un período de 2 semanas. Se excluyeron aquellos pacientes que presentaban alteraciones graves del metabolismo hídrico. Se analizaron los siguientes parámetros: motivo del ingreso, estado nutricional (MNA), índice de masa corporal (IMC), la composición corporal (masa grasa (PMG), masa magra y masa muscular), la capacidad funcional previa al ingreso (Índice Barthel IB) y la comorbilidad (Índice Charlson I Ch). La valoración de la composición corporal se realizó mediante análisis de bioimpedancia eléctrica (BIA 101 R.JL Systems) practicada antes de las 48 h del ingreso. Los datos obtenidos se comparan con los de un grupo control formado por 60 ancianos sanos de la comunidad.

Resultados. Se incluyeron 29 varones y 31 mujeres. 24 pacientes ingresaron en la UGA y 36 en TOR. La edad media fue de 82 a. en los varones y 81,8 a. en las mujeres. Los diagnósticos de admisión fueron: fracturas quirúrgicas 46,5%, infecciones 20,7%, fracturas no quirúrgicas 12,1%, descompensación enfermedad crónica 10,4% y otros 10,3%. El IB basal fue 65 en los varones y 80 en las mujeres. Los resultados clínicos y antropométricos quedan reflejados en la tabla 1. El grado de sarcopenia de los ancianos ingresados queda reflejada en la tabla 2. La presencia de sarcopenia es significativamente mayor en los pacientes ingresados ($p < 0,05$). Dicha sarcopenia se relaciona con la edad y el estado nutricional ($p < 0,05$). Aunque los varones ingresados presentaban una peor situación funcional basal y mayor comorbilidad en relación a las mujeres las diferencias no fueron significativas.

Conclusiones. 1) Los ancianos que requieren ingreso hospitalario presentan una elevada prevalencia de sarcopenia. 2) Lasarcopenia es mayor en los ancianos varones. 3) La presencia de sarcopenia se relaciona con la edad y el estado nutricional de los ancianos. 4) El diagnóstico precoz de sarcopenia en estos pacientes permitiría implantar medidas preventivas encaminadas a disminuir la aparición de complicaciones durante el ingreso. Financiado por beca FIS (PI050098).

EA-45

APLICACIÓN DE LA GUÍA MNA EN LA DETECCIÓN DE MALNUTRICIÓN EN UN SERVICIO DE MEDICINA INTERNA

E. Mateo Sanchis¹, G. Lostaunau Costa¹, A. González-Cruz¹ y C. Sánchez Juan²

¹Servicio de Medicina Interna, ²Servicio de Endocrinología. Consorcio Hospital General Universitario de Valencia. Valencia.

Objetivos. Determinar el estado nutricional de los pacientes ingresados en el servicio de Medicina Interna del Hospital General Universitario de Valencia, según la guía MNA (Mini Nutricional Assessment) y valorar su validez, en relación con otras guías utilizadas (MUST, VGS y Analíticas).

Material y métodos. Se realiza un estudio observacional y transversal en 100 pacientes de ambos sexos ingresados de forma consecutiva en la Sala de Hospitalización del Servicio de Medicina Interna, procedentes de Urgencias o programados, independientemente de su sexo, edad, diagnóstico de ingreso y patología asociada, así como de su lugar de procedencia. El estudio se realizó dentro de las primeras 48 horas de ingreso, según la guía MNA, que evalúa mediciones antropométricas, evaluación global (estilo de vida, medicación y movilidad), nutricional y subjetiva. Según la guía MNA, existe tres tipos de estados nutricionales. Se clasifica primero los pacientes considerando la puntuación recogida del cuestionario del cribaje, cuya puntuación máxima es de 14 puntos; si se obtienen 12 o más puntos no se continúa la evaluación y si obtiene 11 o menos puntos se

continúa dicha valoración para detectar malnutrición. La evaluación Global define los 3 estados de nutrición: 1. Puntuación a) Score > 23,5: Estado Nutricional Satisfactorio b) Score 17-23,5: Riesgo de Malnutrición con buen pronóstico si intervención pronta. c) Score < 17: Estado de Malnutrición

Resultados. Un total de 38 hombres y 62 mujeres, con una media de edad de 83,01 años se evaluaron; un 46% se encontraban malnutridos, un 37% en riesgo de malnutrición y 17% con estado nutricional satisfactorio. Se observa una diferencia entre ambos sexos, encontrándose un 52,6% de los hombres en estado de malnutrición y un 42% entre las mujeres. Se encontró un Valor Predictivo Negativo del 8% en la valoración inicial de cribaje.

Discusión. El MNA es un método sencillo y rápido de estandarización amplia, con resultados prácticos para la evaluación del estado nutricional de pacientes, con respecto a estudios similares. La distinción entre sexos no fue significativa estadísticamente.

Conclusiones. El 83% de los pacientes de nuestra serie ingresados en nuestro Servicio de Medicina Interna, presentan malnutrición o riesgo según la guía de MNA. Nuestros resultados son equiparables a los obtenidos por otros autores en estudios similares, por lo que sería un método de elección ya que muestra una gran eficiencia y sencillez. El valor predictivo negativo encontrado sugiere evaluar de forma rutinaria con la guía MNA a todos los pacientes ingresados en Medicina Interna, pese a un cribaje con puntuación mayor de 11, dado su gran ratio coste/beneficio. El diagnóstico precoz y actuación temprana en nuestra serie de pacientes ha reducido sustancialmente la morbimortalidad y estancia media de los pacientes.

EA-46

VALORACIÓN SOCIO-SANITARIA DE LOS PACIENTES INGRESADOS EN UN SERVICIO DE MEDICINA INTERNA EN UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL

M. Femenías¹, M. Antich¹, T. Bosch¹, E. Esteban¹, R. Vidal¹, I. Salaberry², N. Ribas¹ y J. Forteza-Rey¹

¹Servicio de Medicina Interna, ²Atención al Paciente. Hospital Son Dureta. Palma de Mallorca, Illes Balears.

Objetivos. Cuantificar el valor pronóstico de la escala de Barthel y de 13 ítems socio-sanitarios al ingreso en un área de hospitalización de agudos

Material y métodos. En el período comprendido entre el 1 de junio de 2006 y el 30 de mayo de 2007 se valoró la escala de Barthel previa a la situación clínica que motivó el ingreso y 13 ítems socio-sanitarios (mayor 75 años, vivir sólo o con compañero anciano, reingreso en los últimos 30 días, demencia, estado vegetativo, oncológico paliativo, traumatismo en fase de rehabilitación, pluripatología, úlceras por presión, VIH, abandono de personas mayores, consumidor de tóxicos y ACV crónico con secuelas) el día del ingreso en planta junto a la realización de la historia clínica en una hoja diseñada a tal efecto. Los informes de los traslados a centros sociosanitarios fueron recuperados a través del servicio de codificación del hospital. Dicha información fue recogida por los médicos que llevaron al paciente durante su ingreso. El análisis de datos se realizó con el paquete estadístico SPSS V10.0.

Resultados. Se estudiaron 1.006 ingresos consecutivos, con una edad media de 70 años y una estancia media de 12,17 días. El grado de dependencia en la escala de Barthel era de total dependencia o grave (Barthel igual o inferior a 35) en un 13,6%, moderada (entre 40 y 55) en un 6,5%, leve (entre 60 y 95) en un 26,6% e independientes (100) en un 53,3%. De ellos 82 pacientes (8,2%) fueron trasladados a un centro sociosanitario de media-larga estancia. Un Barthel previo al ingreso igual o inferior a 35 fue el mejor predictor de traslado a centro socio-sanitario (Odds ratio 8,28, intervalo de confianza 5,02-13,7). De los 13 ítems que estuviesen presentes en más del 5% de los pacientes fueron predictores de traslado: la presencia de demencia, edad mayor de 75 años, vivir solo o con compañero anciano y la presencia de pluripatología. Tuvieron un riesgo relativo de 6,04; 3,24; 2,15; y 1,92 respectivamente. No fue factor pronóstico el ingreso previo en los últimos 30 días.

Discusión. En la historia clínica habitual no suelen reflejarse aspectos psico-sociales de forma reglada. En la mayor parte de servicios de medicina interna la valoración de necesidades de apoyo socio-sanitario se plantean cuando el paciente y/o su familia no están en

condiciones de llevarse el convaleciente a su domicilio y no en forma de intervención precoz. Lo factores clásicos, como la presencia de pluripatología y los reingresos frecuentes no son marcadores pronósticos de utilización de centros sociosanitarios y sí la escala de Barthel. La valoración sociosanitaria puede ser útil para diseñar intervenciones preventivas distintas al internamiento, si bien dicha hipótesis debiera ser validada con un estudio diseñado a tal efecto.

Conclusiones. Nuestros resultados apoyan las recomendaciones del "Grupo de Trabajo del paciente pluripatológico y de edad avanzada" de la SEMI de introducir en la rutina clínica la escala de Barthel.

EA-47

HEMORRAGIA DIGESTIVA ALTA (HDA) NO ASOCIADA A HIPERTENSIÓN PORTAL EN PACIENTES DE EDAD AVANZADA: MAYOR MORTALIDAD RELACIONADA CON MAYOR PREVALENCIA DE NEOPLASIA

A. Almuedo¹, J. Romanyá¹, E. Roquer², F. Martínez³, J. Rigau⁴, J. Padros¹ y S. Montull¹

¹Servicio de Medicina Interna, ²Servicio de Geriatria,

³Bioestadística, ⁴Servicio de Aparato Digestivo.

Hospital General de Granollers. Granollers, Barcelona.

Objetivos. Conocer las características y evolución de la hemorragia digestiva alta en pacientes de edad avanzada (> 75 años) y compararlos con un grupo control de pacientes de < 75 a.

Material y métodos. Se analizaron todos los casos de HDA atendidos en nuestro centro durante un período de dos años. Se incluyeron los pacientes en que la endoscopia demostró lesión hemorrágica activa o reciente, o bien que el episodio hemorrágico fuese constatado por personal sanitario. Se recogieron los datos demográficos, comorbilidad, tto. descoagulante, ingesta de AINE.s, hallazgos endoscópicos, hospitalización, necesidades trasfusionales, evolución del sangrado, intervención quirúrgica y días de estancia.

Resultados. Se evaluaron 228 casos consecutivos, 93 pacientes de > 75 años (52H/41M, edad 82,9 ± 5,4 a) que se compararon con un grupo control de 135 pacientes de < 75 a. (109 H/26 M, edad 53,7 ± 15,1 a). Los pacientes de > 75 a respecto a los de < 75 a presentaron una mayor índice de hospitalización (71% vs 50,4%, p < 0,003), mayor estancia hospitalaria (7,52 ± 6,27 vs 5,28 ± 6,77 días, p < 0,02), mayor comorbilidad (77% vs 43%, OR 4,5, p < 0,001) relacionada ésta con la presencia de insuficiencia cardíaca (12% vs 4,4%, p > 0,04), insuficiencia renal (14% vs 1,5%, p < 0,001), neoplasia (15% vs 5,2%, p < 0,02), EPOC (21,5% vs 11%, p < 0,04) y alteraciones neurológicas previas (31,2% vs 9%, p < 0,001). No hubo diferencias en cuanto a tto. anticoagulante previo (9,7% vs 5%, p: NS), ni uso reciente de fármacos gastrolesivos (40,2% vs 37,6%, p: NS). Las características de la HDA se exponen en la tabla 1. No hubo diferencias significativas entre los dos grupos en cuanto al lugar del sangrado, excepto para el úlcus bulbar, que fue menos frecuente en el grupo de edad avanzada (17,2% vs 30,4%, p < 0,03, OR 0,4769). La mortalidad fue superior en el grupo de edad avanzada (15,1% vs 3,9%, p < 0,006, OR 4.36) y la presencia de neoplasia fue el único factor predictivo de mala evolución (OR 3,48).

Conclusiones. A pesar de que no hubo diferencias en cuanto a persistencia de sangrado, recidiva o gradación de riesgo de recidiva (Índice de Forrest), los pacientes de > 75 años presentaron una mayor tasa de hospitalización, mayor comorbilidad, mayor estancia hospitalaria y mayor mortalidad. Dado que estos pacientes presentan un mayor riesgo de mortalidad se deberían extremar las medidas diagnósticas para tomar decisiones con mejor coste-beneficio terapéutico.

Tabla 1. Características de la HDA (EA-47).

	> 75 a	< 75 a	Valor p	OR, IC: 95%
Forrest I-II	24,7%	28,9%	NS	NS
Trasfusión	57,6%	38,5%	0,007	2,17 (1,26-3,72)
No gastroscopia	29,0%	8,0%	0,001	6,49 (2,79-15,1)
Persistencia sangrado	7,5%	3,0%	ns	ns
Recidiva sangrado	4,3%	3,7%	ns	ns

GESTIÓN CLÍNICA

G-1

IMPACTO DE LA IMPLANTACIÓN DE UNA UNIDAD DE DIAGNÓSTICO RÁPIDO EN UN HOSPITAL COMARCAL

J. Torné Cachot¹, X. Encinas Méndez², X. Pérez Martí², J. Vidal Balaña³, J. Ribas Sola³, P. Puig Loshuertos¹, J. Blanch Falp¹ y J. Baucells Azcona¹

¹Servicio de Medicina Interna, ²Servicio de Cirugía General,

³Servicio de Neumología. Hospital Residència Sant Camil. Sant Pere de Ribes, Barcelona.

Objetivos. Las unidades de diagnóstico rápido (UDR) son una de las múltiples alternativas a la hospitalización que se han creado y puesto en marcha en los últimos años. El objetivo del estudio es analizar los resultados de los 18 primeros meses de funcionamiento de la unidad y evaluar su impacto asistencial.

Material y métodos. Se realiza un estudio observacional y prospectivo de todos los casos registrados en la UDR desde noviembre de 2005 hasta abril de 2007. En base al proyecto y diseño de una base datos se recogieron las siguientes variables: edad, sexo, procedencia (atención primaria, urgencias, consultas externas) motivo de la consulta (cuadro tóxico, fiebre prolongada o de origen desconocido, anemia de causa desconocida, adenopatías patológicas, alteraciones radiológicas sospechosas de neoplasia, sospecha de enfermedad sistémica, masas abdominales, sospecha de cáncer de pulmón, mama y colorectal, disfagia de instauración reciente, diarrea crónica, ictericias, ascitis y derrame pleural), demora de la primera visita, intervalo diagnóstico, diagnósticos finales, derivación del paciente tras el diagnóstico final, adecuación de la patología evaluada y el ahorro de ingresos hospitalarios.

Resultados. En el período del estudio se registraron 565 pacientes, 291 hombres (51,5%) y 274 mujeres (48,5%), con una edad media de 61 años (15-95). La procedencia más común fue atención primaria con 237 casos (42%), seguida de urgencias con 156 (28%) y consultas externas con 141 (25%). Los principales motivos de consulta fueron, la sospecha de neoplasia colorectal en 91 casos (16%), estudio de anemia en 67 casos (11,8%), sospecha de neoplasia de pulmón en 65 casos (11,5%) y estudio de cuadro tóxico en 51 casos (9%). En 172 pacientes (30,4%) el diagnóstico final fue de neoplasia. Las neoplasias más comunes fueron, el cáncer colorectal (27,3%), cáncer de pulmón (19,1%), cáncer de mama (12,2%) y las hemopatías malignas (5,8%). La demora de la primera visita fue de 4,05 días y el intervalo diagnóstico de 9 días, siendo de 9,4 días en los procesos neoplásicos y de 8,4 días en los no neoplásicos. En el 87,7% de los casos existió adecuación en relación a las patologías seleccionadas. Se evitó el ingreso hospitalario en 308 pacientes (54,5%), lo que supuso el ahorro de 2,895 estancias (5,3 camas/día). Tras el diagnóstico el principal destino de los pacientes fue consultas externas del hospital (66%). Precisarono ingreso 23 pacientes (5,1%), de los cuales el 26% eran enfermos neoplásicos.

Discusión. Las UDR constituyen en la actualidad una alternativa a la hospitalización derivada del progresivo y creciente aumento de la presión asistencial y limitación de recursos. El médico internista es el elemento fundamental en el proceso asistencial, la coordinación y gestión de la unidad. Aunque son escasas las descripciones de resultados en la literatura, parecen evidentes los beneficios obtenidos en relación a su eficacia y eficiencia. El significativo número de diagnósticos de enfermedades neoplásicas condiciona la incorporación de la UDR en el comité de tumores y una interrelación funcional importante y continuada con el servicio de Oncología. El intervalo diagnóstico es variable según la complejidad de la patología. En nuestra casuística el intervalo diagnóstico fue similar a la estancia media no depurada del servicio de Medicina Interna.

Conclusiones. Los resultados obtenidos en los primeros 18 meses de funcionamiento de la UDR nos permiten realizar las siguientes conclusiones: 1) Se ha conseguido el ahorro de 308 ingresos (54,5%), equivalentes a 2,895 estancias hospitalarias (5,3 camas/día). 2) Alto índice de diagnósticos de neoplasia (30%), lo que implica una relación funcional directa con el servicio de Oncología y el Comité de Tumores del hospital. 3) Medicina Interna representa el núcleo fundamental de las UDR, en base a su competencia frente a una gran

diversidad de patologías, coordinación con otros servicios asistenciales y el enfoque del proceso terapéutico.

G-2 LOS INCENTIVOS, EL DESEMPEÑO Y ALGUNOS EFECTOS NO ESPERADOS DE LA GESTIÓN CLÍNICA

N. Marín Gámez¹, M. Castillo Hernández¹, J. Trujillo Pérez¹, F. Báñez¹, F. Jódar¹, J. Fernández Reyes¹, J. Jover Casas² y R. García Jiménez²

¹Servicio de Medicina Interna, ²Gestión Médica-Dirección Corporativa. Hospital Universitario Médico-Quirúrgico. Jaén.

Objetivos. Alinear pago y buenos resultados en salud aspira a mejorar la calidad y la eficiencia de la asistencia. La actividad "medicina interna" hoy es clave: o lastra o activa un hospital. La gestión clínica reúne y orienta resultados, recursos y autonomía profesional con los objetivos claves de una organización dada. El análisis interanual y la "conducta" observada de los diferentes indicadores del cuadro de mandos es condición necesaria para alcanzar la mejora continua, trasladada, de hecho, al ciudadano pagador de impuestos como calidad. La gestión clínica aplicada en un servicio clásico debe probar ser tan eficaz y segura como una nueva intervención quirúrgica o un nuevo fármaco. Pero sólo tras realizar este singular "experimento social" pueden observarse algunos efectos no deseados. Siguiendo esta analogía es sabido que los resultados negativos son, a menudo, ocultos o no publicados. desvelamos nuestros resultados 2005-2006.

Material y métodos. Los pacientes y los métodos. Análisis evaluativo y explícito de los resultados interanuales obtenidos por una UGC MI autorizada en 2005, favorables y no favorables. Datos aportados por los SSII del centro y audits o registros aceptados. Utilizamos la norma SAS/SSPA. Trabajamos como Unidad de Gestión Clínica en un complejo hospitalario del grupo I (> 600 camas) y lo hacemos en tres centros; atendemos 117 camas, 5-6 consultas. El grupo de trabajo de 161 personas es multidisciplinar. El 25% de todos los enfermos y el 75% de los ingresados sufren al menos 4 condiciones médicas crónicas, tienen 7 años más en edad media que los restantes pacientes médicos -69 años-, con una mediana de 73 años (población, pues, netamente anciana).

Resultados. Se distribuyen los resultados cualitativos de las Dimensiones en favorables: Satisfacción global, reclamaciones, gestión por procesos Asistenciales, Seguridad, accesibilidad, tasa reingresos, complejidad casuística-codificación, racionalización prescripción farmacia, presupuesto oper I, y calidad total (mejora_C). y... neutros o desfavorables: estancia media e IUE**; Presupuesto cap I¹; derechos efectivos (consentimiento informado, audits) y gestión por competencias. La distribución de las variables "Logro-Desempeño" e "incentivos" en variación bianual**/2005 2006 83% 79% 9,3% 7%* efecto carrera profesional** efecto Robbin-Hood o imputación actividad adicional*** variación media en ingresos expresada en% por profesional.

Discusión. Los indicadores de la mayoría de las dimensiones siguen una tendencia favorable en los dos años y medio transcurridos, pero no en todos, y en especial en dos cuestiones relevantes (agilidad-funcionalidad y un derecho clave) y en la aceptación del paradigma competencial. La mejora y las tendencias observadas parecen consolidarse, también la asunción de "algún" incentivo. La UGC MI, tras un esfuerzo notable, de hecho fue acreditada por la ACSA, y la documentación que manejamos es ahora, desde luego, mucho mayor y mejor..., pero a los profesionales no parece afectarnos en exceso el riesgo de percibir 3,3 puntos menos sobre los ingresos posibles (6.000 euros estimados, o 110 de media per cap). Dado que la racionalidad de la gestión clínica reside en el cociente incentivos/desempeño, hay que pensar que la cadena causal tal vez sea más compleja. La mejora en la documentación sin un cambio duro en el núcleo de la calidad asistencial (los derechos vinculantes), o la dificultad en introducir el modelo de desarrollo continuo (competencias) sugieren una desigualdad entre expectativas y conductas observadas.

Conclusiones. El pago de incentivos debería ser un buen catalizador del desempeño, la calidad e, incluso, del ethos profesional; pero éste último tal vez responda más a estrategias relacionadas con la reputación, incluido la publicación externa de los resultados y la posibilidad de comparar.

G-3 DIFERENTE EVOLUCIÓN DE LOS PACIENTES INGRESADOS EN MEDICINA INTERNA EN LAS CAMAS PERTENECIENTES AL SERVICIO Y LAS PERTENECIENTES A OTROS SERVICIOS DEL MISMO HOSPITAL

C. Alameda González¹ y C. Suárez Fernández²

¹Servicio de Medicina Familiar y Comunitaria. Gerencia de Atención Primaria de Burgos. Burgos. ²Servicio de Medicina Interna. Hospital Universitario de la Princesa. Madrid.

Objetivos. General: determinar si la ubicación de un paciente al comenzar su ingreso, dentro o fuera de la planta correspondiente al servicio a cuyo cargo se encuentra ingresado, influye en su evolución. Específico: Comparar la mortalidad, morbilidad intrahospitalaria, estancia media y reingreso de los pacientes ingresados a cargo de Medicina Interna por un mismo diagnóstico, en función de si comienza su ingreso en la planta correspondiente a Medicina Interna (paciente "no periférico") o en cualquier otra planta del hospital (paciente "periférico").

Material y métodos. Pacientes que fueron dados de alta por el Servicio de Medicina Interna del Hospital Universitario de La Princesa con el GRD 544 (insuficiencia cardíaca, arritmia o trastorno de conducción cardíaca con complicación o comorbilidad mayor) durante el año 2006 (n = 237). Las variables primarias estudiadas fueron estancia, mortalidad, reingreso a los 30 días y morbilidad intrahospitalaria. La distribución de la estancia se estudió con la prueba U de Mann-Whitney y la del resto de variables con la chi-cuadrado. El análisis multivariante se realizó mediante un análisis de regresión múltiple para la estancia media y mediante una regresión logística para el resto de las variables primarias.

Resultados. De los 237 pacientes, 123 (52%) comenzaron su ingreso como "periféricos" y 114 (48%) como "no periféricos". El 27% fueron varones. La edad media fue de 82,2 ± 8,1 años. Los pacientes "periféricos" tuvieron una estancia media significativamente mayor que los "no periféricos" (11,8 vs 9,2; p = 0,001) pero no se encontraron diferencias significativas en cuanto a mortalidad (17% vs 22%), reingreso (15% vs 10%) ni morbilidad intrahospitalaria (24% vs 18%). Tampoco hubo diferencias significativas entre ambos grupos en ninguna de las variables secundarias. En el análisis multivariante no se encontró que ninguna de las variables estudiadas como posible factor de confusión lo fuera realmente.

Discusión. Es llamativa la diferencia existente entre las estancias medias de los dos grupos (2,6 días; IC 95%: 0,6-4,7). Cabría esperar que esa estancia un 28% más larga se debiera a una mayor tasa de complicaciones o a una peor evolución, pero no se han observado diferencias significativas en las complicaciones estudiadas ni en la mortalidad. Tampoco en el estado en el que se encuentran cuando son dados de alta, pues tampoco hay diferencias en las tasas de reingreso. Estos resultados nos hacen pensar que el alargamiento de la estancia no se debe a que el paciente se encuentre peor atendido desde el punto de vista sanitario, sino que probablemente se deba a un problema de mala gestión de recursos: suelen ser pacientes que son atendidos por los médicos a última hora de la mañana, en los que se dejan las tareas "no urgentes" para el día siguiente. Asimismo, el médico puede sentir menos presión para tener que dejar vacías lo antes posible las camas de otras plantas que las de la suya. También son atendidos por personal de enfermería que no está familiarizado con los tratamientos y cuidados que se administran en la planta de Medicina Interna.

Conclusiones. Los pacientes ingresados a cargo de Medicina Interna por un diagnóstico relacionado con el GRD 544 tienen una estancia menor si comienzan su ingreso en la planta de Medicina Interna que si lo hacen en otra planta. No se encontraron diferencias entre los dos grupos en cuanto a mortalidad, morbilidad ni complicaciones intrahospitalarias. Las diferencias entre los dos grupos se mantienen después del análisis multivariante. Estos hallazgos probablemente se deben a problemas no médicos relacionados con la distribución del tiempo dedicado a los pacientes a lo largo de la jornada laboral y al peor funcionamiento de los circuitos requeridos para su atención. Son necesarios más estudios para conocer si esta diferencia también se encuentra en los pacientes ingresados por otros diagnósticos y en los "periféricos" de otros servicios.

**G-4
DISEÑO DE UNA VÍA CLÍNICA PARA TROMBOSIS VENOSA PROFUNDA DE MIEMBROS INFERIORES**

A. Maestre Peiró¹, A. Verdú Berenguer², P. López Casanova¹, A. Ródenas Giménez¹, C. Orozco Alberola¹, V. Cánovas García¹, J. López Escudero¹ y A. Martín Hidalgo¹

¹Servicio de Medicina Interna. Hospital General Universitario de Elche. Elche/Elx, Alicante. ²Servicio de Medicina Interna. Hospital Virgen del Castillo. Yecla, Murcia.

Objetivos. Diseño e implantación de una vía clínica o plan asistencial para la trombosis venosa profunda (TVP) de miembros inferiores, proceso frecuente, de alto riesgo, elevado coste sanitario y curso clínico predecible.

Material y métodos. La vía clínica fue desarrollada por un equipo multidisciplinar formado por enfermería y médicos de Medicina Interna. Se basó en la revisión bibliográfica de las principales recomendaciones y guías de dicho proceso, teniendo en cuenta las características de nuestra institución y la experiencia del grupo, que se tradujeron en un documento de validez local alcanzado por consenso. Los candidatos a seguir la vía clínica fueron los pacientes con TVP de miembros inferiores ingresados en 2004 que no cumplieran alguno de los criterios de exclusión siguientes: sospecha de tromboembolismo pulmonar, embarazo, necesidad de filtro de vena cava inferior, trombosis durante un ingreso por otra causa o cáncer activo.

Resultados. El equipo multidisciplinar desarrolló la documentación completa de la vía clínica: matriz temporal, hoja de verificación médica, hoja de verificación de enfermería, codificación de variaciones, hoja de información al paciente, encuesta de satisfacción y esquema de evaluación con indicadores y estándares. De los 60 pacientes ingresados por TVP, 40 siguieron la vía clínica. De los 20 que no lo hicieron, 18 cumplían alguno de los criterios de exclusión.

Discusión. La vía clínica sirvió para establecer una secuencia de actuaciones y disminuir la variabilidad en la práctica clínica, así como para mejorar la coordinación de los diferentes profesionales implicados. Permitió una programación cuidadosa del ingreso con una visión global del plan de atención y cuidados del enfermo.

**G-5
CONSULTA DE DIAGNÓSTICO RÁPIDO. MEJORA DE LA RESPUESTA ASISTENCIAL EN LA UNIDAD DE GESTIÓN CLÍNICA DE MEDICINA INTERNA**

R. Pérez Temprano, E. Salamanca Rivera, A. Leal Luna y R. Pérez Cano

Servicio de Medicina Interna B. Hospital Virgen Macarena. Sevilla.

Objetivos. Facilitar la accesibilidad de los usuarios a la asistencia sanitaria para cubrir sus necesidades de forma integral, en el menor tiempo posible, es un objetivo primordial dentro de la actividad de las Unidades de Gestión Clínica. La UGC de Medicina Interna con la implantación de la Consulta de Diagnóstico Rápido, consigue agilizar diagnósticos y tratamientos para patologías que no admiten demoras.

Material y métodos. Para conseguir los objetivos propuestos, se establecieron criterios de consenso con todos los Servicios Asistenciales del Hospital y Atención Primaria. Dentro de los criterios de derivación se definieron los perfiles de los pacientes susceptibles de ser atendidos. Se facilitó un teléfono de contacto para gestionar las citas. El paciente una vez estudiado, es remitido mediante cita concertada a la especialidad correspondiente para seguimiento evolutivo y terapéutico.

Resultados. Se presentan datos de los primeros 100 pacientes. La edad media fue 56 (DT: 18). Un 9% de los pacientes eran pluripatológicos. Un 48% procedían de Atención Primaria, un 46% de Urgencias y un 6% de Consultas Convencionales. El 29% de los diagnósticos eran neoplasias (15% Digestivas o Hepatobiliares, 8% Pulmonares, 5% Linfomas y 1% Otros). El 94% de los diagnósticos quedan recogidos en 21 GDRs que suponen 987,42 días de estancia hospitalaria evitable para el Hospital Universitario Virgen Macarena. Al alta se remitió a Atención Primaria al 37% de los pacientes, a Consulta de Medicina Interna un 18%, y el resto a otras especialidades, destacando Cirugía General (18%) y Oncología (8%).

Conclusiones. Hemos podido constatar que con este tipo de actividad se favorece la Accesibilidad del paciente a la asistencia sanitaria; Se acortan los Tiempos de Demora respecto a las consultas convencionales; Se evitan ingresos hospitalarios reglados y Urgentes, contribuyendo así a mejorar el índice de utilización de estancias. Con estos 100 primeros pacientes hemos evitado la utilización de 987,42 estancias, correspondiendo a 2,70 camas/día. Todo ello conduce a una disminución de costes para el estudio de las patologías mencionadas.

**G-6
RESULTADOS DE ESTANCIA MEDIA Y REINGRESOS TRAS LA CREACIÓN DE UNA UNIDAD MÉDICA DE CORTA ESTANCIA EN UN HOSPITAL DE ÁREA**

M. Gandía Herrero¹, P. Menchón Martínez², M. Torralba Saura³, O. Casado Meseguer³, R. Llanos Llanos³ y F. Herrero Huerta¹

¹Servicio de Medicina Interna, ²Servicio de Neumología, ³UMCE. Medicina Interna. Hospital J.M. Morales Meseguer. Murcia.

Objetivos. Valorar la utilidad de una Unidad Médica de Corta Estancia (UMCE) para reducir la estancia media (EM) del Servicio de Medicina Interna (MI), al que está adscrita.

Material y métodos. Seleccionamos los 4 grupos relacionados por el diagnóstico (GRD) que ingresan de forma más frecuente en UMCE durante el primer año de funcionamiento (2005): EPOC (88), Bronquitis y asma en > 17 años sin complicación (97), Otros trastornos respiratorios (541), bronquitis y asma con complicación (542). Recogimos de forma retrospectiva todos los pacientes que ingresaron con dichos GRD durante dos años consecutivos, uno antes (2004) y otro después (2005) de la creación de la UMCE. Comparamos en ambos grupos la EM (mediante t de Student) y la PR (proporción de reingresos) a las 72 horas y a los 31 días debidos a alguno de los 4 GRD estudiados (mediante prueba de homogeneidad por chi cuadrado). Se excluyeron 3 pacientes con estancia media mayor de 80 días, ocasionada por problema social.

Resultados. Evaluamos 1.654 ingresos en 663 pacientes ingresados en MI en 2004 y 516 pacientes ingresados en MI y UMCE en 2005 (tabla 1). La edad media (74,6 ± 12,4 vs 74,6 ± 13,1) y la proporción de géneros (64% vs 57% varones) eran similares en ambos grupos. Obtuvimos una reducción significativa de la EM de 0,8 días (p < 0,005), con un ahorro anual de 686 días de estancia hospitalaria (tabla 2).

Discusión. Nuestra UMCE cumple el objetivo de disminuir la EM global del servicio de MI, mediante la selección de pacientes con procesos susceptibles de mejorar su asistencia y con una importante repercusión en las cifras globales de la atención del hospital, como los procesos respiratorios, todo ello incluso con disminución de la proporción de reingresos.

Conclusiones. 1) Durante el primer año de su existencia, la UMCE ha conseguido disminuir de forma significativa la estanciamedia del Servicio de Medicina Interna. 2) Además, ha demostrado disminuir

Tabla 1. Estancia total y volumen de ingresos de los GRD estudiados (G-6).

GRD	2004 ingresos (n)	2004 estancia (días)	2005 ingresos (n)	2005 estancia (días)
541	355	3174	369	3.269
542	148	1221	236	1.560
88	214	1599	148	904
97	79	433	105	500
Total	796	6427	858	6.233

Tabla 2. Estancia media (EM) y proporción de reingresos (PR) en 2004-2005 (G-6).

	EM (días) GRD 541	EM (días) GRD 542	EM (días) GRD 88	EM (días) GRD 97	EM (días) total	PR en 72 h N (%)	PR en 31 días N (%)
2004 (MI)	8,94	8,25	7,47	5,48	8,07	7 (1,06)	56 (8,45)
2005 (MI+UMCE)	8,86	6,61	6,11	4,76	7,27	4 (0,52)	43 (5,58)
Signif. estad.	0,884	0,006	0,004	0,096	0,005	0,250	0,0375

la proporción de reingresos por patología respiratoria dentro del primer mes tras el alta.

G-7 EVALUACIÓN DE LA CALIDAD 360º: ACREDITACIÓN DE UN SERVICIO MÉDICO

N. Marín Gámez¹, M. Godoy Chiclana¹, J. Jover Casas², Á. Palop del Río³, V. Navarro¹, J. Trujillo Pérez¹, M. Román Fuentes³ y R. García Jiménez²

¹Servicio de Medicina interna, ²Dirección Corporativa. Hospital Universitario Médico-Quirúrgico. Jaén. ³Agencia Calidad Sanitaria Andaluza. ACSA

Objetivos. Describir el proceso de mejora continua de la calidad en un servicio médico público durante 18 meses.

Material y métodos. El Servicio se constituyó, en 2005, en Unidad de Gestión Clínica de un complejo hospitalario con > 600 camas, y tres centros. Atendemos 124 camas, 6 consultas; 1 hospital de día. Somos un grupo multidisciplinar de 160 profesionales. La actividad: Más de 9.000 pacientes atendidos, > 3.500 ingresos, 10%-11% mortalidad, 2,73% de reingresos; < 12 días para 1ª consulta; > 240 actos en Hospital de Día, y una elevada complejidad de casos (> 1,7). Gestionamos 9 mill de euros/año. Un 10% del sueldo se vincula a incentivos. Alcanzamos un 83% de objetivos. Un 25% de enfermos y el 75% de los ingresados son pluripatológicos, tienen una edad media de 69 años (38-97), mediana de 72 años (población geriátrica). De la Agencia de Calidad Andaluza (organismo independiente de la Consejería Salud) solicitamos iniciar un proyecto de acreditación en calidad en enero de 2006. Participaron en la fase de autoevaluación 8 profesionales y otros 15 fueron responsables de las áreas de mejora. Recibimos dos evaluaciones externas, en junio y en noviembre de 2006, por un equipo de 5 + 2 expertos en gestión de calidad (ingeniero, gestor, sanitarios). Nos enfrentamos a 112 estándares. Aportamos 166 evidencias documentales, 127 áreas de mejora, 48 anexos. Accedimos en 369 ocasiones a la ACSA y recabamos 55 tutorías en el proceso. Dedicamos 810 horas aprox. Esta comunicación es paritaria.

Resultados. La ACSA reconoció el nivel avanzado para la UGC de Medicina Interna a finales de 2006. En marzo de 2007 nos fue entregado el certificado de acreditación. Fuimos la primera unidad especializada acreditada en la provincia. Actualmente 16 centros o unidades están en proceso de acreditación. La Agencia resaltó un elevado nivel de desempeño en determinados estándares: seguridad de los pacientes (tasas ajustadas para: infecciones nosocomiales, caídas, úlceras por decúbito o protocolos preventivos en delirium y TVP; prescripción digital, foto-criopreservación, caducidades); satisfacción (> 90% recomendaría a otros la unidad); participación y respeto a los derechos (atención a asociaciones, accesibilidad garantizada y ágil, información, personalización...); actuación según guías clínicas y protocolos (23 disponibles, 18 aplicadas; 4 procesos asistenciales evaluados) y en el desarrollo profesional continuado de sus miembros. La ACSA destacó dos aportaciones como ejemplos de buenas prácticas: el análisis de la complejidad de lectura de los informes de alta ("Efecto Fausto") y el documento informativo a los pacientes editado como "Recomendaciones en Medicina Vascular".

Discusión. Este es un ejemplo concreto que refleja cómo un grupo amplio de profesionales realiza una "imitatio" -benchmarking- desde el management de la empresa a la gestión de la calidad en un servicio clínico público. No pretendemos que sea exportable, somos conscientes de las limitaciones de todo tipo en la arena clínica diaria real. No obstante pensamos que es posible unir la bata y el traje sin renunciar al ethos milenar, y, además, mejorar.

Conclusiones. Los procesos voluntarios de acreditación, probablemente, favorecen el arraigo de la cultura de calidad en los centros sanitarios. Hemos mejorado levemente la estructura, algo más los

procesos, los procedimientos, la documentación, los registros, la actualización del cuadro de mandos...; pero, sobre todo, pensamos que estamos mejorando de un modo continuo los resultados que "realmente" podemos ofrecer a los pacientes. La medición de la calidad no es algo subjetivo, aunque sí complejo. Un paciente representa una difícil "multidimensión", la calidad también. Con los métodos actuales es posible realizar una evaluación multiperspectiva, digamos de 360º, medir y capturar las mejores conductas profesionales en un entorno sanitario.

G-8 ESTUDIO DE LA BRONCOASPIRACIÓN EN UN HOSPITAL MEDIANTE EL CONJUNTO MÍNIMO BÁSICO DE DATOS

M. Pérez, J. Losa, R. Barba, B. Comeche, C. Aranda, L. Moreno, S. Sánchez y V. Castilla

Servicio de Medicina Interna. Fundación Hospital Alcorcón. Alcorcón, Madrid.

Objetivos. La broncoaspiración es una complicación grave en muchos ingresos, aunque ha sido poco estudiada. El objetivo de nuestro trabajo fue analizar esta entidad mediante la información que se recoge en el conjunto mínimo básico de datos (CMBD) al alta.

Material y métodos. Se recogieron todos los episodios de hospitalización de la Fundación Hospital Alcorcón con un diagnóstico de broncoaspiración desde 1999 hasta 2006. Para ello se seleccionaron los ingresos no programados que contenían el código CIE-9 correspondiente a esta entidad en alguna de las 13 categorías diagnósticas. Se hizo un análisis descriptivo de los casos; fueron estadísticamente significativas diferencias con una $p < 0,05$ (dos colas) y se llevó a cabo un análisis multivariado (modelo de regresión logística) para identificar las variables que se asociaban de forma independiente con la mortalidad.

Resultados. Se identificaron 932 hospitalizaciones con broncoaspiración sobre un total de 96.205 ingresos urgentes (0,97%), que correspondieron a 830 pacientes. La edad media fue 80 años (DE 14), el 52% eran varones y el 29% estaban institucionalizados. El 58% de las broncoaspiraciones tenían codificada insuficiencia respiratoria aguda, un 41% de los pacientes tenían demencia, el 30% enfermedad cerebrovascular, el 23% diabetes mellitus, un 16% anemia, el 10% una úlcera por presión, un 9% insuficiencia renal aguda, otro 9% una neoplasia y otro 9% una infección urinaria. El 85% de los ingresos tuvieron lugar en medicina interna, el peso relativo del grupo relacionado de diagnóstico (GRD) asignado al proceso fue 3,4 (DE 1,56), la estancia media 10,45 días (DE 11,17), el 18% tenían un índice de Charlson (comorbilidad) > 2 y el 4% tuvieron un reingreso a los 30 días con una nueva broncoaspiración. En el 38% de las hospitalizaciones aconteció éxitus y en el 9% de las broncoaspiraciones el éxitus se produjo en las primeras 48h de ingreso. En el análisis univariado las variables que se asociaron significativamente con una mayor mortalidad durante el ingreso fueron la edad avanzada, un elevado peso relativo del GRD, la ausencia de institucionalización, la insuficiencia renal aguda, la acidosis, el shock y la infección por *E. coli*. En el análisis multivariado las variables que se asociaron de forma independiente con mayor mortalidad fueron: la edad (OR -por año- 1,03; IC95% 1,02-1,04), el peso relativo del GRD (OR 1,26; IC95% 1,10-1,43) y la acidosis (OR 2,73; IC95% 1,18-6,33) mientras que las que se asociaron con menor mortalidad fueron la institucionalización (OR 0,70; IC95% 0,51-0,96) y la anemia (OR 0,60; IC95% 0,40-0,89).

Discusión. La broncoaspiración se produce fundamentalmente en ancianos institucionalizados con enfermedad cerebral degenerativa o vascular y es un proceso asistencial con un peso relativo del GRD muy elevado y una gran mortalidad, sobre todo en los más ancianos.

Conclusiones. El CMBD contiene información suficiente para analizar una entidad de elevada mortalidad como la broncoaspiración.

G-9**HOSPITALIZACIONES POR NEUMONÍA EN NEUMOLOGÍA Y MEDICINA INTERNA SEGÚN EL CONJUNTO MÍNIMO BÁSICO DE DATOS****J. Losa, R. Barba, A. Asenjo, R. Barrena, M. Delgado, A. Espinosa, I. González y V. Castilla**

Servicio de Medicina Interna. Fundación Hospital Alcorcón. Alcorcón, Madrid.

Objetivos. Existe la percepción de que las neumonías que se atienden en medicina interna y neumología no son similares. El objetivo de nuestro trabajo fue comparar las hospitalizaciones por neumonía en el servicio de medicina interna (MI) y en el de neumología (NM) mediante la información que se recoge en el conjunto mínimo básico de datos (CMBD) al alta.

Material y métodos. Se recogieron todos los episodios de hospitalización con neumonía en estos dos servicios de la Fundación Hospital Alcorcón desde 1999 hasta 2006. Para ello se seleccionaron los ingresos no programados que contenían el código CIE-9 correspondiente a esta entidad en alguna de las 13 categorías diagnósticas. Se hizo un análisis descriptivo de los casos, y se compararon los pacientes que habían ingresado en MI y NM y los pacientes que habían fallecido. Se consideraron estadísticamente significativas diferencias con una $p < 0,05$ (dos colas) y se llevó a cabo un análisis multivariado (modelo de regresión logística) para valorar si el ingreso en MI o NM era un factor de riesgo independiente de mortalidad.

Resultados. Se identificaron 4295 hospitalizaciones con neumonía dados de alta en los dos servicios sobre un total de 5433 en todo el hospital (79%), que correspondieron a 3733 pacientes. El 86% (3681) fueron en MI y el 14% (614) en NM. La edad media de los pacientes en las hospitalizaciones de MI fue significativamente mayor que en las de NM (76 vs 66 años), al igual que la institucionalización (17 vs 5%), la infección VIH (3 vs 0%), la insuficiencia renal aguda (8 vs 4%), la diabetes mellitus (25 vs 14%), la demencia (19 vs 3%), la insuficiencia cardíaca (12 vs 5%), la enfermedad cerebrovascular (8 vs 3%), la insuficiencia renal crónica (5 vs 2%), un índice de Charlson (comorbilidad) > 2 (16 vs 9%), el alta en fin de semana (9 vs 6%) y la invernidad (37 vs 28%). Por el contrario en las hospitalizaciones de NM la proporción de varones fue significativamente mayor que en MI (73 vs 59%), al igual que la obesidad (15 vs 5%), la hiponatremia (7 vs 3%), la neoplasia (10 vs 7%), la acidosis (3 vs 2%), el enolismo (20 vs 6%), el tabaquismo (35 vs 14%), la EPOC (35 vs 18%), el derrame pleural (10 vs 7%), la infección por *Klebsiella pneumoniae* (0,7 vs 0,2%) y por *Pseudomonas* (3 vs 2%). No se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre ambos servicios en el peso relativo del grupo relacionado de diagnóstico (GRD), estancia media, reingresos con neumonía, insuficiencia respiratoria aguda, infección por neumococo, *H. influenzae*, *S. aureus*, *E. coli* ni Legionella. La mortalidad en las hospitalizaciones con neumonía en NM fue menor en comparación con MI (5% vs 14%; OR cruda 0,33, IC95% 0,23-0,48) pero cuando la OR se ajustó por edad, sexo y otros factores asociados con la mortalidad, esta diferencia desapareció (OR ajustada 0,70, IC95% 0,46-1,07).

Discusión. Existen importantes diferencias entre las hospitalizaciones por neumonía en los servicios de MI y NM. Aunque aisladamente la mortalidad en MI es mayor que en NM, esta diferencia desaparece cuando se tienen en cuenta todos los factores asociados a este evento. **Conclusiones.** El CMBD permite analizar las diferencias entre las hospitalizaciones por neumonía en los servicios de MI y NM y explicar el origen de alguna relevante como la diferente mortalidad.

G-10**MORTALIDAD INTRAHOSPITALARIA EN PACIENTES CON NEUMONÍA INGRESADOS EN FIN DE SEMANA****J. Losa, R. Barba, A. Vegas, C. C Tejero, S. Nistal, M. Velasco, B. Herreros y A. Zapatero**

Servicio de Medicina Interna. Fundación Hospital Alcorcón. Alcorcón, Madrid.

Objetivos. La neumonía es una enfermedad frecuente y grave. Los fines de semana (sábados y domingos) se reduce el personal que trabaja en los hospitales. El objetivo de nuestro trabajo fue analizar la relación entre la mortalidad intrahospitalaria de los pacientes con neumonía y su ingreso en fin de semana.

Material y métodos. Se recogieron del conjunto mínimo básico de datos (CMBD) al alta de la Fundación Hospital Alcorcón todos los episodios de hospitalización con neumonía desde 1999 hasta 2006. Para ello se seleccionaron los ingresos no programados que contenían el código CIE-9 correspondiente a esta entidad en alguna de las 13 categorías diagnósticas. Se definió como mortalidad precoz la ocurrida en las 48 primeras horas tras el ingreso y se utilizó el índice de Charlson para medir la comorbilidad. Se hizo un análisis descriptivo de los casos, y se compararon los pacientes que habían ingresado en fin de semana y entre semana y los pacientes que habían fallecido. Se consideraron estadísticamente significativas diferencias con una $p < 0,05$ (dos colas) y se llevó a cabo un análisis multivariado (modelo de regresión logística) para valorar si el ingreso en fin de semana es un factor de riesgo independiente de mortalidad.

Resultados. Se identificaron 5433 hospitalizaciones con neumonía sobre un total de 96205 en todo el hospital (5,7%), que correspondieron a 4706 pacientes. El 22,9% de las hospitalizaciones con neumonía se produjeron en fin de semana. La mortalidad de las neumonías ingresadas en sábado y domingo fue superior a la de las ingresadas de lunes a viernes: OR 1,254, IC95% 1,047-1,503 para la mortalidad global y 1,711, IC95% 1,259-2,325 para la precoz. No se objetivaron diferencias entre los ingresos en fin de semana y en día laborable en edad, sexo, institucionalización, etiología, ni gravedad. Aunque no se objetivaron diferencias estadísticamente significativas en el peso relativo del grupo relacionado de diagnóstico (GRD), los fines de semana había mayor proporción de pacientes con índice de Charlson > 2 (16% vs 14%, $p = 0,01$); cuando se analizaron las diferencias en distintas comorbilidades se encontró que en los fines de semana sólo había más úlceras por presión y enfermedad cerebrovascular y menos diabetes y derrame pleural. Cuando se ajustó la asociación de la mortalidad y el ingreso en fin de semana por el sexo, la edad, y todos los factores que se asociaban a mayor mortalidad en el análisis univariado y por los que condicionaban diferencias entre fin de semana y día laboral, la asociación de la mortalidad global con el ingreso en fin de semana desapareció (OR ajustada 1,203, IC95% 0,983-1,473), pero no la de la mortalidad en las primeras 48 h del ingreso en fin de semana (OR ajustada 1,729; IC95% 1,255-2,382).

Discusión. Los pacientes ingresados con neumonía durante los fines de semana tienen un 73% más de posibilidades de morir en las primeras 48 h, independientemente de otros factores de riesgo de mortalidad.

Conclusiones. El ingreso en fin de semana es un factor de riesgo independiente de mortalidad precoz en las hospitalizaciones por neumonía.

G-11**VÍAS CLÍNICAS COMO INSTRUMENTO DE CALIDAD ASISTENCIAL: IMPLANTACIÓN Y EVALUACIÓN DE UNA VÍA CLÍNICA PARA TROMBOSIS VENOSA PROFUNDA****A. Verdú Berenguer², A. Maestre Peiró¹, C. Escolano Hortelano¹, M. Pérez Soto¹, M. Piedecausa Selva¹, O. Torregrasa Suau¹, C. Galvañ Moro¹ y A. Mora Rufete¹**¹Servicio de Medicina Interna. Hospital General Universitario de Elche. Elche/Elx, Alicante. ²Servicio de Medicina Interna. Hospital Virgen del Castillo. Yecla, Murcia.

Objetivos. Implantar y evaluar una vía clínica sobre trombosis venosa profunda (TVP) de miembros inferiores, así como comparar la estancia media hospitalaria en dos períodos diferentes.

Material y métodos. Estudio de intervención, controlado, para comparar dos cohortes de pacientes no coincidentes en el tiempo, correspondientes al año 2002 (anterior a la implantación de la vía) y al año 2004 (año de implantación), en un hospital general universitario. Se incluyeron todos los pacientes ingresados por TVP de miembros inferiores que no cumplieran alguno de los siguientes criterios de exclusión: sospecha de tromboembolismo pulmonar, embazo, necesidad de filtro de cava inferior, trombosis durante un ingreso por otro motivo o cáncer activo. Se analizó la estancia media, el coste derivado de la hospitalización y una serie de indicadores de evaluación.

Resultados. Se evaluó un total de 129 pacientes, 69 correspondientes al año 2002 y 60 al año 2004. De los 60 pacientes ingresados por TVP, 40 siguieron la vía y de los 20 pacientes que no lo hicieron

ron, 18 cumplían alguno de los criterios de exclusión. La estancia media del año 2002 fue de 6,78 días y la del 2004 de 4,72 días, lo que supone una reducción de 2,06 días ($p < 0,012$) para el año de implantación de la vía clínica. La reducción de la estancia media en el año 2004 sitúa a nuestro hospital 1,98 días por debajo de la media de la comunidad valenciana (6,7 días) para el mismo diagnóstico y año. El impacto de la vía clínica se evaluó mediante una serie de indicadores: el indicador del grado de implantación fue del 92,2%, el indicador del grado de cumplimiento fue del 65%, el indicador de efectos adversos fue del 2,5% y el indicador del grado de satisfacción del 67%. En comparación con los gastos del año 2002, la implantación de la vía clínica en el año 2004 supuso un ahorro de 427,33 euros por cada ingreso de TVP y un total de 25,639,80 euros con respecto al 2002.

Discusión. Para evaluar la vía clínica se ha usado la reducción de la estancia media así como una serie de indicadores adaptados a nuestro hospital. El alto grado de implantación observado (95%) garantiza la fiabilidad de los resultados y es indicador del grado de implicación de los profesionales que integran nuestro grupo. Respecto al indicador de efectos adversos observamos que, de los 40 pacientes que siguieron la vía, sólo 1 (2,5%) presentó un efecto adverso (artritis mecánica), sin producirse complicaciones derivadas directamente del tratamiento anticoagulante. Según el grado de cumplimiento, el 65% de los pacientes que siguen la vía son dados de alta dentro de los 4 días establecidos por la matriz temporal. Sin embargo, debemos matizar que el 57,6% de los pacientes tuvo una estancia que coincidió con fin de semana, hecho que contribuye a alargar de forma no evitable la estancia hospitalaria. La baja puntuación en el indicador de satisfacción (67%) puede estar influenciada por la diversidad del tipo de preguntas que conformaban la encuesta y la diferente puntuación en cada una de ellas. Como indicador económico se utilizó el ahorro en euros por días de estancia hospitalaria evitados tras la aplicación de la vía. Esta es una forma sencilla de valorar el impacto económico pero puede servir de demostración de una tendencia al ahorro en nuestro medio, sin que pueda cuantificarse con exactitud.

Conclusiones. La introducción de una vía clínica para el manejo de la trombosis venosa profunda de miembros inferiores en nuestro hospital ha contribuido a reducir los días de estancia hospitalaria y el número de complicaciones durante el ingreso, constituyendo una mejora de la calidad asistencial y de los costes asociados a la hospitalización.

G-12 GESTIÓN CLÍNICA EN MEDICINA INTERNA. HERRAMIENTA DE MEJORA DE LA ASISTENCIA SANITARIA

E. Salamanca Rivera, A. Leal Luna, R. Pérez Temprano, M. Del Nozal y R. Pérez Cano

Servicio de Medicina Interna. Hospital Virgen Macarena. Sevilla.

Objetivos. Hacer Gestión Clínica implica coordinar y motivar personas para conseguir unos objetivos relacionados con la toma de decisiones diagnósticas y terapéuticas. La Unidad de Gestión Clínica (UGC) es la estructura organizativa donde se desarrolla la Gestión Clínica. El Acuerdo de Gestión Clínica es el documento que formaliza el compromiso entre los profesionales y la Dirección del centro. Durante 2005, nuestro Servicio de Medicina Interna, decide de forma consensuada entre sus miembros, desarrollar el proyecto de Unidad de Gestión Clínica procediendo a la elaboración del acuerdo de gestión y la definición de objetivos multidisciplinarios para un período de 4 años de acuerdo con las normas y modelo implantado en Andalucía. Analizamos los resultados obtenidos por la Unidad de Gestión Clínica (UGC) durante el primer año de trabajo destacando aquellos aspectos que han aportado valor añadido a la asistencia de los pacientes y a la mejora de la eficacia, efectividad y eficiencia del trabajo realizado.

Material y métodos. La UGC está compuesta por 119 profesionales. Nuestra actividad asistencial se distribuye en: 86 camas de hospitalización y consultas externas de medicina interna. La definición de objetivos se realizó dentro del marco del acuerdo de gestión incorporando objetivos ligados a las siguientes dimensiones: actividad, accesibilidad, continuidad asistencial, información y satisfacción de ciudadano, uso racional del medicamento, seguridad del paciente, disminución en la variabilidad en la práctica clínica, gestión por procesos y gestión económica.

Resultados. La actividad asistencial registrada en los sistemas de información hospitalarios se resume en 3469 ingresos totales en hospitalización y 14,685 actos médicos de consultas externas. A continuación reflejamos el cumplimiento de los objetivos de mayor interés ($> 95\%$) Actividad y rendimiento: mejora en el IUE, optimización de consultas externas incrementando la ratio primeras consultas/sucesivas y potenciando la consulta de diagnóstico rápido e interconsultas. Accesibilidad: incremento de la actividad en horario de tarde y garantía de continuidad con atención primaria a través consultoría telefónica y visitas a los centros de salud. Seguridad de paciente: promover el registro de reacciones adversas a medicamentos. Gestión de procesos: creación y registro de los pacientes incluidos en el proceso de atención al paciente pluripatológico para analizar las normas básicas de calidad. Satisfacción del ciudadano: análisis de las reclamaciones como herramienta de mejora. Uso racional del medicamento: realización de reuniones informativas sobre el cumplimiento de indicadores de uso racional del medicamento e incremento de la prescripción por principio activo. Continuidad asistencial: informes de alta informatizados en más del 98% de los casos lo que garantiza la continuidad de la asistencia y contribuye a una correcta codificación de la actividad desarrollada. Disminución de la variabilidad: adaptación y difusión de la Guía de Práctica Clínica sobre Insuficiencia cardiaca. Libre configuración: promover la realización de publicaciones en revistas de prestigio en la especialidad. Gestión económica: ausencia de desviaciones en los presupuestos económicos pactados.

Conclusiones. La Unidad de Gestión Clínica, es una herramienta de trabajo sencilla, que supone un reto para que los clínicos participen de forma directa en la gestión. Nos permite saber lo que hacemos, y donde mejorar, siempre en función de las evidencias, promoviendo el registro de nuestras actividades diarias. Es un pacto flexible de 4 años que permite una evaluación continua de los objetivos lo que implica la modificación cualitativa o cuantitativa de los mismos. La evaluación anual de objetivos se realiza por parte de la Dirección del Hospital y es coordinada por la Subdirección de Calidad garantizando así la fiabilidad y rigurosidad de los resultados. En definitiva, estamos convencidos con nuestra experiencia, que continuar con el desarrollo y mejora del proyecto de gestión clínica por parte de la administración, de los profesionales sanitarios y de los gestores nos ayuda a hacer "correctamente las cosas correctas" y a impulsar la mejora continua de la calidad de la asistencia prestada.

G-13 ACTIVIDAD EN EL PROCESO DE CONSULTA MÉDICA DE UNA UNIDAD DE MEDICINA INTERNA

J. Castiella Herrero, F. Sanjuán Portugal, J. Naya Manchado, L. Sánchez Muñoz y J. Lajusticia Aisa

Servicio de Medicina Interna. Unidad de Medicina. Fundación Hospital Calahorra. Calahorra, La Rioja.

Objetivos. La consulta externa constituye una parte esencial de la actividad de la especialidad de Medicina Interna (MIN). El Proceso de Consulta Médica (PCM), es un proceso clave de nuestra Unidad. La especialidad de MIN la componen 4 facultativos y está integrada en una Unidad de Gestión Clínica multifuncional (excepto Reumatología) de un hospital de ámbito comarcal, ubicado en La Rioja Baja, con una población de 61.000 habitantes mayores de 14 años. Nuestro objetivo es presentar los principales indicadores de actividad del Proceso de Consultas en la especialidad de MIN durante los años 2001 a 2006

Material y métodos. Los datos se han obtenido de los soportes estadísticos de HP-Hiss y la historia clínica informatizada (HP-Hcis) durante los años 2001 a 2006, así como de las encuestas de satisfacción. Los motivos de derivación se han agrupado por órganos o sistemas. La Diabetes Mellitus tipo 2, las Dislipemias y la Hipertensión arterial se agrupan bajo el epígrafe de Riesgo Vascular, y en Medicina Interna se han incluido, entre otros, los enviados para estudio de: anemia, alteraciones analíticas, dolor de cualquier localización, síntomas generales, síncope, adenopatías, estudio de fiebre o disnea

Resultados. Se han realizado un total de 12,595 consultas, de las cuales 4,587 fueron primeras visitas, con una relación sucesiva/primeras de 1,75. La tasa de frecuentación es de 75 primeras visitas/1.000 habitantes, de las cuales el 69% provienen de Atención

Primaria, y el 22% se manejan como alta resolución. El 98% de las altas reciben informe en mano en el momento del alta. La satisfacción general del paciente obtiene un promedio de 8,3 (sobre 10) a lo largo de estos años. El porcentaje de pacientes que fallan a su primera visita es del 8,1%. Los motivos de derivación se agrupan como figuran en la tabla 1 (%).

Conclusiones. La consulta médica especializada de Medicina Interna supone una parte esencial de nuestro trabajo que es necesario potenciar. El perfil de nuestros pacientes en estos 6 años de trabajo ha ido cambiando a medida que se han ido incorporando nuevas especialidades. Destacamos la alta resolución y la elevada satisfacción del paciente.

Tabla 1. Motivos de derivación (%) agrupados por órganos o sistemas (G-13).

Órgano/Sistema	(%)	Órgano/sistema	(%)
Ap. Digestivo	7,2	Neurología	3,6
Cardiología	10,6	Respiratorio	1
Endocrinología	14,5	Riesgo Vascular	10,7
Hematología	2,1	Reumatología	5,7
Infecciosas	2,5	Trombosis	2
Medicina Interna	39,5	Otros	0,1
Nefrología	0,5		

G-14

MEJORA EN LA UTILIZACIÓN DE LA ESTANCIA TRAS LA INTEGRACIÓN DE UNA UNIDAD DE ESTABILIZACIÓN CLÍNICA EN UNA PLANTA DE MEDICINA INTERNA

M. Rodríguez Hernández¹, M. Nieto², M. Genebat², R. Parra², C. Palacios¹, M. Ollero², B. Soto¹ y J. Cuello²

¹Cuidados Críticos y Urgencias, ²Servicio de Medicina Interna. Complejo Hospitalario Virgen del Rocío. Sevilla.

Objetivos. La Unidad de Estabilización Clínica (UEC) es desde el 1/08/06 una unidad conjunta entre la Unidad Clínica de Atención Médica Integral (UCAMI) y el SCC y Urgencias. El criterio general de ingreso en esta Unidad es estabilización clínica sin precisar de estudios complejos y/o alta en menos de 72 horas. Los objetivos fueron: 1) estudio descriptivo de los ingresos en la UEC en los seis primeros meses de trabajo conjunto 2) analizar la repercusión sobre los parámetros de gestión clínica tras la implantación de la UEC en una planta de hospitalización convencional de Medicina Interna (MI).

Material y métodos. Información recogida en la base de datos de la UEC y la facilitada por el Servicio de Documentación Clínica. Programas informáticos Excel y SPSS V.14.

Resultados. La UEC está compuesta por 2 facultativos especialistas en MI pertenecientes a cada servicio integrante y por 1 administrativa. La actividad clínica se realiza de lunes a viernes en horario de mañana. El resto queda a cargo del equipo de guardia de MI. La UEC cuenta con 12 camas en la planta de hospitalización de la UCAMI. La UCAMI comprende 47 y 35 camas de hospitalización convencional según el período analizado. En el primer semestre de actividad conjunta (1/08/06 a 31/01/07) en la UEC se registraron 542 ingresos procedentes en el 92% del S. de urgencias. El nº de ingresos inadecuados fue de 46. La edad media de 73,86 años. El nº de altas de 538 (79% a domicilio, traslados a MI 9%, traslados a otros servicios 5% y éxitus 7%). La estancia media para los pacientes con alta a domicilio fue de 3,34 días y para el total de 3,14 días. El índice de rotación de camas fue del 7,52. El número de reingresos fue de 61, de ellos 54 procedentes de urgencias y 7 programados. El 18% de los pacientes de alta fueron seguidos en consultas de la UCAMI. Al comparar los resultados obtenidos para el mismo semestre en dos años consecutivos (antes y después de la UEC en la planta de MI), observamos que durante el semestre 1/08/05 al 31/01/06 (antes de la UEC) en la planta de MI hubo un total de 807 altas, 472 hombres y 335 mujeres, con edad media de 65 y 68 años respectivamente. La estancia media fue de 10,47 días. La tasa de mortalidad fue del 10%. El número de reingresos del 15,36%. El índice de utilización de estancia del 1,03, corregido según el GDR del 1,93. En el semestre 01/08/06 al 31/01/07, (incluida la UEC en los resultados) el nº de altas fue de 1125, 584 hombres y 541 mujeres, con edad media de 68 y 73 años respectivamente. La estanc-

cia media fue de 7.24 días. La tasa de mortalidad fue del 9%. El número de reingresos del 13.33%. El índice de utilización de estancia de 0,75, corregido según el GDR de 1,75. Al analizar los datos por separado; en MI hubo un total de 669 altas con estancia media de 9,89 días y en la UEC 456 altas con estancia media de 3.34 días (p < 0,05). El índice de utilización de estancia fue de 1,01 (MI), 0,35 (UEC) y corregido según GDR de 1,79 y 1,69 respectivamente. Los GRD más frecuentes al alta fueron similares en ambas unidades: angor, insuficiencia cardíaca e infección bronquial. La estancia media según GRD fue significativamente inferior en la UEC (p < 0,05).

Discusión. Las unidades de estancias cortas permiten con un equipo médico especializado acortar la estancia sin repercutir negativamente sobre otros parámetros de gestión hospitalaria habituales. En todos los casos debe de garantizarse la continuidad asistencial extra-hospitalaria.

Conclusiones. La implantación de la UEC en una planta de MI representa una importante aportación dentro de un modelo de continuidad asistencial permitiendo la transferencia de pacientes para completar el seguimiento intra y extrahospitalario. Así mismo, condujo a la reducción de la estancia media global ajustada por GRDs, con un incremento del número de altas totales y una reducción del índice de utilización de estancia, sin incremento en la tasa de reingresos o de mortalidad.

G-15

LAS ALTAS SEGÚN LOS DÍAS DE LA SEMANA EN MEDICINA INTERNA

C. Aranda¹, R. Barba¹, J. San Martín², A. Asenjo Mota¹, O. Mateo², J. Belinchón², J. Losa¹ y A. Zapatero²

¹Servicio de Medicina Interna. Fundación Hospital Alcorcón. Alcorcón, Madrid. ²Servicio de Medicina Interna. Hospital de Fuenlabrada. Fuenlabrada, Madrid.

Objetivos. El trabajo en un Hospital no es uniforme a lo largo de la semana. Por razones organizativas y por el tiempo de contacto con el paciente, las altas no se reparten uniformemente a lo largo de la semana. Nos propusimos analizar la distribución de las altas en dos servicios de Medicina Interna (MI) de Madrid, en función del día de la semana en el que se realizaban. Ambos servicios tienen un horario laboral de 8-15 de lunes a viernes y los fines de semana sólo cubre la asistencia el médico de guardia

Material y métodos. Se estudiaron los datos demográficos, características clínicas, diagnósticos principales e indicadores de calidad, de los pacientes ingresados en MI de los hospitales de Fuenlabrada y Fundación Hospital Alcorcón durante los años 2005-6, en función del día de la semana que fueran dados de alta. Los datos se obtuvieron del CMBD (conjunto mínimo de datos) de ambos hospitales. En dicha base se registra la fecha de ingreso y de alta, si el alta del paciente ha sido a su domicilio, a otro centro, es un alta voluntaria o el paciente ha fallecido, el sexo, el servicio de ingreso y datos clínicos como el diagnóstico principal y los diagnósticos secundarios, así como los procedimientos quirúrgicos y terapéuticos.

Resultados. Durante el período 2005-6 se dieron en MI de ambos centros 13,712 altas, con una estancia media global de 8,1 días (SD 8,3), y ajustada de 7,4 (SD 5,1) y un peso medio del GRD de 2,0 (SD 1,3). El 47% de los pacientes eran varones. El 24,2% de las altas se dieron el viernes, mientras que el miércoles se dieron 18,1%, martes 17,2%, lunes 16,9%, jueves 16,6%, sábado 4,2%, domingo 2,7%. Cuando se excluyen los muertos (el 7,8% del total de los pacientes dados de alta) el porcentaje de altas a lo largo de la semana se mantiene similar excepto los fines de semana, que baja a 3,3% los sábados y 1,8% los domingos. La estancia media de los pacientes dados de alta los viernes, sábados, domingos y lunes está por debajo de la media (inferior a 8) mientras que las de los pacientes dados de alta los martes, miércoles y jueves está por encima de la media (superior a 8) aunque las diferencias no alcanzaron significación estadística. El peso medio del GRD y el índice de Charlson fue similar en las altas de todos los días de la semana. Tampoco hubo diferencias en los diagnósticos principales de los pacientes dados de alta según el día de la semana, ni entre los pacientes que venían de residencia de ancianos y los que no.

Discusión. El tiempo que está ingresado un paciente en un servicio de MI depende no sólo de su patología, su edad, o sus antecedentes, ya que también está influido por otros factores, como son la disponibili-

dad de las pruebas diagnósticas, la cantidad de personal médico presente, y en relación con ello, el día de la semana que haya ingresado. **Conclusiones.** El número de altas dado durante los fines de semana es bajo. Ingresar al final de la semana favorece estancias medias más altas. Fomentar las altas durante los fines de semana puede ayudar a reducir la estancia media de un servicio.

G-16

EL RIESGO DE INGRESAR EN VERANO E INVIERNO

B. Herreros, R. Barba, J. Losa, M. Delgado, G. Palacios, I. Ruiz-Rivera, H. Martín y A. Zapatero

Servicio de Medicina Interna. Fundación Hospital Alcorcón. Alcorcón, Madrid.

Objetivos. La mortalidad de los pacientes ingresados en un Hospital no es uniforme a lo largo del año, y existen diversas circunstancias que pueden influir en este acontecimiento, independientemente de la gravedad del paciente o de su edad, algunas de las cuales podrían ser modificables. Nos propusimos analizar si la mortalidad global de un hospital variaba en las diferentes estaciones del año.

Material y métodos. Se estudiaron los datos demográficos, características clínicas, diagnósticos principales e indicadores de calidad, y la mortalidad según la estación del año en Fundación Hospital Alcorcón durante los años 1999-2006. Los datos se obtuvieron del CMBD (conjunto mínimo de datos) del centro, en dicha base se registra la fecha de ingreso y de alta, si el alta del paciente ha sido a su domicilio, a otro centro, es un alta voluntaria o el paciente ha fallecido, el sexo, el servicio de ingreso y datos clínicos como el diagnóstico principal y los diagnósticos secundarios, así como los procedimientos quirúrgicos y terapéuticos. Se realizó un análisis de regresión logística con el fin de ver si el ingreso en alguna estación del año se asociaba de forma independiente con un riesgo mayor de fallecer. **Resultados.** Durante el período de estudio hubo un total de 133.362 ingresos: 26,4% en invierno, 20,0% primavera, 21,6% en verano y 26,0% en otoño. La mortalidad global fue del 4,1%, lo que implica que 5545 pacientes fallecieron. La mortalidad en el invierno fue del 4,6%, 3,9% en primavera, 4,2% en verano y 3,8% en otoño. La edad (OR 1,059 IC95% 1,057-1,062), la gravedad del proceso medida con el peso del GRD (OR 1,3 IC95% 1,2-1,3), el ingreso durante el fin de semana (OR 1,2 IC95% 1,1-1,3), el índice de Charlson o número de comorbilidades (OR 1,7 IC97% 1,6-1,7) se asociaron a mayor riesgo de fallecer. Cuando se comparó el ingreso en invierno (estación considerada como de referencia por ser la de mayor mortalidad) se comprobó, que tras ajustar por todas las variables asociadas a mayor riesgo de mortalidad, ingresar en primavera (OR 0,9 IC95% 0,8-0,9) o en otoño (OR 0,8 IC95% 0,7-0,9) implicaba un riesgo menor de fallecer, mientras que no había diferencias en el riesgo de fallecer entre los pacientes ingresados en verano y en invierno. Al utilizar el verano como variable de control los resultados fueron similares, con un riesgo para la primavera de 0,9 IC95% 0,8-0,9 y para el otoño de 0,8 IC95% 0,7-0,9.

Discusión. Ingresar en invierno o verano, las estaciones con climas extremos, se asocia a un riesgo mayor de mortalidad que hacerlo en estaciones más templadas, incluso cuando corregimos por los potenciales confusores. Un análisis de las cargas de trabajo durante estos períodos (más presión asistencial en invierno, menos personal en verano) podría ayudarnos a entender si se trata de un fenómeno asociado a problemas coyunturales del hospital, o si tiene que ver con factores relacionados con la enfermedad no incluidos en nuestros análisis.

Conclusiones. Los pacientes que ingresan en primavera y en otoño tienen un 10% menos posibilidades de fallecer que los que lo hacen en invierno o verano.

G-17

ALTAS EN 72 HORAS EN UN SERVICIO DE MEDICINA INTERNA

R. Barba¹, J. Hinojosa², J. Losa¹, J. Canora², B. Comeche¹, J. Ruiz², A. Sánchez¹ y A. Zapatero²

¹Servicio de Medicina Interna. Fundación Hospital Alcorcón. Alcorcón, Madrid. ²Servicio de Medicina Interna. Hospital de Fuenlabrada. Fuenlabrada, Madrid.

Objetivos. Las unidades de corta estancia (UCEs) se han diseñado con el objetivo de intentar mejorar los indicadores asistenciales globa-

les de los servicios y colaborar en la medida de lo posible en la disminución de las estancias evitables. En los centros con estancias medias bajas es muy probable que tengan menos utilidad, dado que en el trabajo habitual se actúa intentando ajustar al máximo el tiempo de ingreso. Analizamos los datos de los pacientes atendidos en dos hospitales de Madrid que estuvieron ingresados menos de 72 horas, con el fin de ver las características de los mismos y si se trata de paciente similares a los atendidos en UCEs de otros centros.

Material y métodos. Se estudiaron los datos demográficos, características clínicas, diagnósticos principales e indicadores de calidad, de los pacientes ingresados en medicina interna de los hospitales de Fuenlabrada y Fundación Hospital Alcorcón durante los años 2005-6, que habían tenido un ingreso menor de 72 horas, excluyendo los pacientes que fallecían, y comparándose con los pacientes que no cumplían dichos criterios. Los datos se obtuvieron del CMBD de ambos centros. Mediante un análisis de regresión logística se establecieron que variables se asociaban a mayor posibilidad de ser dado de alta precozmente.

Resultados. Durante el período 2005-6 se dieron en Medicina Interna de ambos centros 13712, con una estancia media global de 8,1 días (SD 8,3), y ajustada de 7,4 (SD 5,1) y un peso medio del GRD de 2,0 (SD 1,3). Un total de 2354 pacientes (17,2%) estuvieron ingresados menos de tres días, y no fueron éxitos precoces. La estancia media de estos pacientes fue de 2,3 (SD 0,7) vs 9,4 (8,6) la del resto. Cuando comparamos estos con el resto de los pacientes vemos que la edad media es menor (63,7 (SD) 22,3 vs 72,7 (SD 17,9)), así como el peso del GRD (1,5 SD 0,9 vs 2,1 SD 1,4). Hay un poco menos de mujeres (51% vs 53% p = 0,036). Respecto al día de ingreso, los pacientes que ingresan en martes tienen más posibilidades de ser dados de alta precozmente (27,8%), comparados con sólo un 6,8% o un 7,6% de los que ingresan en jueves o viernes respectivamente. Los jueves, viernes y sábados se dieron una media de altas precoces por encima de la media (20,8%, 24%, 20,6%), mientras que los domingos, lunes y martes las altas precoces estuvieron por debajo de la media (11,7%, 9,6%, 12,5%). La tasa de altas de menos de 72 horas fue superior a la media los meses de diciembre (20,4% de las altas fueron precoces) y agosto (19,9%) que fueron el mes de más (9,1%) y menos (5,8%) ingresos respectivamente, sin incluir al mes de enero que tiene el número más alto de ingresos (11% del total) y con una tasa de altas precoces por debajo de la media (20,4%). Los GRD más frecuentes de los pacientes con alta precoz fueron trastornos respiratorios excepto infecciones, bronquitis, asma con CC, 286 casos (12,1%), ICC y arritmia cardíaca con CC mayor, 146 casos (6%), infecciones de riñón y tracto urinario edad > 17 101 casos (4,2%), bronquitis y asma con CC mayor, 88 casos (3,7%), insuficiencia cardíaca y shock 71 casos (3%), que son los mismos que los del global de la serie. Tener más de 70 años (OR 1,6 IC95% 1,4-1,8), estar más grave (OR 1,5 IC95% 1,4-1,6), tener más comorbilidad (OR 1,2 IC95% 1,1-1,3), vivir en residencia (OR 1,3 IC95% 1,1-1,5), e ingresar los jueves (OR 2,0 IC95% 1,6-2,5) y los viernes (OR 1,6 IC95% 1,3-2,0) implica tener menor posibilidad de ser dados de alta precozmente.

Discusión. Un 17% de los pacientes ingresados en nuestros centros son dados de alta precozmente. Los jóvenes, con menor patología y menos comorbilidad son los que más posibilidades tienen de ser dados de alta pronto. El día de la semana en el que ingresa

G-18

MEDICINA INTERNA EN UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL

C. Garmendia, R. Barba, J. Losa, M. Velasco, S. Sánchez de la Torre, M. Mateos, V. Castilla y A. Zapatero

Servicio de Medicina Interna. Fundación Hospital Alcorcón. Alcorcón, Madrid.

Objetivos. La medicina interna (MI) ha sido cuestionada durante años en relación a su 'importancia' en un hospital. La práctica clínica nos dice que los internistas somos necesarios, pero demostrarlo con números puede apoyar nuestros argumentos. Por ello analizamos la actividad de un servicio (MI) de un hospital de tercer nivel y valoramos su impacto en los parámetros de calidad del hospital.

Material y métodos. Se estudiaron los datos demográficos, características clínicas, diagnósticos principales e indicadores de calidad, y la mortalidad de los pacientes ingresados en la Fundación Hospital Alcorcón durante los años 1999-2006. Los datos se obtuvieron del

CMBD (conjunto mínimo de datos) del centro, en dicha base se registra la fecha de ingreso y de alta, si el alta del paciente ha sido a su domicilio, a otro centro, es un alta voluntaria o el paciente ha fallecido, el sexo, el servicio de ingreso y datos clínicos como el diagnóstico principal y los diagnósticos secundarios, así como los procedimientos quirúrgicos y terapéuticos.

Resultados. Durante el período de estudio ingresaron en el hospital 133.362 pacientes, 27.334 (20,5%) lo hicieron en MI, siendo el servicio con más ingresos del Hospital, seguido de Obstetricia con 18.283 (13,7%) y Cirugía General con 16.076 (12,0%). La edad media de los pacientes ingresados en el hospital fue de 52,2 (SD 26,6), mientras que los pacientes de MI tuvieron una edad media de 74,3 (SD 17,4). Un 17,6% de los pacientes que ingresaron en la FHA tenían más de 80 años: en MI ingresaron el 57,4% de dichos pacientes, lo que supone que un 49% de los enfermos de MI tienen más de 80 años. Neurología con un 31% de sus ingresos con más de 80 años y Cirugía Vasculosa con un 23% son los otros servicios que tienen mayor cantidad de ancianos a su cargo. El 7,2% de los pacientes ingresados tenían 3 o más enfermedades (índice de Charlson superior a 2): esta proporción aumenta al 15,6% en los pacientes de MI, sólo superado por Nefrología que tiene un 29,8%, Oncología con un 25,1% y hematología con un 24%. En cuanto al peso medio del GRD, que refleja la gravedad del proceso, en el hospital fue de 1,5 (SD 1,4), siendo en MI de 2,0 (SD 1,5), sólo superado por hematología (2,4 SD 2,3) dentro de los servicios médicos. De los servicios quirúrgicos, Cirugía General (1,5 SD 1,5) y Urología (1,2 SD 1,0) tuvieron un peso inferior a MI. La mortalidad del hospital es del 4,1%. El 53,9% de los pacientes que fallecen en el hospital ingresaron en MI, siendo la tasa de mortalidad de ese servicio del 10,9%. Oncología con una mortalidad del 20,3% tiene una tasa superior, pero debido al menor número de ingresos que hay en este servicio, sólo suponen el 11,6% de los fallecidos en la FHA. En cuanto a la estancia media, el hospital ha tenido 5,6 (SD 7,8) días de estancia este período de tiempo, mientras MI tiene 7,3 (SD 7,2).

Discusión. En MI ingresan el mayor número de pacientes de nuestro centro, y estos son más ancianos, están muy graves, tienen mucha patología asociada, un peso de GRD muy elevado, y una estancia media bastante baja. El impacto que sobre los datos hospitalarios parece positivo.

G-19

PROBLEMAS DE INGRESAR EN UN DÍA FESTIVO

S. Nistal, S. Díaz, R. Barba, R. Puerta, J. Losa, G. García de Casasola, A. Asenjo y A. Zapatero

Servicio de Medicina Interna. Fundación Hospital Alcorcón. Alcorcón, Madrid.

Objetivos. Diversos estudios han demostrado que ingresar en fin de semana se ha asociado a un aumento de la mortalidad. Hasta ahora la mayoría de los trabajos realizados excluían los días festivos de los análisis. Las explicaciones que se sugieren para el fin de semana tendrían que ser extensibles también a los pacientes que ingresan en festivo, por lo que nos propusimos comprobar esta teoría.

Material y métodos. Se han analizado los datos clínicos de 78092 pacientes, ingresados de forma urgente en la Fundación Hospital Alcorcón entre 1999 y 2006, excluyéndose los pacientes ingresados en UCIs y los partos. Para cada paciente se identificó un GRD (Grupo Relacionado de Diagnóstico) del diagnóstico al alta, y este fue considerado como el motivo fundamental de su ingreso. El peso relativo del GRD es el coste respecto a la estancia promedio de todos los pacientes hospitalizados, y de forma indirecta nos indica la gravedad del proceso. Se comparó la mortalidad intrahospitalaria (global y a las 48 horas del ingreso) de los pacientes que habían sido ingresados durante los fines de semana, los festivos y la de los que se ingresaron en días laborables.

Resultados. La edad media de los pacientes estudiados fue de 56,7 (SD 29,2), con un peso del GRD medio de 1,7 (SD 1,5) y una estancia media de 7,0 (SD 8,4). El 49% de los pacientes eran mujeres, 6,2% fallecieron durante el ingreso y el 1,8% lo hicieron en las 48 primeras horas. El 34% de los pacientes ingresó en Medicina Interna y el 10,4% en cirugía. Un 22,9% de los pacientes ingresó en sábado o domingo, y un 1,7% en día festivo no fin de semana. Cuando se comparó con el riesgo global de fallecer en los pacientes que ingresaban en fin de semana con los que lo hacían en día laborable

el riesgo fue de 1,09 (IC 1,07-1,17), mientras que ingresar en festivo multiplicaba por tres el riesgo de fallacer, OR 3,3 (IC 95% 2,7-4,0), una vez corregido por la edad del paciente, el sexo, la comorbilidad y la gravedad del cuadro medida como el peso del GRD. Los datos son similares cuando se valora la mortalidad a las 48 horas OR 1,21 (C95% 1,1-1,4) para la mortalidad del fin de semana, y OR 3,1 (IC95% 2,2-4,4) para la mortalidad del festivo, en relación con el día de diario)

Discusión. Los pacientes que ingresa durante un fin de semana o una fiesta tienen más posibilidades de morir que los que lo hacen entre semana. Dado que trabajar los fines de semana es impopular y caro, habría que intentar implantar medidas que garantizaran el buen cuidado de los pacientes, como guías de práctica clínica o protocolos de fácil acceso y aplicación.

G-20

¿SON SIEMPRE LOS MISMOS LOS QUE ESTÁN INGRESADOS EN EL HOSPITAL?

M. Delgado, R. Barba, C. Aranda, J. Losa, I. González Anglada, S. Muñoz, R. Hervás y A. Zapatero

Servicio de Medicina Interna. Fundación Hospital Alcorcón. Alcorcón, Madrid.

Objetivos. Cuando se dice que un hospital atiende una población determinada, se asume que todos los individuos de esa zona tienen acceso al hospital, sin embargo también se sabe que sólo algunos ingresarán en el centro. Para estimar el número de personas que ingresan en un hospital del total de la población atendida decidimos estudiar la población de pacientes que han ingresado una sola vez en un período de 7 años y compararlo con la que lo ha hecho dos o más veces, con el fin de determinar las diferencias sociodemográficas, y los servicios generadores de más reingresos.

Material y métodos. Se estudiaron los datos demográficos, características clínicas, diagnósticos principales e indicadores de calidad, y la mortalidad de los pacientes ingresados en la Fundación Hospital Alcorcón durante los años 1999-2006. También se determinó para cada caso si se trataba de un primer ingreso o de si había habido reingresos posteriormente. Los datos se obtuvieron del CMBD (conjunto mínimo de datos) del centro, en dicha base se registra la fecha de ingreso y de alta, si el alta del paciente ha sido a su domicilio, a otro centro, es un alta voluntaria o el paciente ha fallecido, el sexo, el servicio de ingreso y datos clínicos como el diagnóstico principal y los diagnósticos secundarios, así como los procedimientos quirúrgicos y terapéuticos

Resultados. Durante los 7 años de vida del hospital hemos tenido un total de 133.362 ingresos, sin embargo sólo han ingresado en el centro 79.855 pacientes diferentes (59,4%). Un total de 52.339 individuos han ingresado una sola vez y el 4,4% de estos falleció en el primer ingreso. 27.516 pacientes (20,9% del total) han generado el 40% restante de los ingresos (un total 81.303). Un paciente ingresó 32 veces, falleciendo en el último ingreso. 15.824 pacientes ingresan dos veces, 5.833 tres, 2.634 cuatro, 1.338 cinco, 716 seis, 409 siete, 266 ocho, 168 nueve, 100 diez, 61 once, 47 doce, 32 trece, 27 catorce, 18 quince, 12 dieciséis, 13 diecisiete, 1 diecinueve, 6 veinte, 3 veintiuna, 3 ventitres, 2 venticuatro, 1 ventiseis, 2 ventisiete, 1 ventiocho veces. Los pacientes que ingresan una vez generaron 244.514 estancias, mientras que los que reingresan, al tener una estancia media más larga generaron un total de 507.922. La edad media de los pacientes que reingresan es 9 años superior a la que los que no lo hacen (53,5 (SD 25,1) vs 44,8 (SD 27,3)), la gravedad del proceso también es superior [1,4 (SD 1,3) vs 1,3 (SD 1,3)], y la estancia media en el primer ingreso [5,7 (SD 7,8) vs 4,6 (SD 6,8)], siendo todas estas diferencias estadísticamente significativas. Los servicios que más reingresos generan son Oncología (56% de los pacientes tienen más de un ingreso), Hematología (52%), Nefrología (50%), Neumología (50%), Vasculosa (47%), Digestivo (39%) y Medicina Interna (36%).

Discusión. El 40% de los ingresos de un centro está producido por el 21% de los pacientes que ingresan en el hospital, lo que diferencia dos poblaciones, la de los reingresadores, que generan numerosas estancias, y que son pacientes ancianos y con patología grave, y la de las que sólo ingresan en una ocasión. Los pacientes que reingresan generan el doble de estancias que los que no lo hacen, es decir que 'vemos' más a los reingresadores, aunque sean menos.

Pese a la creencia habitual que un alta precoz supone un riesgo de reingreso, en nuestra serie se demuestra que los pacientes que reingresan tienen una estancia media superior en el primer ingreso que los que no lo hacen.

G-21
REINGRESOS EN UN SERVICIO DE MEDICINA INTERNA
C. Aranda¹, J. Canora², R. Barba¹, M. Romero², J. Losa¹, J. Ruiz-Giardin², L. Moreno¹ y A. Zapatero²

¹Servicio de Medicina Interna. Fundación Hospital Alcorcón. Alcorcón, Madrid. ²Servicio de Medicina Interna. Hospital de Fuenlabrada. Fuenlabrada, Madrid.

Objetivos. El número de pacientes vistos en un servicio de Medicina Interna (MI) es claramente inferior al número de altas realizadas, puesto que muchos pacientes ingresan y reingresan en varias ocasiones a lo largo del año. Nos propusimos describir las características de los pacientes que ingresaron en más de una ocasión en un bienio en los servicios de MI de dos hospitales de la zona sur de Madrid. **Material y métodos.** Se estudiaron los datos demográficos, características clínicas, diagnósticos principales e indicadores de calidad, de los pacientes ingresados en medicina interna de los hospitales de Fuenlabrada y Fundación Hospital Alcorcón durante los años 2005-6, se compararon dichos datos entre los individuos que habían ingresado una sola vez y los que lo habían hecho en más de una ocasión. Los datos se obtuvieron del CMBD (conjunto mínimo de datos) del centro, en dicha base se registra la fecha de ingreso y de alta, si el alta del paciente ha sido a su domicilio, a otro centro, es un alta voluntaria o el paciente ha fallecido, el sexo, el servicio de ingreso y datos clínicos como el diagnóstico principal y los diagnósticos secundarios, así como los procedimientos quirúrgicos y terapéuticos

Resultados. Durante el período 2005-6 se dieron en MI de ambos centros 13,712 altas, con una estancia media global de 8,1 días (SD 8,3), y ajustada de 7,4 (SD 5,1) y un peso medio del GRD de 2,0 (SD 1,3). 8143 pacientes ingresaron en una única ocasión (59,4%), mientras que 2106 pacientes generaron 5559 episodios más. Cuando se comparan las características de los pacientes se comprobó los pacientes que reingresan tienen una edad, 76,4 (SD 15,2) vs 67,2 (SD 20,5) superior, también tienen una estancia media en el primer ingreso superior (9,0 (SD 8,6) vs 7,7 (SD 7,7) que los pacientes que no reingresan. La gravedad del primer ingreso también es superior en los reingresadores (2,1 (SD 1,3) vs 1,8 (SD 1,3). En cuanto al número de reingresos, 1367 pacientes ingresaron dos veces en estos dos años, 408 tres, 200 cuatro, y el paciente que más veces reingresó lo hizo un total de 17 veces. Las reagudizaciones de EPOC y la ICC fueron más frecuentes en los pacientes reingresadores que en los que ingresaban en una sola ocasión. La mortalidad en el primer ingreso de los pacientes no reingresadores es de 671 (8,2%), mientras que la mortalidad en el seguimiento de los que reingresan es 395 pacientes, es decir el 18,7%.

Discusión. El 15% de los pacientes que ingresan en medicina interna generan el 40% de los ingresos. Algunos pacientes llegan a ingresar hasta 17 veces en dos años. Los reingresadores son mayores, están más graves, y suelen estar más tiempo ingresados en el primer ingreso. La mortalidad en dos años es muy alta en estos pacientes.

G-22
ANÁLISIS DE LA CASUÍSTICA DE UN SERVICIO DE MI DE UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL EN LOS 8 ÚLTIMOS AÑOS

J. Velilla Marco, J. Aguirre Errasti, M. Pérez Conesa, S. Terraza Martín, P. Figueras Villalba, L. Sáez Comet, A. García Aranda y J. Gómez Berné

Servicio de Medicina Interna. Hospital Universitario Miguel Servet. Zaragoza.

Objetivos. Conocer las características de los pacientes hospitalizados en nuestro Servicio en los 8 últimos años, compararlas con las de los Servicios Médicos, analizar tendencias y redefinir la Cartera de Servicios

Material y métodos. Los Servicios de Documentación y de Gestión aportaron las siguientes variables: número de pacientes, procedencia, estancias, edad, sexo, motivo del alta, reingresos y GRDs aten-

didos en el Servicio de MI en los últimos 8 ejercicios (1999-2006). Los datos se analizaron con el programa SPSS 14,0.

Resultados. Asistimos a un aumento progresivo de los pacientes atendidos: de 2.388 en 1999 a 3.398 en 2006 (incremento 42,29% con $r = 0,83$). Las estancias totales aumentaron un 32,62%, la estancia media disminuyó en el 6,84%, el peso medio de los GRDs pasó de 1,63 a 1,81, la presión de urgencias fue mayor del 95% y la mortalidad osciló entre el 10-13,4%, atribuyéndose en 2/3 a patologías no oncológicas. La edad media aumentó linealmente ($r = 0,94$; $p < 0,001$), hasta los 75,66 años (incremento de 0,61 años/ejercicio). La media de diagnósticos por paciente fue de 8,44 y los procedimientos estándar de 3,74, cifras superiores ($p < 0,01$) a las del conjunto del hospital: 5,09 y 2,96 respectivamente, si bien el cociente procedimientos/diagnóstico fue inferior (0,44 frente a 0,58). La comorbilidad fue relevante en el 62,4% de nuestros pacientes y muy acusada en el 20,4%. El número de GRDs distintos atendidos por MI anualmente osciló entre 216 y 250, pero en más de la mitad se atendieron menos de 4 pacientes/año, destacando un número considerable de GRDs quirúrgicos y una relación inversa entre el número de pacientes de cada GRD y las estancias evitables. La suma de los 10 GRDs más frecuentes sólo representó el 34% del total de pacientes, existiendo únicamente 2 GRDs (el 128: Insuficiencia Cardíaca y shock y el 541: Trastornos respiratorios excluyendo infecciones, bronquitis y asma con comorbilidad mayor) con más del 5% del total de pacientes. No obstante, agrupando los GRDs el 24,4% correspondieron a Patologías Respiratorias, el 18,4% a Cardiovasculares y un 15,8% a Digestivas. Al comparar los parámetros de gestión de nuestros 5 GRDs más frecuentes con los de los mismos GRDs atendidos las especialidades médicas, encontramos una estancia media superior en 2,8-7,3 días, una edad media mayor en 7,12-10,17 años y una mortalidad en 2-4 veces superior, con diferencias llamativas en la distribución por sexo (bajo predominio masculino en GRDs respiratorios y mayor proporción femenina en los cardiovasculares).

Discusión. El Servicio de MI del HUMS ha experimentado un incremento progresivo y lineal en su actividad asistencial, destacando el desbordamiento asistencial desde Urgencias, el aumento de la edad media de sus pacientes, las elevadas tasas de comorbilidad y la importante mortalidad. Existe una gran dispersión en la Cartera de Servicios, lo que implica una aparente "ineficiencia asistencial", atribuible al desplazamiento de pacientes con mayor comorbilidad y/o complicaciones hacia nuestra especialidad, situación que refleja un papel importante para la MI en la Coordinación Asistencial Hospitalaria, tanto en áreas médicas como quirúrgicas. La menor proporción de procedimientos practicados pese a la mayor carga diagnóstica de nuestros pacientes apoyan la eficiencia asistencial del internista y apuntan a una menor necesidad de recursos tecnológicos en un importante grupo de pacientes. Las diferencias de nuestros pacientes y los atendidos por las especialidades médicas sugieren que la MI tiene una Cartera de Servicios bien definida, caracterizada por la mayor edad, complejidad y pluripatología, junto a una visiblemente peor situación funcional y pronóstica, no bien recogida con los actuales sistemas de contabilidad hospitalaria y que conllevan una mayor mortalidad y una más lenta resolución de los procesos que motivan la hospitalización.

Conclusiones. Es necesario replantear y redimensionar las actuales estructuras de los Servicios de MI en los grandes hospitales, avanzando hacia modelos asistenciales que aborden la elevada presión asistencial en función de las características de los pacientes y permitan una mejor eficiencia asistencial.

G-23
CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS DIFERENCIALES DE PACIENTES INGRESADOS EN MEDICINA INTERNA: ANÁLISIS BÁSICO PARA MEJORAR LA EFICIENCIA ASISTENCIAL DEL INTERNISTA

M. Tejero Delgado, J. Sánchez Navarro, E. Laherrán Rodríguez, S. Franco Hidalgo, F. Sánchez Barranco e Y. Morán Becares

Servicio de Medicina Interna. Hospital General Río Carrión. Palencia.

Objetivos. El incremento de la esperanza de vida conlleva necesariamente un incremento en la incidencia y prevalencia de enfermeda-

des de carácter crónico, un mayor uso de la asistencial sanitaria y una mayor frecuentación hospitalaria condicionada casi siempre por pluripatología. A pesar de la diversidad de estructuras y funciones de los Servicios de Medicina Interna en nuestro país, éstos siguen desempeñando un papel clave en la atención especializada por su capacidad integradora y polivalencia del internista recogido en el Estudio Socioprofesional de Medicina Interna: prospectivo a 2010. Respecto al seguimiento de los enfermos pluripatológicos. Nuestro objetivo es conocer las características clínicas diferenciales de los enfermos hospitalizados en Medicina Interna y su pluripatología para una mejor eficiencia asistencial de las Unidades de Medicina Interna mediante un estudio descriptivo y observacional.

Material y métodos. Para el estudio descriptivo y observacional de las altas de los últimos 5 años (11.050 pacientes) necesitamos un tamaño de la muestra de 182 pacientes (error de $\pm 10\%$ con un 40% de pluripatología de base según el estudio socioprofesional de la SEMI) a los que se les recoge en un protocolo de categorías clínicas los diagnósticos del alta. $P(x-u/d) = 1-\text{Alfa}$. $P =$ tamaño de la muestra. $x =$ media de una muestra aleatoria. $u =$ la media poblacional (media de la SEMI). $d =$ margen de error elegido (± 10). Alfa: el nivel de confianza (90%). Se clasificó enfermo pluripatológico aquel que padecía dos o más categorías clínicas diseñadas en el protocolo de asistencia integral al paciente pluripatológico, publicado en Rev Clin Esp. 2005;205(9):413-7.

Resultados. El resultado del análisis muestra la pluripatología de los enfermos hospitalizados, pues encontramos con un proceso: 12%, dos procesos: 24%, tres procesos: 28% y más de tres procesos el 36%. El 68% de los pacientes ingresados en el Servicio de Medicina Interna eran pluripatológicos teniendo en cuenta la asociación de más de dos patologías conjuntas. El análisis multifactorial nos muestra que las categorías más prevalentes fueron la asociación de procesos cardiovasculares (neurovasculares y cardiovasculares) con procesos respiratorios y trastornos metabólicos, destacando entre ellos la diabetes.

Conclusiones. Atendemos enfermos pluripatológicos: principal característica clínica. - El proceso independiente más frecuente atendido es EPOC (GRD 541). La asociación más prevalente es patología vascular (cardio-neuro vascular) y enfermedades metabólicas (Diabetes mellitus en primer lugar). Aumento de prevalencia de enfermedades crónicas al aumentar la edad media de los pacientes hospitalizados en nuestros Servicios. El manejo de varias patologías en el mismo enfermo refleja la polivalencia del internista y su capacidad integradora en la actividad asistencial habitual.

G-24 RESULTADOS DE SATISFACCIÓN DE LOS USUARIOS DE UN SERVICIO DE MEDICINA INTERNA

M. Manjón¹, F. Jódar Morente¹, V. Navarro¹, J. Trujillo¹, M. Almenara¹, A. Rodríguez¹, N. Marín¹ y M. Godoy²

¹Servicio de Medicina Interna, ²DUE. Hospital Universitario Médico-Quirúrgico. Jaén.

Objetivos. Dentro del trabajo por mejorar nuestra labor, es parte esencial el conocer como esta labor es percibida por aquellos a los que en esencia va destinada: nuestros pacientes. En un intento por resaltar aquellas áreas en las que se nos solicita un esfuerzo adicional por su parte, se realiza, de forma voluntaria y anónima a los pacientes ingresados en nuestra unidad una encuesta de satisfacción en la que pueden expresar de manera libre sus opiniones.

Material y métodos. Encuesta interna sobre satisfacción realizada hasta el mes de diciembre de 2006 a los pacientes ingresados en el área de M. interna del complejo hospitalario de Jaén, construida según el modelo likert. Estadística descriptiva y comparación con los resultados obtenidos en el año 2005. Análisis de las reclamaciones recibidas por nuestro servicio.

Resultados. Encuesta satisfacción usuarios: Resultados 2005. Comprensión información médico 86,2%. Comprensión información enfermera 91,2%. Identificación personal unidad 88,3%. Respeto con el que se le ha tratado 89%. Intimidad 44,9%. Valoración médico 88,3%. Identificación de DUE 90%. Información sobre el tratamiento 88,6%. Información prueba 93,2%. Satisfacción global 92,3% Reclamaciones: Resul 2005 Organización: Cambio médico 0, Demora traslado 0, Confusion citas 0, Demora atención 0, Demora entrega informes1, Incumplimiento del horario 0, Lista de

espera 2, Tramites administrativos 0. Trato inadecuado médico 0, Enfermera 2 Asistenciales: Negativa a la asistencia 0, Accidente asistencial 1, No visita facultativo1, Hosteleria: Insatisfacción habitación6, Insatisfacción sala espera0, Insatisfacción consulta1, Insatisfacción con la alimentación 1, Perdida objetos personales 0, Otros 6. Total 24 Encuesta satisfacción usuarios: Resultados 2006 Comprensión información médico 79,3%, Comprensión información enfermera 90,6%, Identificación personal unidad 84%, Respeto con el que se le ha tratado 91%, Intimidad 84,3%, Valoración médico 90,5%, Identificación de DUE 91,17%, Información sobre el tratamiento 92,9%, Información prueba 85,88%, Satisfacción global 86,1% Reclamaciones 2006: Organización: Cambio medico0, Confusion citas 0, Demora atención 3, Demora entrega informes1, Incumplimiento del horario 3, Lista de espera 0, Tramites administrativos 0 Trato inadecuado: médico 1, Enfermera 1 Asistenciales: Negativa a la asistencia 0, Accidente asistencial 2, No visita facultativo 3. Hosteleria: Insatisfacción habitación 6, Insatisfacción sala espera 0, Insatisfacción consulta 0, Insatisfacción con la alimentación 0, Perdida objetos personales 0, Otros 4. Total 25.

Conclusiones. En resultados generales, hay una reducción leve aunque mantenida de los motivos de insatisfacción de los usuarios con el trabajo desempeñado por el servicio en su atención Como parte a reseñar, destacar el alto grado de satisfacción de los usuarios con los profesionales destinados a su cuidado durante los años de seguimiento. Hay una mayor percepción de comprensión de los procedimientos y de los tratamientos a realizar, hecho este sin duda motivado por la mayor complicidad existente entre los profesionales y el usuario. Como nota negativa, destacar que, pese a haberse solucionado reclamaciones en áreas conflictivas (demoras en traslados, cambios de médico, etc), han aumentado de forma leve en otras zonas, siendo de especial relevancia la percepción del usuario de que se han cometido errores en su asistencia, hecho este que deberá cuidarse de cara al futuro.

G-25 "INSIGHT": DESCRIPCIÓN DE LA ACTIVIDAD ASISTENCIAL DE UN SERVICIO DE MEDICINA INTERNA

M. Almenara, F. Jódar Morente, J. Trujillo, V. Navarro, M. Manjón, A. Rodríguez y N. Marín

Servicio de Medicina Interna. Hospital Universitario Médico-Quirúrgico. Jaén.

Objetivos. La atención y el cuidado sobre la propia actividad es importante de cara a poder mejorar nuestra labor cotidiana. Por tanto, el objetivo de este trabajo será describir la actividad asistencial de las plantas de hospitalización de un servicio de M. Interna mediante los datos de actividad y los indicadores de actividad de dicho servicio durante un período de tiempo definido (2005-2006) a fin de conocer si se mantiene una actividad estable, si mejora o empeora e intentar encontrar aquellos puntos susceptibles de mejora así como prever la tendencia de funcionamiento del servicio para conseguir una adecuada ubicación de recursos de cara a lograr una mejor asistencia.

Material y métodos. Estadística descriptiva. Se analizaron los datos brutos de actividad del servicio según quedaron registrados por el servicio de documentación. Se compararon con los resultados de los años 2004 y 2005.

Resultados. Actividad: Resultados 2005: NºCamas137, Tras. Desde otro770 Ingresos 3225 Tras a otro 625 Altas totales 2.669 Éxitos 635 Estancias totales 32,573 Alta + plan 100% Actividad: Resultado 2006: NºCamas117, Ingr. Progr 153, Ingr. Urg 2269, Tras. Desde otro 1144, Ingresos 3566, Tras a otro 595, Altas totales 3.528, Éxitos 540, Estancias totales 41,584, Alta + plan 95% Indicadores de actividad: Actividad Resultados 2005: Ind. Funcion 0,9971 Ind. Casuist 1,018, Est. Media 8,5, Est. Media por casuística 10,35, Índice utilización 0,9597, GRD1,6969,9% Ocupación 97,24% Reingresos 2,73,% altas codificadas validas 98,42 Actividad: Resultado 2006 Ind. Función 1,2018 Ind. Casuist 1.0380 Est. Media 10,69-15,33 Est. Media por casuística 11,85 Índice utilización 1,0439 GRD 1,7405% Ocupación 97,24% Reingresos 2,67% altas codificadas validas 98,14

Conclusiones. El número de paciente ingresados ha ido aumentando progresivamente, así como su complejidad (peso GRD índice casuístico) como corresponde a un servicio finalista en un hospital de

referencia. escenso progresivo de la mortalidad y de los reingresos por cualquier causa. Aumento los días de estancia, la estancia media y disminución en agilidad para solucionar los casos, dato que puede correlacionarse con el aumento progresivo de la complejidad de dichos pacientes, ya que muchos llegan seleccionados desde el área de influencia del hospital. Ha aumentado la ocupación de las camas asignadas al servicio. El número de altas codificadas válidas y de informes con plan de cuidados (esfuerzo final que se dedica al usuario, merecido por este y que permite poner de relieve la calidad de la atención prestada) se ha mantenido estable, rasgo este reseñable por las importantes consecuencias que tiene de cara a la capacidad para poder seguir prestando una correcta atención a los pacientes.

G-26
LA COPA DE HIGIA: DATOS DE PRESCRIPCIÓN DE FÁRMACOS DE UN SERVICIO DE MEDICINA INTERNA

A. Rodríguez, F. Jódar Morente, V. Navarro, Trujillo, M. Manjón, M. Almenara y N. Marín

Servicio de Medicina Interna. Hospital Universitario Médico-Quirúrgico. Jaén.

Objetivos. Conocer las pautas de prescripción de fármacos de un servicio de M. Interna así como las variaciones/evolución que sufren en el tiempo tanto para adecuarse a los requerimientos del sistema sanitario como para satisfacer las necesidades de los usuarios de dicho sistema. Estudio retrospectivo de tres años de seguimiento.

Material y métodos. Datos activos de prescripción farmacológica del servicio de Medicina Interna incluyendo la Unidad de Infecciones durante los tres años del seguimiento en tres años solicitados de forma mensual al servicio de Documentación y Estadística del Hospital. Estadística descriptiva sobre esos datos.

Resultados. Resultados 2004 Principio act Recetas/consulta < 1 Envases nt 1,61 Resultados 2005 Principio act 63,40% Recetas/consulta > 1 Envases nt 1,4 VINE 7,45% Omeprazol/ lbp 78,89% Ibuprofeno/ aine 80,41% Simvastatina/statina 32,2% AAS/antiagregante 96,64% Metformina/ADO > 80% Fluoxetina/ ISRS 75% TAR coste 4737,50 Resultados 2006 Principio act 64,33% Recetas/consulta 4,01 Envases nt 0,90% VINE 6,45% Omeprazol/ lbp 77,63% Ibuprofeno/aine 57,69% Simvastatina/statina 44,89% AAS/antiagregante 95,78% Metformina/ADO 49,15% Fluoxetina/ ISRS 69,83% IECA/ICC 53,08% TAR coste 2852,86

Conclusiones. Los datos de 2004, pese a haber sido solicitados, no pudieron sintetizarse de forma satisfactoria, por lo que ensu amplia mayoría no se han incluido. Se ha reducido el coste de los tratamientos antirretrovirales prescritos, hecho este fundamental ya que suelen ser los tratamientos con mayor coste de los que suelen emplearse en nuestro servicio. Se ha aumentado el número de recetas por consulta, probablemente por un aumento de la edad y pluripatología de los pacientes que a ella acuden, descrito en otras revisiones. Ha mejorado la prescripción por principio activo, los fármacos vine y los envases nt, de acuerdo con las recomendaciones del Servicio Andaluz de Salud. En cuanto a la prescripción de AINES, estatinas y anti diabéticos orales, a pesar de que los resultados se encuentran cercanos a los objetivos marcados requerirán un esfuerzo mayor a fin de adecuarlos a lo que los recursos del sistema nos pueden ofrecer. Estos datos, no obstante, deberían de analizarse en el contexto de la comunidad para conocer cuanto de diferencia, si es que la hubiera, existe entre este servicio y otros que atienden pacientes/patologías similares.

Tabla 1. Descripción actividad (G-27).

	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006
Altas	2.676	2.366	2.225	2.248	2.235	2.422	2.336
Estancias	16.853	16.855	17.225	19.302	18.145	19.488	18.961
Ocupacio.	92	83	87	98	89	99	90
% Ing. Urg.	95	98	98	99	99	99	98
Éxitus	166	165	201	191	195	212	206
Peso M	1,79	1,89	1,74	1,90	1,85	1,91	1,83
Cons. 1ª	756	815	601	365	661	539	1.186
Cons. 2ª	2.374	2.312	1.972	1.960	1.698	1.702	2.565
Índice	3,1	2,8	3,2	5,3	2,5	3,1	2,1

G-27
ANÁLISIS DESCRIPTIVO DE LA ACTIVIDAD ASISTENCIAL 2000-2006 DE UN SERVICIO DE MEDICINA INTERNA SEGÚN LAS NUEVAS FORMULAS DE GESTIÓN

L. Bernacer¹, E. Conesa³, R. Cantarero³ y J. Artero²

¹Servicio de Medicina Interna, ²Control Gestion. Fundación Hospital Manacor. Manacor, Illes Balears. ³Servicio de Medicina Interna. Hospital Comarcal de Inca. Inca, Illes Balears.

Objetivos. En la última década se han buscado sistemas de gestión que buscan la eficiencia como objetivo principal. Análisis de los resultados de la actividad asistencial del Servicio de MI de la primera fundación hospitalaria pública a los 10 años de su constitución.

Material y métodos. Estudio retrospectivo-descriptivo, realizado en un Servicio de Medicina Interna de un Hospital Comarcal de 196 camas, de ámbito rural, con una población de referencia de 145.000 habitantes, con una frecuentación de urgencias de 53.000 pacientes/año. El Servicio esta formado por 6 médicos adjuntos y un Jefe de Área compartido con el resto de especialidades médicas. Se han analizado los datos de la actividad asistencial en hospitalización y consultas externas durante el periodo 2000-2006. La información se ha obtenido del Servicio de control de Gestión del hospital IAS-SIST 98*. Se ha realizado un análisis estadístico descriptivo calculando estancias medias, frecuencias relativas y absolutas y para la inferencia estadística se ha utilizado técnicas no paramétricas para una significación estadística de p < 0,05.

Resultados. Durante el periodo de análisis ingresaron un total de 16,508 pacientes (22% de los ingresos del hospital) para un total de 128,829 estancias (30% de las estancias del hospital). La media de ingresos 2300 (2160-2439) IC95%. La media de estancias 18404 (17452-19355) IC95%. Las relaciones entre ingresos, estancia media, estancias e índice ocupacion mostro significacion estadística con p < 0,05. El resumen de los estadísticos descriptivos se refleja en la tabla.

Conclusiones. La principal actividad asistencial de un Servicio de Medicina Interna es la actividad en planta de hospitalización muy a distancia de la actividad ambulatoria. El elevado índice de ocupación y la presión de urgencias dificulta una correcta organización y planificación de la actividad asistencial.

G-28
EVALUACIÓN DEL PRIMER AÑO DE IMPLANTACIÓN DE UN PROGRAMA DE FARMACOVIGILANCIA EN LA UNIDAD CLÍNICA DE ATENCIÓN MÉDICA INTEGRAL DE MEDICINA INTERNA (UCAMI)

D. Rangel¹, M. Cassani², J. Torelló¹, M. Ollero Baturone², J. Cuello Contreras² y J. Castillo¹

¹Farmacología Clínica - Servicio Andaluz de Farmacovigilancia, ²Servicio de Medicina Interna. Hospital Virgen del Rocío. Sevilla.

Objetivos. Las reacciones adversas a medicamentos (RAM) suponen una importante causa potencialmente prevenible de morbilidad y mortalidad, máxime en población con pluripatología y polimedica-ción como el perfil de paciente que se atiende en las Unidades de Medicina Interna. En el ámbito hospitalario se ha descrito una marcada infranotificación de RAM, por ello en marzo de 2006 se puso en marcha un programa de farmacovigilancia en la UCAMI con el objetivo de identificar, investigar y prevenir en lo posible las RAM en

el ámbito hospitalario. El presente estudio muestra los resultados del primer año de funcionamiento de dicho programa *Material y métodos.* El programa de farmacovigilancia diseñado para la UCAMI se basaba en: 1) Sesiones formativas impartidas por personal del Servicio de Farmacología Clínica (SFC) y del Centro Andaluz de Farmacovigilancia (CAFV); 2) Distribución de tarjetas amarillas al personal médico de la Unidad; 3) Creación de un sistema de notificación directa de RAM mediante e-mail, FAX y teléfono; 4) Visitas semanales al personal facultativo de miembros de SFC y CAFV para recoger las RAM notificadas; 5) Elaboración de informes individualizados sobre las RAM notificadas para los facultativos de UCAMI; 6) Para la evaluación de gravedad y del algoritmo de causalidad de las RAM se han aplicado los criterios del sistema español de farmacovigilancia.

Resultados. En el año 2005, antes de la implantación del programa de farmacovigilancia, la UCAMI sólo notificó 1 RAM a través del sistema de tarjeta amarilla. En el año 2006, tras la implantación del programa, la cifra de notificaciones ha sido de 24 tarjetas amarillas conteniendo 36 RAM en las que estaban implicadas 39 fármacos sospechosos, lo que supone el 39% del total de notificaciones de RAM de los Hospitales Universitarios Virgen del Rocío. La mediana de edad de los pacientes afectados de las RAM fue de 70 años (P25 = 55; P75 = 79), mayoría de mujeres (62%). El 87,5% de las RAM se consideraron graves; 8% de amenaza vital, en un 46% suponían el motivo de ingreso y en un 25% obligaron a la prolongación del mismo. Un 38% de las RAM requirió tratamiento médico, sin embargo la mayoría de las RAM (71%) se recuperaron sin secuelas. Se identificaron factores predisponentes en 3/24 RAM (13%) tales como insuficiencia renal o edad avanzada. Por órganos, las RAM más frecuentes fueron las neuropsiquiátricas y las cutáneas (ambas con un 22%) Los fármacos implicados con más frecuencia fueron las quinolonas (29%) seguidas por los diuréticos (17%), anticoagulantes (13%) y efalizumab (8%). En el 29% de las RAM existía interacción medicamentosa clínicamente significativa. El 92% de las RAM notificadas estaban previamente descritas siendo el 8% (n = 2) desconocidas.

Discusión. En este primer año de funcionamiento del programa de farmacovigilancia los resultados han sido positivos tanto cuantitativamente: incremento de la notificación de RAM como cualitativamente; detección de RAM potencialmente graves y prevenibles en un futuro e identificación de un nuevo problema de seguridad medicamentosa como es el empeoramiento paradójico de la psoriasis por Efalizumab. En el análisis de estos datos se detecta una elevada proporción de interacciones medicamentosas y relación de muchas RAM con factores de comorbilidad predisponente.

Conclusiones. La instauración de programas de farmacovigilancia en Unidades e Medicina Interna posiblemente contribuirá a identificar pacientes en riesgo de sufrir RAM y a prevenir dichas RAM especialmente en los pacientes pluripatológicos y polimedcados.

G-29

UTILIDAD DE UNA CONSULTA NO PRESENCIAL EN MEDICINA INTERNA

F. Moldenhauer, P. Sánchez-Molini, J. Castrillo, J. Hurtado y C. Suárez

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

Objetivos. Evaluar la utilidad diagnóstica de una consulta no presencial de pacientes nuevos referidos a Medicina Interna procedentes de Atención Primaria y Urgencias.

Material y métodos. 1) Pacientes remitidos entre 19 marzo 2007 y 19 junio 2007 como pacientes nuevos a consulta de Medicina Interna procedentes de Atención Primaria y Urgencias. 2) Consulta no presencial con búsqueda de información clínica disponible en Intranet local en ambos niveles asistenciales con contacto telefónico con el paciente y médico de atención primaria (MAP) en caso necesario con gestión apropiada preconsulta de citas y pruebas diagnósticas dirigidas. 3) Análisis detallado de utilidad diagnóstica en una subpoblación de 54 pacientes atendidos en consulta general sin adelanto de la fecha de cita.

Resultados. 1. 273 solicitudes. Demora inicial a primer hueco preintervención: 21 días Demora a primer huecopostintervención: 10 días. 2. Contacto directo con MAP: 24% 3. Contacto telefónico con

paciente: 48%. 4) Realización de pruebas preconsulta dirigidas: 30%. 5) Modificación de cita inicial: 20% (anulación o consulta no presencial resolutive: 13%; adelanto: 7%). 6) Subpoblación de pacientes transferidos desde consulta no presencial a consulta general sin adelanto de fecha: 21% diagnóstico final idéntico al sospechado en valoración no presencial; 50% disminución del número de exploraciones complementarias; 73% disminución del tiempo necesario para el diagnóstico; 60% utilidad para el diagnóstico de la información clínica obtenida en consulta no presencial; 75% utilidad para el diagnóstico de la información de pruebas obtenidas en consulta no presencial.

Conclusiones. La gestión clínica no presencial de los pacientes nuevos remitidos a consulta de Medicina Interna es eficiente y ayuda al diagnóstico.

G-30

ADECUACIÓN DE URGENCIAS E INGRESOS HOSPITALARIOS DEL ÁREA MÉDICA DE URGENCIAS DEL HOSPITAL PRÍNCIPE DE ASTURIAS (HUPA)

M. Valderrama, C. Lozano, S. Rodríguez, J. Galipienzo, A. Gallur, N. González, O. Toledo y R. Martino

Servicio de Urgencias. Hospital Universitario Príncipe de Asturias. Alcalá de Henares, Madrid.

Objetivos. El objetivo de este estudio consiste en identificar los criterios de adecuación de Urgencias e ingresos desde el Área Médica del Servicio de Urgencias. Los Servicios de Urgencias Hospitalarios son en la mayoría de los centros la puerta de entrada para muchos pacientes. La presión de urgencias promedio se estima del 61%, siendo el grado de visitas inapropiadas del 38% estimado según el Protocolo de Adecuación de Urgencias Hospitalarias (PAUH). En estudios multicéntricos realizados fuera de nuestro entorno el índice de ingreso en urgencias es del 16%. Cuando se examina por áreas asistenciales, la mayor proporción corresponde habitualmente al área médica, con un índice en torno al 24-28%. Si planteamos la adecuación de ingreso según los criterios del Appropriateness Evaluation Protocol (AEP), varios estudios en servicios médicos muestran que la inadecuación es inferior en los ingresos urgentes que en los programados.

Material y métodos. Se trata de un estudio transversal retrospectivo a través de la revisión de las historias clínicas de pacientes que acudieron al Servicio de Urgencias durante los últimos 7 días de enero, abril, julio y octubre de 2006. Éste constituye uno de los subestudios que pretende adecuar la asistencia clínica en Urgencias del HUPA en base a las necesidades detectadas. Se utiliza el PAUH para identificación de criterios de urgencias, y el AEP para la identificación de criterios de adecuación de ingresos.

Resultados. De una muestra inicial de 253 historias clínicas de pacientes atendidos en Urgencias en el mes de octubre de 2006, se obtuvo que el 79% de las consultas eran espontáneas, el 14% fueron derivadas por MAP y especialistas, y el 4% procedían de Residencia de Ancianos. Se consideró que la adecuación de Urgencias según el PAUH era adecuada en el 83% de los casos. De los pacientes con criterios de adecuación de Urgencias, el 35% cumplían 1 criterio, el 38% cumplían 2 criterios y el 24%, 3 o más criterios. El 14% cumplían al menos un criterio de gravedad, el 21% un criterio de tratamiento, el 60,8% un criterio diagnóstico, el 29% otros criterios o un criterio relacionado con una consulta espontánea. El porcentaje de altas supuso el 67% del total de historias revisadas, el 22% fue de ingresos y el 9,1% correspondieron a observaciones. De los pacientes que ingresaron, el 78% cumplían criterios de ingreso según el AEP, mientras que no lo cumplían un 21%. De los pacientes que cumplían criterios de ingreso, todos ellos cumplían algún criterio relacionado con el equipamiento y medios disponibles sólo en ingresos. Además, el 30% presentaba algún criterio relacionado con la situación clínica del paciente.

Conclusiones. El porcentaje de visitas e ingresos inadecuados desde el Área Médica de Urgencias de nuestro hospital es inferior al estimado en estudios previos. La evaluación periódica de los criterios de urgencias e ingreso de los pacientes atendidos en el Área Médica permitirá elaborar protocolos específicos para las situaciones detectadas como inadecuadas, y adecuar los recursos disponibles a la demanda asistencial.

G-31**ANÁLISIS DE LA DEMANDA ASISTENCIAL Y LAS CARACTERÍSTICAS DEMOGRÁFICAS DE LOS PACIENTES ASISTIDOS EN EL ÁREA MÉDICA DE URGENCIAS DEL HOSPITAL PRÍNCIPE DE ASTURIAS (HUPA)****F. Calvo, R. Peñalver, M. De Pedro, A. López de Guzmán, R. Barriga, M. Molina, M. Carrasco y P. Arcos***Servicio de Urgencias. Hospital Universitario Príncipe de Asturias. Alcalá de Henares, Madrid.*

Objetivos. El objetivo de este estudio es conocer la demanda asistencial actual y de las características demográficas de los pacientes atendidos en Urgencias de nuestro hospital. Una urgencia médica es toda situación que requiera una actuación médica inmediata. El uso inadecuado de los servicios asistenciales sanitarios produce uno de los mayores gastos del sistema sanitario público. Además supone la congestión en los servicios de urgencias, lo que resta posibilidad de atender inmediatamente patologías consideradas realmente urgentes. Se estima que el 80% de los pacientes que acuden al servicio de urgencias hospitalarias (SUH) lo hacen por iniciativa propia y el 70% de las consultas son consideradas procesos leves.

Material y métodos. Se trata de un estudio transversal retrospectivo a través de la revisión de las historias clínicas de pacientes que acudieron al Servicio de Urgencias durante los últimos 7 días de enero, abril, julio y octubre de 2006. Este constituye uno de los subestudios que pretende adecuar la asistencia clínica en Urgencias del HUPA en base a las necesidades detectadas. Con este estudio se pretende evaluar los datos demográficos (sexo, edad), asistencia por iniciativa propia o derivada, variaciones estacionales, tiempos de espera, motivo de consulta, número y tipo de antecedentes personales, número y tipo de pruebas diagnósticas según patología, juicios diagnósticos, administración de tratamientos y vías de administración, y desenlace del proceso.

Resultados. De un total de 250 historias revisadas; el 50% son mujeres con edad media de 52 años, 50% de hombres con edad media de 55 (rango de edad: 14-95 años). La consulta realizada es espontánea en el 79,4% de los casos, el 10,3% derivada desde atención primaria, el 4% derivada por especialistas, el 0,8% procedentes de otros hospitales, 4,3% remitidos desde instituciones, y el 1,2% trasladados por servicios de emergencias. Los motivos de consulta más frecuentes son: dolor abdominal (17%), disnea (14,5%), miscelánea (18%), dolor torácico (9%), mareo (6%), déficit neurológico (5%). EL 76,8% de los pacientes tienen algún antecedente personal; tras la hipertensión, diabetes y tabaquismo, destaca en frecuencia las alergias medicamentosas (12%). El 18% de los pacientes no precisaron pruebas diagnósticas, realizándose en los demás casos una (26%), dos (26%), tres (25%) o más (5%) pruebas. EL 43% de los pacientes recibieron tratamiento en urgencias, de éstos el 29% fue intravenoso y el 6% por vía oral. La valoración médica final un juicio clínico en el 56% y un juicio diagnóstico en el 44%, constanding en el 75% de las historias clínicas. EL 68% de los pacientes reciben el alta médica, el 22% ingresan, el 89% permanecen en observación y un 0,6% se trasladan a otros centros. El tiempo medio de asistencia es de 4,5 horas.

Conclusiones. El conocimiento de la demanda asistencial actual y de las características demográficas de los pacientes atendidos en nuestro hospital permitirá la adaptación de los medios de los que disponemos, así como la adopción de protocolos clínicos para una adecuada optimización de recursos (reducir los costes de la no-calidad generados de peticiones innecesarias y repeticiones de exploraciones complementarias y uso de material o medicamentos inadecuados).

G-32**ANÁLISIS DE LOS INDICADORES DE CALIDAD ASISTENCIAL EN EL ÁREA MÉDICA DE URGENCIAS DEL HOSPITAL PRÍNCIPE DE ASTURIAS (HUPA)****A. Sánchez Garvin, C. Fraguas, R. Pérez Maganto, J. Carrera, O. Del Toro, G. Jiménez, R. Martínez Riazuelo y R. Rojas***Servicio de Urgencias. Hospital Universitario Príncipe de Asturias. Alcalá de Henares, Madrid.*

Objetivos. El objetivo de este estudio es la evaluación de los indicadores de calidad asistencial en el Área Médica de Urgencias del

HUPA. Los servicios de urgencias hospitalarios (SUH) son tan utilizados como controvertidos. El número de asistencias crece constantemente debido entre otros factores al envejecimiento de la población, a su accesibilidad, a las expectativas en la atención hospitalaria y la demora de la atención electiva. Además, y por sus características, la asistencia se debe realizar de forma rápida utilizando como criterio fundamental la presunción de gravedad. La Sociedad Española de Medicina de Urgencias y Emergencias (SEMES) ha elaborado un conjunto de indicadores de calidad que permiten la evaluación, seguimiento y comparación de las actividades de los servicios de urgencias. Estos indicadores miden el funcionamiento del servicio de urgencias desde el punto de vista organizativo y de la calidad de los procesos.

Material y métodos. Se trata de un estudio transversal retrospectivo a través de la revisión de las historias clínicas de pacientes que acudieron al Servicio de Urgencias durante los últimos 7 días de enero, abril, julio y octubre de 2006. Este constituye uno de los subestudios que pretende adecuar la asistencia clínica en urgencias del HUPA en base a las necesidades detectadas. Trata de evaluar los siguientes aspectos: tiempo medio de primera asistencia facultativa, tiempo medio de permanencia en urgencias, grado de cumplimentación de historia clínica, información a pacientes y familiares, codificación del diagnóstico de altas, proporción de ingresos, tasa de retorno a urgencias y tasa de mortalidad en urgencias.

Resultados. De la revisión de un total 250 historias clínicas de pacientes atendidos en el Área Médica de Urgencias del HUPA se han obtenido los siguientes resultados. El tiempo medio de permanencia en urgencias fue del 4,5 horas. Si la consulta era espontánea el tiempo medio de permanencia fue de 4,2 horas, derivado por su MAP y/o especialistas de 5,4 horas, y de Residencia fue aproximadamente de 11 horas. En relación con los tres motivos de consultas más frecuentemente observados, el tiempo de permanencia para la disnea fue de 5 horas, el dolor abdominal fue de 5,1 horas y de 3,7 horas para el dolor torácico. En cuanto a los criterios de cumplimentación de historia clínica, el 100% de los pacientes se encontraban identificados mientras que sólo el 43% de los médicos lo estaban por nombre y número de colegiado. No hubo registro de la hora de inicio de asistencia clínica. La fecha de asistencia, motivo de consulta, exploración, pruebas complementarias y juicio clínico/diagnóstico estaban registrados adecuadamente en el 98% de las historias revisadas. El tratamiento se recogió correctamente en el 75% de los casos. El porcentaje de ingresos fue del 22% y la tasa de retorno a Urgencias en las primeras 24 horas fue del 5,4%.

Conclusiones. El conocimiento pormenorizado de las características intrínsecas del servicio de urgencias es imprescindible para la correcta atención clínica. Este análisis permitirá la adopción de medidas prioritarias y los indicadores básicos para su monitorización y el desarrollo de protocolos de actuación para situaciones clínicas más frecuentes.

G-33**PERFIL DE LAS CONSULTAS REALIZADAS A LA CONSULTA DE CONEXIÓN CON ATENCIÓN PRIMARIA (CCAP) DEPENDIENTE DEL SERVICIO DE MEDICINA INTERNA DEL HOSPITAL DE ALCOI (ALACANT). EXPERIENCIA INICIAL****M. Esteban¹, V. Giner¹, J. Castejón², L. Tomás¹, J. Morant¹, T. Marco¹, S. Martínez¹ y A. Pastor¹***¹Servicio de Medicina Interna, ²Documentación Clínica y Admisión. Hospital Virgen de los Lirios. Alcoy/Alcoi, Alicante.*

Objetivos. Describir la actividad desarrollada por la recientemente creada CCAP dependiente de nuestro hospital con el objetivo de rediseñarla en búsqueda de implementar su eficacia.

Material y métodos. Antes del desarrollo del modelo, se realizaron reuniones de consenso con Atención Primaria (AP): en el modelo finalmente adoptado una internista dependiente del hospital va todos los Martes a un Centro de Salud (Ibi) distante unos veinte kilómetros, donde tiene asignado despacho para consulta. La semana previa se han seleccionado aquellas consultas realizadas por escrito desde el CS a Especializada. Durante toda la mañana además queda a disposición de todas cuantas consultas directas se quieran realizar. Durante la semana previa a la visita presencial al internista ha revisado el historial clínico. El paciente es valorado como máximo en dos citas,

siendo dado de alta o derivado al especialista conveniente, incluida la Consulta convencional de MI.

Resultados. Desde diciembre 2006 a junio 2007 se han valorado 143 pacientes en 255 visitas. El promedio mensual es de 37 visitas, con valores mínimos en diciembre 2006 y abril 2007 (17 y 23 visitas respectivamente), y máximo de 49 (mayo 2007). Ello supone promedio diarios de 9,5 visitas, de las cuales 6,9 fueron primeras visitas, con un cociente primera/sucesiva de 3,6. La gran mayoría (60,8%) de consultas se solventó con una visita (mediana de visitas/paciente $1,0 \pm 0,5$). Comparado con el perfil de paciente ingresado en nuestro Servicio de Medicina Interna, los valorados en la CCAP son más jóvenes ($52,5 \pm 19,8$ vs $78,4 \pm 8,4$ años), con una proporción semejante de mujeres (alrededor del 40%), con menor morbilidad (enfermedades crónicas), y menor tasa de tratamiento farmacológico (Principios activos: $2,6 \pm 2,9$ vs $6,1 \pm 3,8$. Tomas diarias $3,4 \pm 4,0$ vs $8,6 \pm 5,3$). En la mitad de ocasiones ya existía seguimiento habitual por algún especialista (E) distinto del internista (40% uno, 8,7% dos, y 3,6% tres E). Se registraron hasta 46 motivos de consulta diferentes (Gráfico), siendo los más frecuentes los correspondientes a patología digestiva (21% dolor abdominal, 10,5% epigastria), "alteraciones analíticas" diferentes (11,9%) y alteraciones respiratorias de todo tipo (9,1%). De forma más o menos coincidente, las especialidades originariamente consultadas fueron: 42% Medicina Interna, 34,3% Medicina Digestiva, 11,9% Neurología, 6,3% Cardiología, y 5,6% Neumología. En ningún caso la hoja de consulta se acompañaba de una sospecha diagnóstica inicial, más de la mitad (55,8%) no adjuntaba información, mientras que 40,3% añadía analítica, y un 3,9% se acompañaba de otras exploraciones complementarias.

Discusión. El gran número de visitas realizadas junto al bajo número de vistas por paciente (lo que redundaba en una razón entre primeras y sucesivas muy favorable), demuestra la eficacia de nuestra CCAP. Es llamativa la gran heterogeneidad de motivos de consulta, que justifica que este tipo de iniciativas deba depender por su versatilidad de los Servicios de Medicina Interna. Nos llama la atención la ausencia de información suficiente en las Hojas de Consulta desde AP que pueda redundar en una más fiable priorización de los pacientes.

Conclusiones. Evaluamos como altamente eficaz la experiencia inicial de nuestra CCAP, que demuestra la eficacia de su dependencia de un Servicio de Medicina Interna acorde con el perfil del paciente que lo requiere. Parece recomendable matizar el abordaje en función del perfil del paciente a evaluar, para lo cual la información aportada por el MAP debemos debiera mejorar.

G-34 ANÁLISIS DE LAS INTERCONSULTAS REALIZADAS POR UN SERVICIO DE MEDICINA INTERNA

J. Luengo Álvarez, M. Martín Martín, L. Vicente Domínguez, N. Pacheco Gómez, J. Saponi Cortes,

E. Benítez-Cano, F. Ruiz Llanos y A. Costo Campoamor
Servicio de Medicina Interna. Hospital San Pedro de Alcantara. Cáceres.

Objetivos. Analizar las características de las interconsultas (IC) solicitadas al Servicio de Medicina Interna por el resto de especialidades hospitalarias.

Material y métodos. Se estudian las IC realizadas desde octubre a diciembre de 2006, analizando edad y sexo del paciente, antecedentes personales del mismo, servicio peticionario de la IC, así como el motivo de la misma y el diagnóstico definitivo. El estudio estadístico se realizó mediante el programa informático SPSS 14,0

Resultados. Se realizaron un total de 183 IC, con una media de seguimiento de 3,73 días por paciente. De éstas, el 54,1% corresponden a varones. La edad media de los pacientes fue de $69,9 \pm 18,88$ años. Cabe destacar que el 80,9% de las IC fueron realizadas por servicios quirúrgicos, fundamentalmente por el de Traumatología y Ortopedia, con un 40% del total de IC. Los motivos de consulta más frecuentes fueron fiebre y disnea, seguidas por el ajuste de tratamiento en aquellos pacientes pluripatológicos y la descompensación durante el ingreso de enfermedades como la hipertensión arterial y la diabetes mellitus. El 60% de los pacientes tenía 4 o más diagnósticos médicos. Los diagnósticos definitivos más frecuentes fueron fiebre-bacteriemia, insuficiencia cardíaca y neumonía, así como ajuste de tratamiento en pacientes pluripatológicos.

Discusión. La asistencia a los pacientes de otros servicios supone una parte no despreciable de la actividad de un servicio de Medicina Interna. Dentro de los servicios que precisan de nuestra colaboración destacan los quirúrgicos, llegando a representar en nuestro Hospital el 80,9% del total de IC realizadas, máxime en el caso del servicio de Traumatología y Ortopedia (40% del total). Dichas IC están motivadas fundamentalmente por cuadros de fiebre y disnea, así como el ajuste de tratamiento en pacientes pluripatológicos. Entre los diagnósticos definitivos destaca la patología infecciosa así como la cardiopulmonar.

Conclusiones. La carga de trabajo que originan las interconsultas es similar a la que soporta un internista en su área de hospitalización. La mayoría de dichas IC son realizadas por los servicios quirúrgicos, destacando fundamentalmente el de Traumatología y Ortopedia.

G-35 EFICACIA DIAGNÓSTICA DE LA CONSULTA DE CONEXIÓN CON ATENCIÓN PRIMARIA (CCAP) DEPENDIENTE DEL SERVICIO DE MEDICINA INTERNA DEL HOSPITAL DE ALCOI (ALACANT). EXPERIENCIA INICIAL

V. Giner¹, M. Esteban¹, J. Castejón², A. Ragheb¹, T. Marco¹, J. Morant¹, S. Martínez¹ y A. Pastor¹

¹Servicio de Medicina Interna, ²Documentación Clínica y Admisión. Hospital Virgen de los Lirios. Alcoy/Alcoi, Alicante.

Objetivos. Definir el paciente en el cual concentrar los esfuerzos diagnósticos para implementar la eficacia de nuestra recientemente creada CCAP.

Material y métodos. Revisión de historia clínica hospitalaria del paciente y la generada en la CCAP. Se han analizado los recursos empleados en el diagnóstico (dx) final, haciéndose especial hincapié en la búsqueda de exploraciones y valoraciones previas por el mismo motivo.

Resultados. Desde diciembre de 2006 a junio de 2007 se han valorado 143 pacientes ($52,5 \pm 19,8$ años, 62,9% varones, $1,9 \pm 1,7$ enfermedades crónicas basales y toma media de $2,6 \pm 2,9$ fármacos en $3,4 \pm 4,0$ tomas diarias). Registramos 46 diferentes motivos de consulta, que en un 60,8% de ocasiones se solventaron en una sola visita. Un 17,5% de casos estaban pendientes de dx definitivo, en un 20,3% no hubo ningún nuevo dx, y en un 62,2% se realizaron dx nuevos. En esta última categoría se realizaron cerca de cuarenta dx diferentes (Gráfico). La demora entre la 1ª valoración y el dx fue de $27,9 \pm 3,9$ días, con un 50,9% de pacientes diagnosticados en la primera consulta y una mediana de $44 \pm 5,7$ días en el resto. En el 59,4% de pacientes se solicitaron hasta 26 exploraciones complementarias (EC) diferentes. La mayoría requirió una sola EC, con un 30,6%, 7,1% y 3,5% que requirieron dos, tres o cuatro EC. De las EC solicitadas el 61% fueron analítica general (n 27), fibrogastroscoopia (n 17), Tránsito esófagoduodenal (n 13), ecografía abdominal (n 8), enema opaco (n 8) y radiografía simple de tórax (n 7). Del total de EC solicitadas el 57,9% ayudaron al dx final. Se consideró que un 26,6% de los dx finales eran relevantes por requerir seguimiento por Atención Especializada, de tal manera que si bien el 53,8% de pacientes fueron dados de alta para seguimiento por AP, un 41,3% fue derivado a Consultas Externas Hospitalarias (90% a Medicina Interna), y un 4,9% requirió hospitalización directa. Es llamativo que en cerca de la mitad de casos (47,6%) se hubiera realizado el diagnóstico sólo mediante la revisión del historial clínico del paciente, lo que coincide con un porcentaje del 30,8% de ocasiones en que se había valorado previamente el paciente por el mismo motivo. No hemos hallado un perfil caracteriológico que permita discernir entre el paciente con y sin patología relevante.

Discusión. Es llamativa la gran heterogeneidad de dx finales, y entre ellos los de "funcionalismo" (22,6%) y "no relevantes" (73,4%). Es escasa la necesidad de tecnología, y cuando esta se ha empleado la tasa de eficacia ha sido elevada. Destaca el elevado porcentaje de pacientes estudiados con anterioridad y de dx realizados "a priori" con la sola revisión del historial clínico.

Conclusiones. Si bien la mayoría de pacientes no presenta patología relevante, existe un porcentaje considerable de portadores de enfermedades relevantes, donde la CCAP ha demostrado su gran eficacia en la realización de un rápido dx. Dada la ausencia de un perfil "de riesgo", muy probablemente una forma de ser más eficaces sea abandonar el modelo de visita presencial por el de consultoría, tal y como demuestra la elevada capacidad de diagnóstico "a priori".

G-36

INTERCONSULTAS, UNA CARGA DE TRABAJO OCULTA
A. Ruiz¹, M. Jarrod², A. Díaz¹, T. Auguet¹, S. Ruiz¹
y C. Richart¹

¹Servicio de Medicina Interna, ²Unidad de Tecnologías de la Información y de la Comunicación. Hospital Universitari de Tarragona Joan XXIII. Tarragona.

Objetivos. Conocer las características de las interconsultas (IC) dirigidas al Servicio de M. Interna y argumentar el gran trabajo que desarrolla el internista en su consecución.

Material y métodos. El estudio se hizo en nuestro Hospital que es centro de referencia y tiene un alto porcentaje de ingresos quirúrgicos. Se incluyeron todas las IC recibidas durante 6 meses (1 de julio al 31 de diciembre-2004). Se excluyeron las dirigidas específicamente a la sección de infecciosas. Por falta de registro, tampoco se contabilizaron las urgentes solicitadas en fin de semana, resultas por el equipo de guardia. La investigación fue prospectiva. Como el formato de IC contiene escasa información, se diseñó una hoja para la recogida de datos: filiación, fecha de nacimiento, sexo, fecha de ingreso y de solicitud de IC, procedencia, prioridad en la demanda, diagnóstico de base, motivo de solicitud, diagnósticos emitidos y procedimientos generados por el internista, nº de visitas, complejidad y traslados a M. Interna. Como existía una sistemática en el tiempo de respuesta: urgente = inmediato, preferente < 8 h y ordinaria no > a 24 h, no se valoró este. Los datos se pasaron a soporte informático mediante una base de datos en ACCESS creada ex profeso y se analizaron con el programa estadístico SPSS v.13. La estadística se hizo básicamente descriptiva con medias, medianas, porcentajes y tasas. La asociación entre variables ordinales se analizó mediante el coeficiente de correlación de Spearman. El nivel de significación se fijó al de una p < 0,05.

Resultados. Se contabilizaron 131 IC, el 61,1% hombres. La mediana de edad fue 70 años. El intervalo desde el ingreso hasta la solicitud de IC, una mediana de 5 días. La procedencia predominante fue quirúrgica: 77,9%, sobre todo COT (32,1%), Vascular (12,2%), C. General (11,5%) y Toco-Ginecología (8,4%). En el área médica destacaron Cardiología (9,9%), seguida por RHB y Digestivo. Se determinó la tasa de solicitudes en relación a los ingresos de cada servicio y la mayor demanda fue: RHB (9,4%), COT (4,5%) y C. Vascular (3,53%). La mitad de los casos, 51,9%, fueron consultados con prioridad ordinaria, preferentes 27,5% y urgentes 20,6%. El motivo de consulta fue: 38,8% síntomas cardio respiratorios, 35,9% fiebre o infección mal definida y 13,5% infección definida. El diagnóstico principal se distribuyó en: neumonía e ITU 19,8%, otras infecciones definidas 11,4%, patología cardio vascular (l. cardíaca, arritmia, angor, ETE) 11,4%, exacerbación de EPOC y otras afecciones respiratorias 9,9%; Entre el 47,5% restante se hallaron 4 casos de cáncer. La complejidad se estimó baja en 39 casos, media en 77 y alta en 15. Observamos que la complejidad no guardó mucha relación con la prioridad de la demanda, pero sí remotamente con el peso del paciente. En 30 pacientes (23%) se emplearon 47 procedimientos no ordinarios: 14 TAC, 13 IC

a otros Servicios, 10 Ecografía, 5 Gammagrafía, 3 Toraco o Paracentesis y otros. Se trasladaron a M. Interna 12 pacientes (9,9%). El nº de visitas arrojó una mediana de 2 y los minutos utilizados fueron 9.020, que según las estimaciones del ICS para calcular las cargas asistenciales, representa el 29% del tiempo de un adjunto.

Discusión. Los escasos trabajos sobre la IC hospitalaria son poco comparables por la distinta dinámica en las áreas médicas y quirúrgicas de los hospitales. Coincidimos con otros autores en el perfil de la IC: paciente de 70 años, del ámbito quirúrgico (en nuestro caso casi siempre postoperado) que unido a los diagnósticos (ya descritos) y a su propia comorbilidad favorecen el riesgo. Además, aunque la prioridad no siempre está avalada por el criterio clínico, el internista debe acudir de modo inmediato a las solicitudes urgentes (en nuestro estudio 1/5 parte) con la consiguiente distorsión de su trabajo habitual.

Conclusiones. 1) La polivalencia y la versatilidad del internista, lo hacen una figura imprescindible en los pacientes quirúrgicos, fundamentalmente ancianos, con complicaciones asociadas e incluso sin ellas, como gestor de la comorbilidad y tratamientos previos. 2) Como se demuestra, es relevante el tiempo dedicado por el especialista en M. Interna a la Interconsulta hospitalaria. Esta actividad debería cuantificarse sistemáticamente y servir de herramienta para una mejor valoración de las cargas asistenciales.

G-37

INTERVENCIÓN PARA LA MEJORA DE LA CALIDAD DE LAS HISTORIAS CLÍNICAS EN UN SERVICIO DE MEDICINA INTERNA

P. Wikman Jorgensen¹, P. Safont Gasó¹, A. Martínez Baltanás¹, M. Rugero², J. Robert Gates¹, J. Peris García¹, M. Matarranz Del Amo¹ y J. Merino Sánchez¹

¹Servicio de Medicina Interna, ²Documentación. Hospital Universitari Sant Joan d'Alacant. Sant Joan d'Alacant, Alicante.

Objetivos. Las historias clínicas son documentos clave en el diagnóstico y seguimiento del enfermo, en la valoración de la actividad asistencial/gestión clínica y en la formación de los médicos. El objetivo de este estudio fue mejorar la calidad de las historias clínicas de un servicio de medicina interna. Para ello se realizó primero un análisis basal, se expusieron los resultados y puntos a mejorar. Posteriormente se realizó un nuevo análisis.

Material y métodos. Se trata de un estudio descriptivo y de intervención en el que se elaboró un cuestionario con 16 ítems tipo likert para evaluar las historias clínicas. Se empleó el test de Man-Whitney para comparar las proporciones de los diferentes ítems cuando había más de 2 categorías y una Chi cuadrado para las variables dicotómicas.

Conclusiones. Este estudio ha servido para mejorar la calidad de las historias clínicas de los enfermos ingresados en la sección de Medicina Interna del Hospital de San Juan de Alicante, los datos preliminares hasta el momento actual así lo indican. Pensamos que por tanto hemos mejorado la calidad de la asistencia a nuestros enfermos

Tabla 1. (G-37).

Contenido valorado	Muy mal. Basal/final	Mal. Basal/final	Aceptable Basal/final	Bien. Basal/final	Muy bien. Basal/final
Legibilidad	4,5/0	0/6,4	27/19,1	18/23,4	50,5/51,1
Identificación del médico	24,3/8,5	10,8/4,3	0,9/2,1	2,7/17,0	61,3/68,1
Datos administrativos	32,4/19,1	53,2/66,0	2,7/4,3	2,7/10,6	
Motivo de Ingreso	11,7/0				88,3/100
Antecedentes personales	4,5/2,3	4,5/2,2	31,5/28,3	45,0/52,2	14,4/17,4
Hábitos vitales	25,2/22,2	24/8,9	18,9/13,3	13,5/17,8	20,7/37,8
Alergias	20,7/6,7				79,3/93,3
Tratamiento previo	19,8/8,7	2,7/6,5	2,7/4,3	36,9/32,6	37,8/47,8
Enfermedad actual	1,8/0	11,7/10,6	27,0/21,3	51,4/57,4	8,1/10,6
Exploración física	4,5/0	9,0/2,1	31,5/12,8	49,5/72,3	5,4/12,8
Juicio clínico	2,7/0	0,9/2,1	31,5/12,8	49,5/72,3	5,4/12,8
Indicación de pruebas solicitadas	5,4/8,5				94,6/91,5
Evolución	14,4/5,1		31,5/25,6		54,1/69,2
Indicación terapéutica completa y ordenada	0,9/2,6		1,8/0		97,3/100
Indicación terapéutica clara	0,9/2,6		5/10,5		91,5/86,8
Información a pacientes o familiares	72,1/76,1		18/1,7		9,0/2,2

y que ha sido instructivo para los estudiantes y residentes de nuestro servicio.

G-38 FIABILIDAD DE LA SOSPECHA DIAGNÓSTICA AL INGRESO

L. Arribas Pérez, M. Chimeno Viñas, G. García Benito, P. García Carbó, V. Vela García y E. Martínez
Servicio de Medicina Interna. Hospital Virgen de la Concha. Zamora.

Objetivos. En el momento actual es imprescindible realizar una adecuada gestión de los recursos sanitarios. Una correcta orientación diagnóstica al ingreso de los pacientes en el hospital disminuye los tiempos de espera para la realización de pruebas a los pacientes, evita las innecesarias o no procedentes y permite aplicar un correcto tratamiento desde el principio reduciéndose, por tanto, la estancia hospitalaria. Nuestro objetivo es conocer la situación actual a este respecto, en nuestro hospital

Material y métodos. Estudio observacional, transversal. Se revisaron los ingresos en la sección 4 de M. Interna de nuestro hospital durante un mes (escogido al azar). Fueron analizadas las variables: sospecha clínica al ingreso y diagnóstico principal al alta.

Resultados. 115 pacientes fueron ingresados en el período de estudio en nuestra Sección. Se objetivó concordancia entre ambos diagnósticos en el 34% de los diagnósticos y discrepancias en el 66% restante. Las concordancias correspondían a los siguientes diagnósticos: Infección respiratoria (30%), descompensación diabética (21%), ICC (19%), ACV (13%), otras infecciones (11%), intoxicaciones (4%), neoplasias (2%). Discrepancias diagnósticas fueron evidenciadas: Infección respiratoria (24%), fiebre (15%), ICC (11%), Anemia (10%), GEA (9%), pérdida de peso (6%), síncope (6%), hemorragia GI (5%), ACV (5%), celulitis (3%), Alzheimer (3%), endocarditis (1%), vértigo (1%), hematuria (1%).

Discusión. En numerosos casos no se realizan diagnósticos al ingreso sino que incluyen síntomas como si fueran diagnósticos. Por otra parte, para filiar la patología del paciente, muchas veces con poca orientación inicial, se realizan demasiadas pruebas complementarias y se demora el inicio de tratamiento específico.

Conclusiones. Sería conveniente realizar un mayor esfuerzo diagnóstico al ingreso aunque para ello sea preciso solicitar más pruebas diagnósticas en el Servicio de Urgencias.

mayores de 75 años. Distribución según la patología concomitante al ingreso: 86 casos hipertensión arterial, 48 diabetes mellitus, 28 fibrilación auricular, 24 cardiopatía estructural, 17 enfermedad pulmonar obstructiva crónica y 14 insuficiencia renal crónica. Datos ecográficos previos: 56 de los pacientes no disponían de datos ecocardiográficos, 27 pacientes tenían FEVI normal, 10 afectación leve, 2 moderada y 5 severa. Datos ecográficos durante el ingreso: No se realizó ecocardiograma en 53 pacientes, en 29 casos del global tenía una FEVI mayor o igual al 50% (27% mayores de 75 años). Clasificación NYHA: en 13 pacientes no constaba en la historia, 27 clase I, 37 clase II, 17 clase III y 6 clase IV. Factores precipitantes: 24 casos infección respiratoria, 21 arritmia cardíaca por fibrilación auricular, y 17 por isquemia cardíaca. Estacional: 32 ingresos en invierno, 15 primavera, 24 verano y 29 otoño. Evolución clínica: 7 pacientes requirieron traslado a hospital de crónicos para recuperación, 20 fueron éxitos. La estancia media fue de $12,02 \pm 8,796$ días (2-40 días). Tratamiento al alta: 93% de los pacientes recibió diuréticos, 55% inhibidores de enzima convertidora de angiotensina (IECAs), 27% antagonistas del calcio, 21% betabloqueantes, 17% antagonistas de receptores de angiotensina (ARA II); tratamiento combinado en 54% de los casos (dos o más de los anteriormente citados).

Discusión. El factor etiológico más frecuente es la HTA (superior al 85%), pero la patología concomitante que más ensombrece el pronóstico es la fibrilación auricular, observadas en más del 25% de los pacientes analizados. Las directrices de la sociedad americana de cardiología establece como fármacos de elección IECA o ARA II en estadio A (en nuestra muestra el 55% de los pacientes recibieron al alta IECAs y el 17% ARAII), añadiéndose betabloqueantes en estadio B (21% muestral), y diuréticos en el C (93% de nuestra muestra al alta).

Conclusiones. Las características de nuestra muestra se asemejan a las discretas en estudios previos en cuanto a prevalencia y patología concomitante. La utilización de IECAs y ARAII en nuestros pacientes es inferior a la que correspondería según los estadios de la enfermedad, siendo los diuréticos el fármaco de elección posiblemente por la clínica presentada por los pacientes en el momento del ingreso.

IC-2 EFECTO DE LA L-CARNITINA EN EL DAÑO CARDÍACO ASOCIADO A LA HIPERTENSIÓN ARTERIAL

T. Monserrat García¹, J. Miguel-Carrasco², A. Mate Barrero², J. Arias Jiménez¹, O. Aramburu Bodas¹ y C. Vázquez Cueto²

¹Servicio de Medicina Interna. Hospital Virgen Macarena. Sevilla. ²Dpto. de Fisiología. Facultad de Farmacia. Universidad de Sevilla. Sevilla.

Objetivos. La L-carnitina (LC) es un derivado aminoácido necesario en el transporte de ácidos grasos al interior de las mitocondrias, para su posterior oxidación y obtención de energía metabólica. Cada vez son más abundantes los estudios que muestran el uso terapéutico de la LC en las enfermedades cardiovasculares, aunque aún no está muy claro cuáles son sus mecanismos de acción. Con el presente trabajo pretendemos estudiar el efecto de la LC en el daño cardíaco que acompaña a la hipertensión arterial, ahondando en el conocimiento de su (s) mecanismos de acción, evaluando concretamente el papel del estrés oxidativo.

Material y métodos. Para realizar este estudio hemos usado ratas de la raza Wistar de peso aproximado de 250-300g, las cuales dividimos en cuatro grupos: 1) controles normotensas; 2) ratas tratadas con N-nitro-L-arginina metil ester (L-NAME) (35 mg/kg de peso corporal/día) para inducirle la hipertensión arterial; 3) ratas tratadas con LC (300 mg/kg de peso corporal/día) y 4) ratas tratadas con L-NAME más LC. Todos los tratamientos se mantuvieron durante 12 semanas. Para evaluar los efectos de la LC sobre la presión arterial, se han realizado medidas de presión arterial sistólica y diastólica tanto al inicio como al final del período experimental. Para ello, se ha empleado el método indirecto de oclusión en la cola, utilizando un medidor de presión NIPREM 645 (CIBERTEC). Las señales recogidas se tradujeron a través de un sistema de adquisición de datos acoplado al medidor de presión y con soporte informático. Una vez transcurridas las 12 semanas de tratamiento, las ratas se sacrifican y

INSUFICIENCIA CARDÍACA

IC-1 INSUFICIENCIA CARDÍACA: UNA PATOLOGÍA INFRALORADA

G. Pérez Vázquez¹, L. García Aragón¹, E. Iglesias Quirós¹, A. Gascón Mariño², P. Gracia Sánchez¹, M. Calpe Gil¹, L. Mouronval Morales¹ y R. Dolz Aspas¹

¹Servicio de Medicina Interna, ²Servicio de Nefrología. Hospital Obispo Polanco. Teruel.

Objetivos. El presente estudio tiene como objetivo la realización de un estudio descriptivo observacional de los pacientes ingresados en nuestro Servicio de Medicina Interna con insuficiencia cardíaca.

Material y métodos. Analizamos 101 historias clínicas de una muestra aleatoria seleccionada a partir de los pacientes ingresados con diagnóstico de sospecha de insuficiencia cardíaca, obtenidos mediante el programa HP Doctor, durante el año 2005, utilizando el programa SPSS 12.0 para realización del estudio estadístico.

Resultados. Analizamos una muestra de 100 pacientes ingresados por insuficiencia cardíaca. Distribución según sexo: 75 mujeres, 25 varones. Edad media: $79 \pm 9,9$ años (32-102 años), 80 pacientes

se procede a la extracción del corazón, aislando el ventrículo izquierdo y congelándolo a -70 °C para su posterior análisis. Una vez obtenido los homogeneizados de corazones, procedemos a la determinación de la actividad de las enzimas glutatión peroxidasa (GSH-Px), glutatión reductasa (GR) y superóxido dismutasa (SOD), así como la relación glutatión reducido/glutatión oxidado (GSH/GSSG).

Resultados. Al final del periodo experimental, el estudio de las presiones diastólica y sistólica muestra un aumento en ambas presiones en las ratas tratadas con L-NAME, con respecto a las normotensas controles. La administración diaria de 300 mg/kg peso corporal de LC durante 12 semanas, no modifica las presiones arteriales en las ratas normotensas. Sin embargo, el tratamiento crónico con LC disminuyó la presión arterial diastólica y la sistólica en las ratas con hipertensión arterial inducida por administración de L-NAME. Los estudios realizados sobre los homogeneizados de corazones de los cuatro grupos experimentales de ratas muestran una disminución en la actividad de la enzima GSH-Px y en la relación GSH/GSSG, en las ratas tratadas con L-NAME con respecto a las ratas controles normotensas, no existiendo, por el contrario, diferencias significativas ni en la actividad GR ni en la SOD. El tratamiento con LC en estas ratas, aumenta la actividad de las enzimas GSH-Px así como la relación GSH/GSSG, alcanzando en ambos casos valores aproximados a los obtenidos en las ratas normotensas controles. Por el contrario, la administración de LC no modifica los valores de estos parámetros en las ratas normotensas controles.

Conclusiones. Nuestros resultados muestran una reducción en los valores de presión arterial diastólica y sistólica en ratas con hipertensión establecida tras la administración crónica de LC. Además, se observa un efecto protector de la LC en el daño cardíaco oxidativo que acompaña a la hipertensión arterial, justificando el uso terapéutico coadyuvante de la LC en las enfermedades cardiovasculares.

**IC-3
EVALUACIÓN DE LA EFICACIA ASISTENCIAL DE UNA VÍA CLÍNICA PARA EL MANEJO DE LA INSUFICIENCIA CARDÍACA DESCOMPENSADA EN MEDICINA INTERNA**

I. Suárez García, N. Gabarró López, M. García Viejo, A. Lorenzo Hernández, M. Jaras Hernández, J. Nieto López-Guerrero, C. Navarro Gaspar y A. Noguero Asensio

Servicio de Medicina Interna. Hospital Cantoblanco. Madrid.

Objetivos. Evaluar la eficacia de una vía clínica para el manejo de pacientes ingresados por insuficiencia cardíaca (IC).

Material y métodos. Estudio observacional retrospectivo. Sujetos: pacientes ingresados por descompensación de IC en Medicina Interna. En el grupo de estudio los pacientes eran manejados según la vía clínica. En el grupo control los pacientes seguían el manejo habitual.

Resultados. Se incluyeron 129 pacientes (tabla 1). No hubo diferencias significativas entre ambos grupos en la proporción de pacientes con distintas enfermedades asociadas ni en cuanto al grado funcional de la NYHA. En el total de los pacientes incluidos, 6% tenían grado funcional I de la NYHA, 26% grado II, 26% grado III, 5% grado IV y 36% no registrado en la historia clínica. La proporción de pacientes con ecocardiograma realizado durante el ingreso.

o con ecocardiograma previo fue similar en los dos grupos (50% en el grupo de estudio vs 40% en el grupo control; $p = 0,292$). La mortalidad hospitalaria fue de un paciente en el grupo de estudio y 3 en el grupo control ($p = 0,432$). La estancia media hospitalaria, y la evolución clínica se muestran en la tabla 2. La prescripción de IECA al alta se muestra en la tabla 3. No hubo diferencias en el uso adecuado de IECA entre ambos grupos ($p = 0,101$).

Tabla 1. Características clínicas (IC-3).

	Vía clínica n = 57	Control n = 72	p
Edad (años, SD)	82,5 (1,0)	83,8 (0,9)	0,353
Sexo (mujeres,%)	46 (81%)	53 (74%)	0,344
FEVI	51%	52,9%	0,647

Tabla 2. Estancia media y evolución (IC-3).

	Vía clínica n = 56	Control n = 69	p
Estancia media (días, SD)	10,8 (0,6)	11,5 (0,7)	0,483
Reingreso (n, %)	3 (5%)	12 (17%)	0,039
Éxito 30 días (n, %)	1 (2%)	2 (3%)	0,686

Tabla 3. Prescripción de IECA al alta (IC-3).

	Vía clínica n = 56	Control n = 69	Total n = 115
Prescritos	41 (73%)	44 (64%)	85 (68%)
Contraindicados	3 (5%)	6 (9%)	9 (7%)
No prescritos	12 (21%)	19 (27%)	31 (25%)

Conclusiones. En nuestro medio (pacientes de edad avanzada y alta comorbilidad asociada), la vía clínica para el manejo de IC descompensada no mostró diferencias respecto al manejo clínico habitual en términos de estancia media, mortalidad hospitalaria o mortalidad a los 30 días. Tampoco mostró diferencias en cuanto al uso de ecocardiograma o la prescripción adecuada de IECA.

**IC-4
IMPACTO DE LAS NUEVAS TECNOLOGÍAS EN LA ATENCIÓN DEL PACIENTE CON INSUFICIENCIA CARDÍACA (IC)**
N. Galofré¹, L. San Vicente², J. González-Ares³, D. Fuster¹, E. Gálvez⁴, L. Ortega⁴, M. Altimira⁴ y A. De Luis¹

¹Servicio de Medicina Interna, ²Servicio de Cardiología, ³Servicio de Epidemiología, ⁴Enfermería. Hospital Municipal de Badalona. Badalona, Barcelona.

Objetivos. Evaluar como la mejora de la comunicación entre los distintos niveles asistenciales, basada en la historia clínica informatizada y con acceso on-line a la información de un equipo multidisciplinar, repercute de manera favorable en la atención del paciente con IC.

Material y métodos. Estudio observacional post-intervención (F II). Se registraron todos los pacientes ingresados de forma consecutiva (octubre-2005/octubre-2006) en un Hospital General Básico con una población de referencia de 120.000 habitantes. Intervención: utilización de la historia clínica informatizada y otras opciones de "software" que permiten la comunicación entre los equipos de atención hospitalaria, primaria, domiciliaria y centro socio-sanitario adscritos a dicha población. Se introdujo la figura de la enfermera gestora de casos quien coordina la atención socio-sanitaria al alta. Las variables fundamentales recogidas fueron: datos epidemiológicos, sociológicos, comorbilidad, clase funcional para disnea, estancia media, mortalidad, diagnóstico cardiológico, tratamiento médico, intervención socio-sanitaria, control al alta y reingreso precoz (inferior a 30 días). Se comparan estos resultados con los obtenidos en otro estudio observacional (FI), realizado en el año 2000, con una muestra de 204 pacientes de características epidemiológicas, de comorbilidad, clase funcional y cardiopatía sin diferencias estadísticamente significativas, que fueron atendidos por el mismo equipo asistencial, sin el soporte tecnológico actual. Se realizó un análisis estadístico univariante y bivariante con test de Chi cuadrado para variables cualitativas y al T de Student para variables cuantitativas.

Resultados. Se incluyeron 200 pacientes con una edad media de 79 ± 9,7 años, 127 mujeres (63,5%) y 73 hombres (36,5%). El 72,5% (145) tenían un índice de Barthel superior a 75. El 58% (116) de los pacientes estaban en clase funcional II-III. La comorbilidad registrada fue la siguiente: HTA (71%); diabetes (36,5%); EPOC (30,5%) e insuficiencia renal (21,2%). Los diagnósticos cardiológicos más frecuentes: cardiopatía valvular (22,8%); isquémica (21,2%); hipertensiva (20,2%) y dilatada (19,7%). Se precisó intervención social que fue resolutive en el 11,5% (23). El control al alta fue: 10,5% atención domiciliaria, 4% atención en centro socio-sanitario; 24,5% atención primaria; 5% control enfermería hospitalaria; 46% consultas hospitalarias. Los resultados más importantes del análisis comparativo entre los 2 estudios (FI-FII) se muestran en la tabla 1.

Conclusiones. 1) Los cambios organizativos y la aplicación de las nuevas tecnologías en el trabajo asistencial han mejorado los resulta-

dos clínicos en la atención del paciente con IC. 2) Se ha reducido de forma remarcable la estancia media hospitalaria. 3) Se ha disminuido en un 40,75% el reingreso precoz. 4) Se ha observado una mejora significativa en la implementación del tratamiento médico con BB y espironolactona.

Tabla 1. Análisis comparativo (IC-4).

	Estudio I	Estudio II	p
Estancia media (días)	10	9,05	NS
Mortalidad (%)	12,6	7,5	NS
Tto. BB (%)	3,9	25,5	0,000
Tto. espironolactona (%)	6,8	15	0,01
Tto. IECA-ARA II (%)	57,7	61	NS
Reingreso precoz (%)	14,9	8,6	NS

IC-5

UTILIDAD DEL NT-PROBNP EN LA INSUFICIENCIA CARDÍACA MANEJADA DE FORMA AMBULATORIA J. Casado Cerrada, J. Herrero Martínez y C. Suarez Fernández

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

Objetivos. Evaluar la utilidad del NT-proBNP en pacientes con Insuficiencia Cardíaca Crónica que son manejados de manera ambulatoria, estableciendo un punto de corte óptimo para determinar que pacientes tienen más riesgo de descompensaciones a corto plazo.

Material y métodos. Estudio prospectivo de pacientes seguidos en las consultas externas de Medicina Interna cuyo diagnóstico principal era la IC y que habían precisado de al menos un ingreso hospitalario por dicho motivo en el año previo. Se establecieron visitas trimestrales durante un año, evaluando los niveles de NT-proBNP y la situación clínica mediante clase funcional de New York Heart Association (NYHA). Se evaluó el pronóstico según puntos de corte de NT-proBNP utilizados hasta ahora para diagnosticar la IC como origen de disnea aguda (mayor de 1800 pg/ml en mayores de 75 años y mayor de 900 pg/ml entre 50-75 años). La utilidad de un punto de corte óptimo para el NT-proBNP, cogiendo como variable de referencia el precisar reingreso hospitalario por IC o necesidad de acudir a urgencias se determinó mediante el uso de curvas características de operación del receptor (ROC) y la determinación del área bajo la curva y los intervalos de confianza del 95% (IC del 95%).

Resultados. Se evaluaron cincuenta y nueve pacientes. El 12% de ellos precisó reingreso hospitalario por IC descompensada y el 17% tuvo que acudir urgencias por el mismo motivo. En todas las visitas se obtuvo una correlación positiva entre el Nt-proBNP y NYHA ($p < 0,001$). La media del NTproBNP a lo largo del seguimiento se mostró más elevada en aquellos pacientes que precisaron reingreso hospitalario (6660 + 7762 pg/ml vs 1377 + 2106 pg/ml; $p = 0,004$), en los que acudieron a urgencias por descompensación (5154 + 6790 pg/ml vs 1360,5 + 2167 pg/ml; $p = 0,002$) y en los que fallecieron (6574 + 3650 pg/ml vs 1759 + 3483 pg/ml; p no significativa). Cuando se utilizan puntos de corte establecidos para diagnóstico de disnea agua atribuida a ICC se objetiva como pacientes con niveles superiores a dicho punto de corte tienen más riesgo de reingresar, acudir a urgencias o fallecer. El NTproBNP obtuvo un área bajo la curva ROC de 0,85 (IC del 95% 0,73-0,93) cogiendo como variable el reingresar o acudir a urgencias a lo largo del estudio. El valor de corte óptimo fue 1187 pg/ml, alcanzando una sensibilidad del 100% y una especificidad del 71,4%.

Discusión. La utilidad del NT-proBNP hasta el momento está demostrada en el diagnóstico diferencial de la disnea aguda en Urgencias así como el pronóstico tras ingreso hospitalario por Insuficiencia Cardíaca. Su utilidad en pacientes con Insuficiencia Cardíaca crónica seguidos de manera ambulatoria está pobremente establecida. Se utilizan diferentes puntos de corte en función de la edad para evaluar si la disnea aguda se puede atribuir a la Insuficiencia Cardíaca. Sin embargo no existen puntos de corte que evalúen el pronóstico de los pacientes seguidos en consultas.

Conclusiones. El NT-proBNP puede resultar de utilidad cuando se emplea en el ámbito de la IC crónica que es seguida de forma ambu-

latoria, ya que presenta una buena correlación con la clase funcional de la NYHA y ofrece información del pronóstico a corto plazo, estando más elevado en aquellos pacientes que presentan más riesgo de descompensaciones.

IC-6

FACTORES EPIDEMIOLÓGICOS ASOCIADOS A LA IC CON DISFUNCIÓN SISTÓLICA

M. Pazo Núñez, A. Hemida Ameijeiras, F. Lado Lado, R. De la fuente Cid, L. Fernández Hernández e I. Rodríguez López

Servicio de Medicina Interna. Complejo Hospitalario Universitario de Santiago. Santiago de Compostela, A Coruña.

Objetivos. La insuficiencia cardíaca (IC) es una entidad de incidencia y prevalencia ascendente. La mayor parte de evidencia científica concerniente a la IC se basa en estudios realizados en cardiopatías con disfunción sistólica. Conocer los aspectos epidemiológicos de este subgrupo de cardiopatías en una cohorte de pacientes hospitalizados es el principal objetivo del presente estudio.

Material y métodos. Se trata de un estudio observacional y prospectivo. Se seleccionaron aleatoriamente 209 pacientes ingresados por IC en el servicio de Medicina Interna del CHUS, recogiendo variables relacionadas con aspectos epidemiológicos, antecedentes clínicos, cardiopatía estructural, condicionantes, tratamientos y seguimiento durante el ingreso. Para el análisis estadístico se utilizó el programa SPSS (versión 11,0) utilizando la T-Student para muestras independientes y Chi-cuadrado para variables cualitativas, considerando significación estadística $p < 0,05$ y un intervalo de confianza del 95%, aplicando el test exacto de Fischer o de Mc Nemar donde corresponda para el cálculo previo del riesgo relativo.

Resultados. De los 209 pacientes del estudio, 60 (30,6%) no presentaban estudio ecocardiográfico ni angiográfico reciente, por lo que fue imposible la estimación de la fracción de eyección del VI. Del resto, el 71,7% (N: 104) presentaban una FEVI > 50%, por lo que nuestro estudio se focalizó en los 41 pacientes restantes (28,3%). Tras asegurarnos de la distribución normal de las muestras no se objetivaron diferencias estadísticamente significativas en relación con la FEVI con respecto a la estancia hospitalaria media ni con la mortalidad, con hipertensión arterial, diabetes mellitus, dislipemia o ingresos múltiples en el último año. En relación con los factores precipitantes que motivaron el ingreso, la infección respiratoria fue el principal causante, 60% con FEVI disminuida (47,6% con FEVI normal); seguido del síndrome anémico con un 20% (un 19%); las arritmias no controladas representaron un 10% (9,5%); la cardiopatía isquémica representó un 10% (frente al 5,7%); el mal control tensional un 2,5% (frente al 2,9%); el tratamiento insuficiente un 10% (2,9%) y finalmente se objetivó un 1,9% con FEVI normal cuyo factor precipitante fue el estrés emocional. El análisis comparativo de la etiología de la cardiopatía según fracción de eyección revela que existen diferencias estadísticamente significativas con respecto a la cardiopatía isquémica con un 52,5% (frente al 25,7%) (RR: 1,43; IC 95%: 1,09-1,86); así como con la miocardiopatía dilatada con un 10% (frente al 1%; RR: 3,71; IC 95%: 0,6-21,4). No se apreciaron diferencias significativas en relación con otros factores etiológicos: HTA 60% (47,6%); valvulopatías 35% (53,3%); cor pulmonale 10% (19%); tóxicos 2,5% (ningún caso en pacientes con FEVI normal) y finalmente un 2,9% de etiología desconocida en pacientes con función sistólica conservada. En relación con los tratamientos tras el alta, el 44,7% de los pacientes recibieron IECAs y un 27,3% ARA-II, no habiéndose observado ningún tratamiento combinado. Los betabloqueantes fueron prescritos en un 21% de los pacientes y la espironolactona en un 21,2% de ellos. En general los diuréticos se utilizaron en 86,8% de los pacientes.

Conclusiones. La IC sigue siendo una entidad prevalente en nuestro medio y conlleva alto riesgo de morbimortalidad. Llama nuestra atención que un tercio de pacientes no posean estudio ecocardiográfico reciente que permita conocer tanto factores etiopatológicos de la cardiopatía como el estadio evolutivo de la misma. La cardiopatía con disfunción sistólica representó en nuestra muestra aproximadamente un tercio de los pacientes lo que pone de manifiesto la creciente importancia que cobra la cardiopatía con función sistólica conservada. Como cabría esperar, la cardiopatía isquémica y la miocar-

diopatía dilatada son las principales responsables de la disfunción sistólica y la infección respiratoria es el principal factor desencadenante de la descompensación. Se observa un incremento en el uso de betabloqueantes, y llama la atención un incremento del uso de ARA-II en pacientes con función sistólica conservada. Si bien tras el alta casi un tercio de los pacientes no presentan bloqueantes de eje renin-angiotensina entre sus tratamientos.

**IC-7
IMPLANTACIÓN DE UN SISTEMA DE CALIDAD PARA TRATAMIENTO Y SEGUIMIENTO DE PACIENTES CON INSUFICIENCIA CARDÍACA**

A. Flamarique Pascual, B. Sierra Bergua, M. Sánchez Marteles, F. Ruiz Ruiz, A. Cecilio Irazola, J. Navarro Calzada, M. Callejo Plazas y F. Ruiz Laiglesia
Servicio de Medicina Interna. Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa. Zaragoza.

Objetivos. Valorar si la implantación de una serie de medidas (aplicación de guías de práctica clínica, ofrecer la posibilidad de un seguimiento en una consulta específica ...) mejora la morbimortalidad de los pacientes que ingresan en un servicio de medicina interna con el diagnóstico de insuficiencia cardíaca (IC).

Material y métodos. Se realizó un seguimiento de los pacientes que ingresan con el diagnóstico de IC en nuestro servicio durante 1 año valorando los reingresos y la mortalidad al año. Se usó como grupo de control los pacientes con el mismo diagnóstico en el año previo. se ofertó la posibilidad de seguimiento de los pacientes a sus médico de atención primaria estableciendo un formato de comunicación a través de carta y correo electrónico. Para la recogida de los datos se ha empleado la base de datos del entorno Windows Access 2003 y para la evaluación el programa estadístico SPSS 11,5 y la prueba T de Student para comparar los grupos así como la prueba de Chi-cuadrado para valorar parámetros de calidad en IC.

Resultados. No se observan diferencias estadísticamente significativas ($p > 0,05$) tanto en el número de reingresos como en la mortalidad por IC. En los resultados de proceso como es la realización de ecocardiogramas en todo paciente con el diagnóstico de IC se observan diferencias estadísticamente significativas en el grupo de seguimiento con una $p < 0,00$.

Discusión. Diversos estudios previos demuestran que el seguimiento de los pacientes con IC parece que reduce la morbimortalidad y mejora la calidad de vida de estos pacientes. En nuestro estudio los datos no son estadísticamente significativos. Creemos que es debido a diversos factores: La dispersión de la población en nuestro área de referencia siendo además de ámbito rural, la dificultad en las vías de comunicación con los médicos de Atención Primaria... Sin embargo la aplicación del programa ha demostrado una mejor aplicación de los guías clínicas en nuestros pacientes en comparación al grupo control. La mejora en los puntos de conflicto en años sucesivos probablemente nos permiten obtener resultados significativos en los end-points más duros (reingresos y mortalidad al año).

Conclusiones. Escasa respuesta de los médicos de Atención Primaria No hay diferencias en el número de reingresos y en la mortalidad al año entre el grupo de seguimiento y el de control Hay diferencias en resultados de proceso como es la realización de ecocardiogramas y en el seguimiento de los guías clínicas.

Tabla 1. Número de reingresos (IC-7).

N	Media	Desviación típica	Error típico de la media
95	0,62	0,925	0,095
70	0,60	0,969	0,116

Tabla 2. Prueba T número de reingresos (IC-7).

	F	Sig.	t	gl	Sig. (bilateral)	Dif. de medias
Se han asumido varianzas iguales	0,008	0,929	0,142	163	0,888	0,02
No se han asumido varianzas iguales			0,141	144,789	0,888	0,02

**IC-8
ESTUDIO COMPARATIVO DEL PERFIL CLÍNICO EN PACIENTES CON INSUFICIENCIA CARDÍACA Y FEVI PRESERVADA**

F. Carrasco Sánchez, I. Páez Rubio J. González Nieto, J. Rodríguez Sánchez, M. Franco Huerta y C. Borrachero Garro

Unidad de Gestión Clínica Medicina Interna. Área Hospitalaria Juan Ramón Jiménez. Huelva.

Objetivos. En relación con la importancia y el protagonismo que ha alcanzado la IC con FEVI preservada, nos planteamos conocer la evolución del perfil clínico de estos pacientes, así como descubrir algún cambio en nuestra práctica clínica.

Material y métodos. Estudiamos una serie de 40 pacientes con clínica de agudización de IC durante los meses de marzo y abril de 2007 con FEVI > 50%. Se asignaron dos controles por cada caso obtenidos de forma aleatoria de una serie de 215 pacientes ingresados por agudización de IC durante el año 2005, previamente se excluyeron los enfermos con disfunción sistólica. Tras la descripción de los grupos se formula una hipótesis de igualdad para las medias mediante una t-Student y para las proporciones un test χ^2 .

Resultados. Para el grupo de 2007 la edad media fue de 73,78 años (DS 7,24) vs 73,71 años (SD 7,88), la estancia media fue 9,88 días (SD 6,37) vs 12,04 (SD 6,96), índice de comorbilidad de Charlson Me 4 (2-8) vs Me 4 (1-9). Ninguna de estas variables demostró diferencias en sus medias aunque la estancia se acercó $p 0,093$. Respecto a las proporciones ver tablas adjuntas. La mortalidad fue idéntica, un paciente en el grupo de 2007 y dos en el 2005. La etiología más frecuente de la IC fue la cardiopatía hipertensiva (52,5% vs 41,3%) sin diferencias significativas. En la clase funcional de los pacientes tampoco se encontraron diferencias.

Discusión. Aunque el perfil clínico de nuestros pacientes no ha cambiado, parece que nuestra estancia media ha mejorado. Hemos introducido el uso rutinario de la determinación del NT-proBNP. Llama la atención la severa asimetría en la anemia que no podemos explicarla. También es interesante valorar el mayor uso de betabloqueantes.

Conclusiones. Nuestros pacientes mantienen un mismo perfil clínico y comorbilidad, mejorando en nuestra estancia media y añadiendo a nuestra práctica clínica la determinación de NT-proBNP. En el tratamiento mayor uso de bbloqueantes.

Tabla 1. χ^2 (IC-8).

	2007	2005	χ^2
Mujer	62,5%	60,0%	NS
Anemia	60,0%	36,3%	0,014
I. renal	27,5%	25,0%	NS
HTA	87,5%	78,8%	NS
DM	50,0%	43,8	NS
HC	40,0%	38,8%	NS
FA	87,5%	52,5%	NS
AI > 40	50,0%	75,0%	NS
proBNP	82,5%	5,0%	0,000
diureticos	82,5%	90,0%	NS
BB	60,0%	36,5%	0,014
IECAS	67,5%	55,0%	NS
ARA II	12,5%	26,3%	0,085
AAS	47,5%	45,0%	NS
ACO	57,5%	42,5%	NS

IC-9

MARCADORES DE NECROSIS EN LA INSUFICIENCIA CARDÍACA Y SU RELACIÓN CON LA ANEMIA

E. Guisado Espartero¹, P. Salamanca Bautista¹, T. Lamas Martínez¹, B. García Casado¹, J. Santamaría González¹, J. Arias Jiménez¹, J. Martín Ruiz² y R. Pérez Cano¹

¹Servicio de Medicina Interna B, ²Servicio de Bioquímica de Urgencias. Hospital Virgen Macarena. Sevilla.

Objetivos. 1) Valorar la relación entre marcadores de necrosis (Troponina T) y anemia en la insuficiencia cardíaca. 2) Analizar la relación del grado de anemia y los valores de TnT con los días de estancia hospitalaria. 3) Estudiar la relación entre fracción de eyección, anemia y marcadores de necrosis.

Material y métodos. Se incluyeron 60 pacientes que ingresaron por Insuficiencia cardíaca descompensada en nuestro hospital y se recogieron la edad, sexo, clase de NYHA, fracción de eyección (FE) y los días de estancia hospitalaria y se midieron la hemoglobina (Hb) y troponina T (TnT) al ingreso. Se definió la anemia según los criterios de la OMS, mujeres Hb < 12 g/dl y hombres Hb < 13 g/dl. Consideramos TnT elevada si > = 0,02 y FE conservada si > 45. Se analizaron los datos mediante el programa SPSS versión 12.0.

Resultados. Los pacientes tenían una edad media de 73,58 ± 10.14 años, el 55% tenían anemia, el 50% eran varones, el 60,8% tenían FE disminuida y el 62,1% tenían NYHA IV y el resto clase III. Los pacientes con valores de TnT más altos tienen Hb al ingreso más baja (r = -0.24, p = 0,056). Los pacientes con anemia tienen TnT > 0,02 con más frecuencia que los pacientes sin anemia (54,5% vs 25,9%, p = 0,02). Cuanto mayor TnT y menor Hb, los pacientes tienen una estancia hospitalaria superior (r = 0,41, p = 0,002; r = -0,32, p = 0,01; respectivamente). Los pacientes con mayor FE tienen TnT más bajas (r = -0.28, p = 0,04). En nuestro estudio no existe correlación significativa entre la FE y la Hb (p = 0.16). El 45% de los pacientes con FE disminuida tienen anemia frente al 67,7% de los pacientes con FE conservada (p = 0.10). El 50% de los pacientes con FE disminuida tienen TnT > 0,02 frente al 35,5% de los pacientes con FE conservada (p = 0,30). En el grupo con FE disminuida, el 66,7% de los que tienen anemia tienen TnT > 0,02 frente al 36,4% de los pacientes sin anemia (p = 0,37). En el grupo con FE conservada, el 47,6% de los que tienen anemia tienen TnT > 0,02 frente al 10% de los que no la tienen (p = 0,05).

Discusión. Se han realizado numerosos estudios sobre anemia y sobre marcadores de daño miocárdico (TnT) en la Insuficiencia cardíaca (IC), pero no se ha estudiado específicamente la relación entre ambos. En nuestro estudio vemos que los pacientes con anemia tienen TnT elevada más frecuentemente que los que no la tienen y que cuanto mayor es la anemia, mayores son los niveles de TnT probablemente porque en los pacientes con IC y anemia se produce isquemia miocárdica crónica, elevándose los niveles de TnT. Cuanto mayores son los niveles de TnT y la anemia, mayor es la estancia hospitalaria. La anemia y la TnT elevada son marcadores de peor pronóstico en la IC, lo que justificaría que la estancia hospitalaria fuera mayor. Hay una tendencia tanto en los pacientes con FE conservada como FE disminuida que tienen anemia a tener TnT elevada y a que en los que no tienen anemia, la TnT no sea elevada. Hemos encontrado una baja correlación lineal inversa entre el valor de la FE y la TnT, no pudiendo demostrar relación entre FE y nivel de Hb y entre disfunción sistólica y la presencia de anemia o TnT elevada.

Conclusiones. 1) Los pacientes con IC y anemia tienen TnT significativamente más elevada que los que no tienen anemia. 2) Cuanto mayor es la anemia, mayor es el valor de la TnT. 3) Los pacientes con mayor anemia y valor de TnT tienen una estancia hospitalaria superior. 4) No hemos visto una relación clara entre FE conservada o deprimida y anemia y/o TnT. 5) Son necesarios estudios con mayor número de pacientes, con otros marcadores de necrosis y con seguimiento de los valores de TnT y anemia para ver el valor pronóstico. 6) Se podrían establecer grupos de riesgo en función del grado de anemia y de los valores de TnT, con los que tendríamos que emplear tratamientos más intensivos.

IC-10

HIPOVITAMINOSIS D EN RELACIÓN CON AUSENCIA DE EXPOSICIÓN SOLAR PROLONGADA EN PAÍSES DEL ÁREA MEDITERRÁNEA, HIPOCALCEMIA SECUNDARIA Y SU RELACIÓN CON INSUFICIENCIA CARDÍACA CONGESTIVA REVERSIBLE; A PROPÓSITO DE 3 CASOS

M. Toribio Vicente¹ y N. Aguado Lázaro²

¹Servicio de Nefrología, ²Servicio de Medicina Familiar y Comunitaria. Hospital Universitario Puerta de Hierro. Madrid.

Objetivos. Demostrar la relación entre la falta de exposición a la luz Ultravioleta y la hipocalcemia por déficit de síntesis de vitamina D, en ausencia de otras causas. Valorar la presencia de Insuficiencia Cardíaca Congestiva (ICC) en relación con la hipocalcemia secundaria a hipovitaminosis D como causa potencialmente reversible de la misma.

Material y métodos. Se tomaron 4 pacientes con calcemia menor a 8,5 mg/dl, y que habían ingresado en Medicina Interna por clínica de ICC. Referían ausencia total de exposición a la luz solar de entre 2 y 5 años por distintos motivos: por déficit motor severo (vida cama-sillón), sin exposición alguna a la luz solar (3 casos); por síndrome depresivo crónico (1 caso). Ninguno presentaba datos de otras posibles causas de hipocalcemia de forma concomitante, a excepción de uno de ellos, que presentaba una insuficiencia renal crónica avanzada (Ccr < 15), motivo por el cual fue excluido del estudio. Los 3 pacientes incluidos habían acudido a nuestro Servicio de Urgencias por clínica de ICC (aumento disnea habitual, disnea paroxística nocturna, ortopnea, disminución de la diuresis y edema de miembros inferiores), y a la exploración física presentaban aumento de la presión venosa yugular, crepitantes bibasales y edema con fóvea; radiografía simple de tórax con cardiomegalia con signos de redistribución vascular y/o pinzamiento de senos costofrénicos y ausencia de datos de infección, por lo cual se decidió su ingreso para completar estudio y tratamiento. Durante su estancia se pidió NTproBNP, Ca sérico, y dados los hallazgos se amplió el estudio con PTH, vit D, Ca iónico, P y Mg, además de ECG, ecocardiografía y seguimiento radiológico.

Resultados. Ver tabla.

Discusión. La luz solar actúa favoreciendo la absorción intestinal del calcio de la dieta, activando la vit D. En el organismo se mantiene la homeostasis por acción de la vit D y la PTH en hueso y riñón: La PTH es hipercalcemiantes y fosfatúrica, y la vit D aumenta el Ca y P. Dado que el Ca es necesario para la contracción muscular, su déficit puede ser una causa reversible de ICC.

Conclusiones. El déficit de vit D es frecuente (osteomalacia), y si es severo produce hipocalcemia, que se asocia a patología ósea e ICC por disminución de la contractilidad. Debe sospecharse en ancianos hospitalizados con múltiples ingresos y escasa exposición solar.

Tabla 1. Resultados (IC-10).

	PTE 1	PTE 2	PTE 3	Normal
Ca	6,3	5,7	7	8,7-10,5
Ca iónico	4,2	3,13	4,4	4,5-5,3
PTH	302	83,6	273	12-72
25-OH	18,8	13,4	19,1	20-200
P	4,6	3,6	3,4	2,5-4,5
Mg	0,56	0,23	0,9	0,6-1,1
Rx	Osteoporosis	Osteoporosis	Osteoporosis	
Ecocardio	FEVI = 40%	FEVI = 55%	FEVI = 35%	

IC-11

TENDENCIAS SECULARES EN LA DEMOGRAFÍA DE LOS PACIENTES INGRESADOS CON INSUFICIENCIA CARDÍACA EN GALICIA

J. Montes-Santiago¹, M. Lado Castro-Rial¹, G. Rey García² y A. Mediero Domínguez²

¹Servicio de Medicina Interna, ²Documentación Clínica. Hospital do Meixoeiro. Vigo, Pontevedra.

Objetivos. Determinar si las características demográficas y el pronóstico de los ingresos por insuficiencia cardíaca (IC) se han modificado a lo largo del tiempo ("secular trends") en Galicia.

Material y métodos. Se han analizado las características demográficas y de mortalidad por IC en Galicia durante el período 1995-2006. Para ellos se contabilizaron anualmente todas las altas por IC (Código CIE 9MC: 428,0) en los Hospitales del Servicio Gallego de Salud (SERGAS). **Resultados.** Se ha observado un cambio demográfico importante entre el inicio y el fin del período considerado. Se evidencia un incremento global de las altas en un 50% [de 3.189 (1995) a 4.768 (2006)]. El porcentaje de pacientes con IC > 75 años se incrementó del 54 al 67%, lo cual traduce un incremento absoluto del 80%. El porcentaje global de mujeres con IC no se modificó (media global del 49%), pero en pacientes con IC > 75 años estas constituyeron el 57% de los casos. La letalidad anual en los ingresos por IC no se modificó de forma apreciable durante todo el período considerado (Global: 10,4% (IC95%: 10,1-10,7); rango: 9,9-11,0). Sin embargo, globalmente se apreció mayor letalidad por IC en mujeres [Mujeres: 11,3% (IC95%: 10,9-11,7); Varones: 9,5% (IC95%: 9,2-9,9)]. En > 75 años, la letalidad por IC fue mayor pero la diferencia entre sexos no fue significativa [Mujeres: 13,3%, (IC95%: 12,8-13,8); Varones: 12,7% (IC95%: 12,1-13,2)].

Discusión. Se evidencia un aumento progresivo de hospitalizaciones por IC, fundamentalmente en el grupo > 75 años. En este grupo etario existe predominio de las mujeres. Existe un incremento de la letalidad por IC en relación con la más avanzada edad, aunque en > 75 años no hubo diferencias significativas de letalidad entre sexos.

Conclusiones. Existe una tendencia creciente a la hospitalización por IC. Los pacientes son cada vez más ancianos, predominando las mujeres en este grupo de edad. La letalidad por ingreso en la IC no ha sufrido variaciones en el período considerado, en probalbe relación con la mayor mortalidad observada en edades más avanzadas.

IC-12 INSUFICIENCIA CARDÍACA EN PACIENTES PLURIPATOLÓGICOS

R. Dolz Aspas¹, G. Pérez Vázquez¹, L. García Aragón², A. Fernández Alemán¹, L. Mouronval Morales¹, M. Calpe Gil¹ y P. Gracia Sánchez¹

¹Servicio de Medicina Interna, ²Servicio de Medicina Familiar y comunitaria. Hospital Obispo Polanco. Teruel.

Objetivos. La insuficiencia cardíaca, al igual que otras patologías crónicas, es una enfermedad cuya prevalencia aumenta con la edad, pacientes ancianos con múltiples patologías, que condicionan tanto el curso clínico, como el tratamiento y evolución de los pacientes. En la práctica clínica diaria más del 30% de los enfermos con insuficiencia cardíaca presentan patologías asociadas como Diabetes Mellitus, EPOC, hipertensión arterial o disfunción renal. Conocer las características clínicas de los pacientes ingresados en nuestro entorno por descompensación de su insuficiencia cardíaca y la comorbilidad asociada en este tipo de pacientes.

Material y métodos. Analizamos 310 historias clínicas de una muestra aleatoria de 1983 pacientes ingresados durante el año 2005 en el servicio de Medicina Interna del Hospital Obispo Polanco de Teruel. **Resultados.** De los 310 pacientes estudiados un 54,2% (n = 168) fueron considerados pluripatológicos (presentaban más de 2 enfermedades crónicas distribuidas dentro de siete posibles categorías definidas por un panel de expertos). De estos pacientes un 74,4% (n = 125) presentaron la categoría clínica de insuficiencia cardíaca o cardiopatía isquémica. Fueron un 10,32% (n = 32) los pacientes que ingresaron por descompensación de su insuficiencia cardíaca, un 50% de ellos con pluripatología asociada. La edad media fue de 80,19 (SD 10,84) en los pacientes pluripatológicos, el 37,5% (n = 6) eran mujeres, la estancia media fue de 12,47 días (SD 5,012) y la tasa de mortalidad del 6,3%. No mostraron una diferencia significativa con los pacientes no pluripatológicos con una edad media de 79,67 años (DS 7,56), el 62,5% (n = 10) eran mujeres, una estancia media de 12,83 días (SD 4,75) y una mortalidad de 12,5% (n = 2). Al alta un 62,5%, 10 de los pacientes no pluripatológicos pasaron a ser considerados como tales.

Conclusiones. La presencia de insuficiencia cardíaca crónica entre los pacientes pluripatológicos en nuestra muestra es superior al 70%. Un porcentaje elevado de los pacientes atendidos por descompensación de insuficiencia cardíaca presentaron pluripatología, posiblemente determinado por una elevada edad media de los pacientes. No observamos diferencias significativas entre pacientes con o sin pluripatología.

IC-13

LA ECOGRAFÍA ABDOMINAL COMO APOYO AL MANEJO DE LA INSUFICIENCIA CARDÍACA EN PACIENTES PLURIPATOLÓGICOS

J. Ramos Cortés, M. Arenas Mir, P. Baños Piñero, F. Nebrera Navarro, F. Jarilla Fernández y A. Fernández Martínez

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

Objetivos. Analizar las características clínicas y los resultados de pruebas complementarias, incluyendo la ecografía abdominal, realizadas a un grupo de pacientes pluripatológicos ingresados en nuestro Servicio que tenían como diagnóstico primario o secundario el de insuficiencia cardíaca (IC).

Material y métodos. Se estudian los datos clínicos, diagnósticos al alta y resultados de radiología convencional (RX), electrocardiograma (ECG), ecocardiografía (Eco-CG) y ecografía abdominal (Eco) de 50 pacientes ingresados consecutivamente en nuestro Servicio con diagnóstico principal o secundario de IC, al menos en grado II de la NYHA. A todos ellos se les realizó ecografía abdominal protocolizada en la Unidad de Ecografía de nuestro Servicio conjuntamente por dos observadores, con un aparato GE Medical Systems modelo Logiq 400, utilizando una sonda tipo C386 de 3,5 MHz.

Resultados. La edad media de los pacientes era de 79,62 años; el 68% eran mujeres y presentaban una media de 8,46 diagnósticos al alta. Además de insuficiencia cardíaca, entre sus diagnósticos secundarios el 62% eran hipertensos, 46% diabéticos, 42% tenía alguna forma de insuficiencia renal, 36% estaban afectos de proceso respiratorio crónico y 14% de ellos presentaban anemia durante su estancia. El 72% de estos pacientes se encontraba en grado II NYHA, el 24% en grado III y el 4% en grado IV. En la RX había cardiomegalia en un 64%, en el ECG había FA en un 38% y en el Eco-CG había un 54% de pacientes con hipertrofia de ventrículo izquierdo, con un 74% de pacientes con fracción de eyección de ventrículo izquierdo normal. Los hallazgos ecográficos fueron los siguientes: derrame pleural uni- o bilateral en 26 pacientes (52%), dilatación franca de venas suprahepáticas en 11 (22%), hepatomegalia en 9 (18%) y ascitis moderada a importante en 6 (12%). A destacar como dato de relevancia clínica que la ecografía confirmó la presencia de derrame pleural tanto en los casos con ocupación de senos costofrénicos o derrame pleural evidente, como en algunos que resultaban dudosos inicialmente para la RX. La demostración ecográfica del hígado de estasis cardial confirmó o aclaró el origen de alteraciones clínicas (deterioro general, caquexia, anasarca) y bioquímicas presentes en algunos de nuestros pacientes. Los hallazgos ecográficos múltiples fueron más frecuentes en aquellos pacientes con mayor número de días de estancia y con mayor número de diagnósticos al alta.

Discusión. Nuestros pacientes son: mayores de 75 años, mayoritariamente mujeres, pluripatológicos y con predominio de insuficiencia cardíaca por disfunción diastólica. Los hallazgos ecográficos son más importantes cuando IC es el diagnóstico principal y los hallazgos múltiples son más frecuentes en los pacientes más complejos.

Conclusiones. La ecografía puede ser útil como apoyo al diagnóstico de insuficiencia cardíaca en nuestros pacientes, en especial en aquellos con radiología dudosa o clínica poco expresiva. Esto ocurre frecuentemente en los ancianos, y por tratarse de una técnica de rápida aplicación, no agresiva, de fácil reproducibilidad y bajo coste, creemos puede ser de ayuda en el manejo protocolizado de los enfermos de insuficiencia cardíaca (IC).

IC-14

ADHERENCIA A GUÍAS EN LA PREVENCIÓN SECUNDARIA DE PACIENTES CON ANTECEDENTES DE INFARTO AGUDO DE MIOCARDIO EN CONSULTAS DE CARDIOLOGÍA (ESTUDIO INDICAR)

A. Bardají¹, R. De Castro¹, J. Mercé¹, M. Camprubí¹, E. Sanz¹, R. Franca², J. Galera², y el Grupo INDICAR

¹Servicio de Cardiología. Hospital Universitari de Tarragona Joan XXIII. Tarragona. ²Departamento Médico. Novartis Farmacéutica S.A.

Objetivos. Conocer la implementación en la práctica clínica habitual de las guías americana y europea en referencia al tratamiento como

prevención secundaria, en pacientes con antecedentes de IAM con elevación del segmento ST.

Material y métodos. Estudio transversal y multicéntrico, realizado en consultas externas de cardiología de todo el territorio español. Se incluyeron consecutivamente pacientes de edad igual o mayor a 18 años con antecedentes de IAM con elevación del segmento ST, ocurrido en los 2 años previos. Las guías de referencia fueron las de las sociedades de cardiología americana (ACC/AHA 2004) y europea (ESC 2003). Se realizó estadística descriptiva y comparación de medias ("t" de Student y U de Mann-Whitney) y proporciones (Chi-cuadrado) con el paquete SAS versión 9.1.

Resultados. Se reclutaron 1,588 pacientes, de los cuales 1.439 (90,6%) resultaron valorables. Un 80,3% fueron varones, la edad media fue de 62,4 años (DT = 11,8) y el IMC medio de 27,8 kg/m² (DT = 3,7). Las enfermedades concomitantes más frecuentes fueron HTA (53,6%) y diabetes mellitus (28,5%). La media de tiempo transcurrido desde el IAM fue de 9,6 meses (DT = 7,2). Los tratamientos que más frecuentemente recibían los pacientes fueron: estatinas (93,6%), ácido acetilsalicílico (93,2%) y betabloqueantes (83,5%). Los fármacos para los que más se seguían las guías fueron antiagregantes/anticoagulantes (99,7% en ambas guías), estatinas (94,4% ACC/AHA y 93,5% ESC) y betabloqueantes (83,5% en ambas guías), quedando en segundo término IECA/ARA-II (78,2% ACC/AHA y 59,7% ESC) y antagonistas de la aldosterona (19,3%), estos últimos únicamente recomendados por la ACC/AHA.

Discusión. En conjunto, un 65,3% (ACC/AHA) y 52,4% (ESC) de los pacientes estaban siendo tratados de acuerdo a las recomendaciones en su práctica clínica habitual por los cardiólogos.

Conclusiones. Los resultados muestran una baja implementación de las guías en estos pacientes, siendo la adherencia mayor para las guías más recientes (ACC/AHA 2004).

IC-15

VALORACIÓN SOCIODEMOGRÁFICA, FUNCIONAL Y CALIDAD DE VIDA DE LOS PACIENTES CON INSUFICIENCIA CARDÍACA CRÓNICA QUE INGRESAN EN UNA UNIDAD DE CORTA ESTANCIA

J. Murcia Zaragoza¹, F. Laghzaoui¹, S. Diéguez Zaragoza¹, M. Cano Arjona¹, M. Vivancos Albentosa¹, J. Sánchez Quiñoles³, E. Caro Martínez² y P. Llorens Soriano¹

¹Unidad de Corta Estancia, ²Servicio de Medicina Interna, ³Servicio de Cardiología. Hospital General Universitario de Alicante. Alicante/Alacant, Alicante.

Objetivos. Analizar las características sociodemográficas, funcionales y calidad de vida de los pacientes con insuficiencia cardíaca crónica (ICC) que ingresan en la Unidad de Corta Estancia (UCE) del Hospital General Universitario de Alicante (HGUA).

Material y métodos. Estudio prospectivo observacional realizado en la UCE del HGUA en los meses de enero a marzo del 2007. Se incluyeron todos los pacientes con descompensación de ICC que ingresaron en la UCE. Variable principal: presencia de IC (presencia de criterios de Framingham ± hallazgos ecocardiográficos ± respuesta al tratamiento). Variables explicativas: sociodemográficas, ingresos y visitas a urgencias en el último año, grado de dependencia funcional mediante el índice de Bartell (IB), grado de conocimiento y autocuidado de la ICC medido mediante la escala europea de autocuidados, grado de comorbilidad mediante el índice de comorbilidad de Charlson, estado de ánimo mediante la escala de depresión de Yasevage y la calidad de vida percibida mediante la realización del cuestionario SF-36. Los datos fueron analizados mediante el programa estadístico SPSS 12.0.

Resultados. Durante el período de estudio ingresaron en el hospital 202 pacientes con diagnóstico de IC de los cuales 135 (66,8%) ingresaron en la UCE. La media de edad fue de 79,5 (± 13,4) años. El 61% de los pacientes carecían de estudios primarios, un 38% de los pacientes eran viudos, y un 17,7% vivían solos. El 63,3% de los pacientes presentaban dependencia para la realización de las actividades básicas de la vida diaria (IB menor de 85 puntos). Un 20,1% de los pacientes presentaron una depresión establecida (Yasevage mayor a 10 puntos), la media de puntuación en la escala de cuidados de IC fue de 33,7 (± 2,1) puntos. El 44% de los pacientes presentaban un I. Charlson mayor o igual a 3 pts. La mayoría de los pacientes presentaban una mala calidad de vida, medida mediante el

SF-36 con una puntuación por debajo del 25% en los 8 rol evaluados. Un 54,2% presentó al menos un ingreso en el año anterior y un 13,5% presentó 3 o más ingresos. El destino al alta más frecuente fueron la Unidad de Hospitalización a Domicilio (UHD) en un 36,4%, seguido de atención primaria 35%. Sólo un 3% de los pacientes son seguidos por una consulta especializada de IC.

Discusión. La IC constituye una de las principales causas de hospitalización en las sociedades europeas y la principal causa de hospitalización en pacientes mayores de 65 años. Actualmente existen guías y pautas de recomendaciones claras sobre el manejo farmacológico en estos pacientes. Sin embargo, otros aspectos como donde deben ser controlados estos pacientes, con que frecuencia y el tipo de intervención que se debe de llevar a cabo no está claro. Nuestro trabajo pone de manifiesto que nuestros paciente presentan un alto grado de dependencia funcional y social, escaso conocimiento de su enfermedad y una mala calidad de vida, muy probablemente para intentar mejorar esto sean necesario crear nuevas modalidades asistenciales (unidad de corta estancia, unidades de hospital a domicilio, hospital de día, unidades de IC, etc) adaptadas a cada medio, donde la intervención social sea tan importante como la médica, con una mayor implicación de enfermería y atención primaria.

Conclusiones. El paciente con IC que ingresan en una UCE se caracteriza por ser multingresador, presentar un elevado grado deterioro funcional y dependencia social, elevada comorbilidad, una mala calidad de vida y escaso conocimiento de su enfermedad. La creación de nuevas modalidades asistenciales donde se realice una intervención socio-sanitaria pueden constituir una alternativa para mejorar la calidad de vida de estos pacientes.

IC-17

¿CUAL ES EL PERFIL CLÍNICO DEL PACIENTE CON INSUFICIENCIA CARDÍACA QUE VISITA UN SERVICIO DE URGENCIAS?

E. Caro Martínez¹, F. Laghzaoui², J. Sánchez Quiñoles³, S. Diéguez Zaragoza², M. Vivancos Albentosa², P. Llorens Soriano², A. Tello Valero¹ y J. Murcia Zaragoza²

¹Servicio de Medicina Interna, ²Servicio de Urgencias, ³Servicio de Cardiología. Hospital General Universitario de Alicante. Alicante.

Objetivos. Definir el perfil clínico del paciente con insuficiencia cardíaca (IC) que acude al servicio de urgencias (SU) del Hospital General Universitario de Alicante (HGUA).

Material y métodos. Estudio prospectivo observacional realizado en el SU del HGUA en los meses de enero a marzo del 2007. Se incluyeron todos los pacientes con descompensación de IC. Variable principal: presencia de IC (presencia de criterios de Framingham ± hallazgos ecocardiográficos ± respuesta al tratamiento). Variables explicativas: sociodemográficas, riesgo cardiovascular, cardiológicas, clínicas, analíticas, radiológicas y relacionadas con el tratamiento farmacológico y con el destino al alta, se determinó el grado de comorbilidad mediante el índice de Charlson. Los datos fueron analizados mediante el programa estadístico SPSS 12.0.

Resultados. Durante el período de estudio se recogieron 252 casos de IC en el SU que corresponden a 222 pacientes. La media de edad fue 72,5 (± 9,4) años. Las principales comorbilidades fueron hipertensión arterial (82,3%), diabetes mellitus (38,2%); dislipemias (32,5%); insuficiencia renal crónica (30,8%). Un 46% de los pacientes presentaban un I. Charlson mayor o igual a 3 pts. La cardiopatía predominante fue la hipertensiva (48,8%), seguido de la isquémica (29%) y la valvular (13,8%). Solo un 11,1% (28 pacientes) presentaban IC aguda de novo el resto de pacientes presentaban una IC crónica descompensada. En los pacientes con IC crónica la clase funcional según la NYHA fue: 33% clase II; 43,7% III y 11,1% clase IV. El factor desencadenante fue más frecuente fue: infección respiratoria (26,1%), crisis hipertensiva (23%), FA con respuesta ventricular acelerada (21,8%), anemia (6%), síndrome coronario agudo (3,1%). El síntoma más frecuente fue la disnea (95%), ortopnea (90,2%); crepitantes (82%); inyurgitación yugular (78%); edemas (66%), tercer ruido (33%). Entre los pacientes con IC crónica se conocía la función ventricular en 160 pacientes (66,4%) de los pacientes, en 96 pacientes (60%) era conservada. El patrón radiológico más frecuente fue la cardiomegalia con redistribución vascular (65,5%), un 16% presentaban edema alveolar. Un 50% de los pacientes presentaban FA, un

42,2% insuficiencia respiratoria hipoxémica, un 15,8% insuficiencia respiratoria hipoxemia-hipercapmía. El tratamiento administrado en el SU: 10% de los pacientes precisó ventilación no invasiva, 90% diuréticos intravenosos, 22% nitratos, y un 3% inotrópicos. Un 26,3% recibió de forma concomitante corticoides más broncodilatadores. El 80,1% de los pacientes requirió hospitalización. La tasa de mortalidad intrahospitalaria fue de 7,8%.

Discusión. Los pacientes con IC constuyen una de las principales causas de visita a los servicios de urgencias, siendo el principal motivo de hospitalización en mayores de 65 años. Nuestro trabajo pone de manifiesto que los pacientes con IC que visitan los servicios de urgencias se caracterizan por ser pacientes añosos, con elevada comorbilidad, con IC crónica que se descompensa por diferentes causas prevenible y con una mortalidad hospitalaria significativa. El edema pulmonar representa un 15% de los cuadros clínicos de IC que se ven en los SU. Llama la atención la presencia de patrón gasométrico de hipoxemia-hipercapmía, probablemente en relación con la coexistencia de otras patologías como enfermedad pulmonar obstructiva crónica o el síndrome de apnea obstructiva del sueño.

Conclusiones. El perfil clínico del paciente con IC que acude a urgencias se trata de un paciente con IC crónica, de elevada clase funcional, que presentan una descompensación intercurrente, predominan los síntomas congestivos y la cardiopatía predisponente más frecuente es la hipertensiva. Presenta una elevada comorbilidad: destacando la presencia de HTA y fibrilación auricular. El edema pulmonar y la fallo respiratorio hipoxémico-hipercapmico se presentan en un porcentaje significativo por lo que debemos familiarizarnos con técnicas de ventilación no invasiva.

IC-18 INSUFICIENCIA CARDÍACA CON ANEMIA E INSUFICIENCIA RENAL. ESTUDIO DESCRIPTIVO

M. Hernaiz Gómez, I. Lineros Chivite, A. Pellegrina Manzano y L. Ceresuela Eito

Servicio de Medicina interna. Hospital de L' Hospitalet-Consorci Sanitari Integral. Hospitalet de Llobregat, Barcelona.

Objetivos. Analizar la coexistencia de anemia e insuficiencia renal en pacientes ingresados por insuficiencia cardíaca. Valorar posibles implicaciones pronósticas.

Material y métodos. Se incluyen todos los pacientes ingresados en el servicio de medicina interna por insuficiencia cardíaca durante el 2005. Analizamos de forma retrospectiva, los pacientes que presentan coexistencia de insuficiencia renal y anemia, La función renal se estratifica entre estadio I a V según el filtrado glomerular estimado por MDRD. Siendo estadio I/II filtrado glomerular > 60 ml/min, estadio III entre 30-60 ml/min, estadio IV entre 15-29 ml/min, estadio V < 15 ml/min. Incluimos los paciente que se encontraban en los estadios III, IV, V. La anemia viene definida según criterios de la OMS (Hb < 12 en mujeres, < 13 en varones), se valora mediante el nivel de Hb al ingreso y se clasifica en microcítica (< 80), normocítica (VCM 80-100), macrocítica (> 100) Del mismo modo, se procede a analizar la comorbilidad mediante índice de Charlson, edad del paciente, la clase funcional de la NYHA y la mortalidad a los 3 meses. **Resultados.** Se incluyen 166 pacientes ingresados por insuficiencia cardíaca. Se constató anemia e insuficiencia renal en 65 de estos pacientes (39%). Los pacientes de este grupo presentaron una edad media de 82,39 años con un filtrado glomerular estimado (FGE) de 39,2 ml/min, siendo la hemoglobina de 10,2 g/dl y estando en clase funcional de la NYHA III/IV 32 casos (49%). La anemia fue microcítica en 5 casos (8%), normocítica en 51 (78%), macrocítica 9 casos (14%). La comorbilidad global según escala de Charlson fue de 3,67. La mortalidad a los 3 meses fue de 15 casos (23%) Los 65 pacientes presentaron las siguientes características por grupos de insuficiencia renal: Estadio III: 50 pacientes (77%), edad media 82, años, FGE 45,1 ml/min, Hb 10,44 g/dl, NYHA III/IV 21 casos (42%), mortalidad 8 casos (16%) Estadio IV: 12 pacientes (15%), edad media 83 años, FGE 22,3 ml/min, Hb 9,95 g/dl, NYHA III/IV 8 casos (66%), mortalidad 4 casos (33%) Estadio V: 3 pacientes (4%), edad media 86,3 años, FGE 10,5 ml/min, Hb 9,3 g/dl, NYHA III/IV 3 casos (100%), mortalidad 3 casos (100%).

Discusión. Se aprecia una elevada prevalencia de anemia e insuficiencia renal evolucionada entre los pacientes con insuficiencia cardíaca. Estos pacientes presentan edad avanzada, elevada comorbili-

dad y una alta mortalidad a los 3 meses. En general, vemos que los pacientes que presentan un daño renal más severo presentan una tendencia a tener más anemia, peor clase funcional de la NYHA, y mayor mortalidad.

Conclusiones. Existe una elevada prevalencia de anemia e insuficiencia renal en pacientes con insuficiencia cardíaca. La anemia fue normocítica de forma mayoritaria. Globalmente, son pacientes que presentan elevada mortalidad a los tres meses. Los pacientes con Hb < 10 g/dl y estadio IV/V de insuficiencia renal parecen presentar una peor clase funcional y una mayor mortalidad.

IC-19 INSUFICIENCIA CARDÍACA EN MEDICINA INTERNA Y CARDIOLOGÍA, DIFERENCIAS

H. Azkune Galparsoro¹, F. García Gutiérrez¹, J. Oruesagasti Arrizabalaga¹, E. Zubillaga Azpiroz¹, C. Sarasqueta Eizaguirre², M. Mendiburu Pérez², E. Sánchez Haya¹ y G. Zubillaga Garmendia³

¹Servicio de Medicina Interna, ²Epidemiología, ³Universidad País Vasco- Euskal Herriko Unibertsitatea UPV-EH. Hospital Donostia-Donostia Ospitalea. Donostia-San Sebastián, Guipúzcoa.

Objetivos. Valorar las características y diferencias existentes tanto a nivel de comorbilidad, tratamiento y recomendaciones dadas al alta, entre los pacientes ingresados por insuficiencia cardíaca, en los servicios de Medicina Interna (MI) y Cardiología (CA) del Hospital Donostia.

Material y métodos. Estudio retrospectivo, descriptivo de 250 pacientes consecutivos, ingresados en el 2006 por Insuficiencia Cardíaca Congestiva en MI (126 pacientes) y CA (124 pacientes) del Hospital Donostia. Comparación estadística de las mismas SPSv13. **Resultados.** La edad media es de 77 años, sin diferencias significativas entre ambos grupos (MI 78,7, CA 76). Los pacientes de MI presentan con significación estadística de p < 0,001 valores más elevados de la escala Charlson (7,8 vs 6,67), mayor porcentaje de pacientes en ritmo sinusal, menor número de cardiopatía isquémica y clase más elevada de NYHA. Se les realiza en MI, menor número de técnicas isotópicas (Talo) y mayor de ergometrías. Son tratados porcentualmente con más IECAs y ARA II y menos betabloqueantes, espironolactona y amiodarona. Las recomendaciones de ejercicio al alta, son más frecuentes entre el grupo de MI, siendo sin embargo, las recomendaciones de dieta más elevadas en el grupo de CA. Además de en la edad, no hay diferencias significativas estadísticas entre ambos grupos en lo referente a sexo, historia de DM, HTA, tabaquismo, etilismo, insuficiencia renal, dislipemia, niveles de NT-proBNP y número de ecocardiogramas y coronariografías solicitadas. Tampoco hay diferencias significativas, en el uso de diuréticos tiazídicos o de asa, digital, nitratos, calcioantagonistas, estatinas, antiagregantes y anticoagulantes. La tasa de pacientes con antecedentes de cardiopatía isquémica, es mayor en el grupo de CA y la tasa de mortalidad, es igual en ambos grupos (6,4%).

Conclusiones. Los internistas, debemos utilizar más betabloqueantes y antagonistas de la aldosterona en el tratamiento de la insuficiencia cardíaca. Tanto los cardiólogos como los internistas, debemos incidir más en el uso de estatinas y recomendaciones de realización de ejercicio al alta. El seguimiento de las indicaciones de las guías clínicas, es buena en ambos grupos pero hay todavía nichos de mejora.

IC-20 SÍNDROMES PERICÁRDICOS AGUDOS: ESTUDIO CLÍNICO- EPIDEMIOLÓGICO DE CASOS DESDE 2004 A 2006

M. Escobar Llompert, C. Asencio Méndez, S. Romero Salado, A. Romero Palacios, J. Puerto Alonso, B. Domínguez Fuentes, R. García Arjona y F. Gómez
Servicio de Medicina Interna. Hospital Universitario Puerto Real. Puerto Real, Cádiz.

Objetivos. Definimos Pericarditis como síndrome clínico debido a una inflamación del pericardio caracterizado por dolor torácico, roce pericárdico y alteraciones electrocardiográficas evolutivas. Cuando además del pericardio se afecta el miocardio hablamos de miopericarditis. Conocer las características epidemiológicas y clínicas, así

como los métodos diagnósticos empleado, tratamiento y pronóstico de los pacientes ingresados en nuestro hospital con diagnóstico de pericarditis y miopericarditis

Material y métodos. Se trata de un estudio descriptivo y retrospectivo de todos los casos diagnosticados y tratados de pericarditis y miopericarditis desde enero 2004- hasta marzo 2006 en nuestro hospital tipo B del SSPA.

Resultados. 17 casos: 10 con diagnóstico de miopericarditis y 7 de pericarditis (2 de ellas constrictivas). 14 casos hombres y 3 mujeres (edad media de 42,35 años). 23,52% (3) de ellos presentaban antecedentes de pericarditis, 1 (5,88%) de miopericarditis y 6 (35,29%) de infección de vías respiratorias altas. Los principales motivos de consulta en Urgencias: dolor torácico (88,23%) con/sin de cortejo vegetativo, disnea 6 (35,29%), astenia (29,41%), tos 2 (11,76%) y fiebre (1). Signos clínicos: soplo sistólico en el 23,52% (3) casos y roce pericárdico en 1 caso. Pruebas complementarias: 58,8% (10 pacientes) presentaban elevación de las enzimas de necrosis miocárdicas que se normalizaron al alta y el 83,35% presentaban alteraciones del EKG siendo la más frecuente elevación del ST en precordiales, el 64,7% presentaban radiografías de tórax normales (en uno cardiomegalia más derrame pleural y en otro cardiomegalia más calcificaciones pericárdicas). SE realizó ecocardiograma en todos los pacientes, objetivándose derrame pericárdico en 3 pac (17,64%) siendo en uno de ellos severo. Otras pruebas: serología (3), autoinmunidad (2) fueron negativas. Se realizó TAC de tórax en uno de ellos. Complicaciones: en dos casos derrame pericárdico severo (uno con taponamiento cardíaco que requirió pericardiocentesis). Con respecto al tratamiento todos los pacientes recibieron tratamiento con AINES, y dos de ellos necesitaron corticoides respondiendo favorablemente. Sólo uno de ellos desarrolló derrame pericárdico severo hemorrágico que requirió pericardiocentesis, evolucionando favorablemente. El 100% de los pacientes ingresaron finalmente en Cardiología con una estancia media de 7,7 días.

Conclusiones. 1) Los síndromes pericárdicos suelen ser entidades benignas de curso agudo autolimitados. 2) La etiología más frecuente es la idiopática o vírica. 3) La etiología más frecuente es la idiopática o vírica. 4) El diagnóstico se basa en la clínica y un EKG compatible mientras que la Rx TX y la ecocardiografía ayudan a descartar complicaciones/enfermedades subyacentes. 5) Importante hacer diagnóstico diferencial con IAM, disección aórtica y pleuropericarditis. 6) El tratamiento se basa en reposo y salicilatos/AINES, utilizándose la colchicina, corticoides o inmunosupresores en casos excepcionales según evolución clínica

IC-21

REGISTRO DE TRATAMIENTOS DE INSUFICIENCIA CARDÍACA EN UN SERVICIO DE MEDICINA INTERNA DE UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL

J. Santamaría González, B. García Casado, E. Guisado Espartero, P. Salamanca Bautista, F. Martínez Peñalver, J. Arias Jiménez, O. Aramburu Bodas y R. Pérez Cano
Servicio de Medicina Interna B. Hospital Virgen Macarena. Sevilla.

Objetivos. El objetivo de nuestro trabajo es estudiar en una población de pacientes con insuficiencia cardíaca, la prevalencia de posibles interacciones medicamentosas, así como estudiar el tratamiento al alta en un servicio de Medicina Interna de un Hospital de tercer nivel.

Material y métodos. Para la realización de este estudio observacional hemos recopilado los datos a través de la intranet de nuestro hospital, obteniendo los informes de alta hospitalaria donde figurará como diagnóstico principal la Insuficiencia Cardíaca y el tratamiento farmacológico indicado tras el alta.

Resultados. De un total de 100 pacientes recogidos el 85% de ellos estaba en tratamiento con furosemida o diuréticos de asa, omeprazol 65%, espironolactona 60%, dicumarínicos aproximadamente un 50%, digoxina y nitratos en un 40%, IECA 40%, estatina 30%, betabloqueantes y benzodiazepinas en 25% así como otros fármacos en más bajos porcentajes como corticoides, AINES, antagonistas del Calcio, ARAII, etc. En cuanto a las asociaciones más frecuentes observadas con riesgo de interacciones farmacológicas de relevancia clínica fueron: diuréticos de asa más IECAS (riesgo de hipotensión grave), digoxina más diurético de asa (riesgo de hipopotasemia y

toxicidad cardíaca), Warfarina más omeprazol (potenciación del efecto anticoagulante), digoxina más espironolactona (aumento importante de los niveles de digoxina), y betabloqueantes más diuréticos de asa (riesgo de hipotensión grave, arritmias ventriculares con sotalol), todas ellas con una tasa de aparición superiores al 20%.

Discusión. De los resultados obtenidos se puede deducir que en general hay un seguimiento subóptimo de las indicaciones sobre el tratamiento farmacológico de la Insuficiencia Cardíaca, siendo las indicaciones claramente deficitarias en betabloqueantes, IECAS y ácido acetilsalicílico. Asimismo un gran porcentaje de pacientes estaba en tratamiento con fármacos no recomendables como AINES, BDZ y corticoides. En cuanto a las asociaciones medicamentosas se observa un alto porcentaje de fármacos cuya potencial interacción pudiera ser peligrosa o como mínimo debiera ser vigilada. Las más llamativas: la asociación de IECAS y espironolactona, digoxina más diuréticos de asa y diuréticos de asa más IECA. Mención especial son las interacciones de los dicumarínicos como warfarina con omeprazol, warfarina con AAS, o amiodarona.

Conclusiones. En la mayoría de los casos los médicos en la actualidad pasan desapercibidas interacciones medicamentosas infravalorando los posibles riesgos en pacientes que generalmente son pluripatológicos, de avanzada edad y con baja función renal. Quizá fuera necesario incrementar la vigilancia post-alta por parte de los médicos de atención primaria. Todavía se sigue prescribiendo poco los betabloqueantes en la insuficiencia cardíaca a pesar de la evidencia científica que los avala reduciendo la mortalidad en esta enfermedad.

IC-22

ESTUDIO DESCRIPTIVO DE UNA COHORTE DE PACIENTES FRÁGILES INGRESADOS POR INSUFICIENCIA CARDÍACA

R. Fernández Ojeda¹, J. Reveriego Blanes², M. Rey², P. Retamar Gentil², A. Valiente Méndez², B. Escolano Fernández², J. Rubio Rubio² y D. Aguayo Canela²

¹Servicio de Medicina Interna. Hospital San Juan de Dios del Aljarafe. Bormujos, Sevilla. ²Servicio de Medicina Interna A. Hospital Virgen Macarena. Sevilla.

Objetivos. Describir parámetros clínicos, analíticos y ecocardiográficos relevantes en una muestra de pacientes con criterios de fragilidad e ingreso hospitalario en Medicina Interna por Insuficiencia Cardíaca (IC) descompensada.

Material y métodos. Estudio de Cohortes. Recogida prospectiva de pacientes mayores de 65 años que ingresaron en planta de Medicina Interna con diagnóstico clínico de IC. Se les realizó historia clínica detallada, medición de parámetros analíticos y estudio ecocardiográfico.

Resultados. Observamos una mayor prevalencia de mujeres (54,8%, 63 mujeres) (115 pacientes estudiados) La edad media fue de 76,97 años (rango: 65-97) La etiología más frecuentemente detectada fue la Hipertensión arterial (76,5%, 88 pacientes) y la Cardiopatía isquémica crónica (42,6%, 49 pacientes) Presentaron datos de Insuficiencia Renal Crónica (IRC), en base a datos de Creatinina, un escaso porcentaje de pacientes (15,7%, 18 pacientes) Se objetivó una prevalencia de Anemia al ingreso del 41,7% (48 pacientes), de Disfunción Sistólica del 44,16% (34 de 77 pacientes con Ecocardiografía realizada) y de Disfunción Diastólica del 41,9% (31 de 74 pacientes) Un escaso porcentaje de pacientes recibía al ingreso tratamiento farmacológico optimizado según las Guías de Práctica Clínica (GPC) actuales (IECAs/ARAII: 38 pacientes (33,0%), Betabloqueantes: 24 pacientes (20,9%), Espironolactona: 10 pacientes (8,7%))

Discusión. Dado el valor pronóstico independiente de la Anemia en la IC (aumento de la mortalidad y del número de reingresos hospitalarios), sería útil un despistaje etiológico del síndrome en pacientes frágiles, con vistas a tratamiento (papel actual de ferroterapia intravenosa) y mejoría del pronóstico en una enfermedad tan prevalente en la población geriátrica. Es necesario optimizar el tratamiento farmacológico al alta según las GPC, por su implicación pronóstica.

Conclusiones. Existe una elevada prevalencia de Anemia en el paciente frágil con IC descompensada. Un escaso número de pacientes tienen tratamiento optimizado según GPC al ingreso.

**IC-23
ESTUDIO DE LA MORBIMORTALIDAD ASOCIADA A LA HOSPITALIZACIÓN POR IC**

M. Pazo Núñez, R. De la Fuente Cid, A. Hermida Ameijeiras, F. Lado Lado, L. Fernández Hernández e I. Rodríguez López

Servicio de Medicina Interna. Complejo Hospitalario Universitario de Santiago. Santiago de Compostela, A Coruña.

Objetivos. La insuficiencia cardíaca (IC) en España constituye la 1ª causa de hospitalización en Medicina Interna en mayores de 65 años y la 3ª causa de muerte cardiovascular tras la cardiopatía isquémica y el ictus, siendo la única que incrementa su incidencia y prevalencia. Reconocer factores asociados al incremento de mortalidad en pacientes hospitalizados con IC es el principal objetivo del presente estudio. **Material y métodos.** Se trata de un estudio observacional y prospectivo. Se seleccionaron aleatoriamente 209 pacientes ingresados por IC en el servicio de Medicina Interna del CHUS, recogiendo variables relacionadas con aspectos epidemiológicos, antecedentes clínicos, cardiopatía estructural, condicionantes, tratamientos y seguimiento durante el ingreso y considerando la estancia hospitalaria y la mortalidad como índices de morbimortalidad. Para el análisis estadístico se utilizó el programa SPSS (versión 11,0) utilizando la T-Student para muestras independientes y Chi-cuadrado para variables cualitativas, considerando significación estadística $p < 0,05$ y un intervalo de confianza del 95%, aplicando el test exacto de Fischer para el cálculo previo del riesgo relativo.

Resultados. De los 209 pacientes del estudio, 20 resultaron éxitus (9,56%), media de $78,6 \pm 9,1$ años (varones: 52,4%). No se objetivaron diferencias significativas en la mortalidad en relación con edad, sexo, apoyo social, nivel de estudios, estado civil, seguimiento previo, antecedentes de HTA, DM, EPOC, IRC, hepatopatía, hábitos tóxicos, dislipemia, polimedición, precipitante del ingreso, etiología de la cardiopatía o fracción de eyección del VI. Existe mayor mortalidad con clases funcionales de la NYHA avanzadas (III-IV) pero no estadísticamente significativa. Se demostró correlación de la mortalidad con la estancia media hospitalaria (éxitus: 19,46 días; no éxitus: 12,3) y también con grados de incapacidad mental de la ECR > 3 o con patología previa del SNC (demencia, ictus; RR: 3,11; IC 95%: 1,11-8,44). Estadios leves de incapacidad física (0,1,2) presentaron un 6,2% de mortalidad frente al 16% en los más avanzados (RR: 0,5; IC 95%: 0,38-0,86). Del mismo modo, valores de incapacidad mental grado < 4 presentan una mortalidad del 7,7% frente al 28,6% de grados 4-5 (RR: 0,27; IC 95%: 0,1-0,6). La estancia media hospitalaria era menor en aquellos pacientes con valores de incapacidad física en la ECR < 3 (11,3 días frente a 14,7 en valores > 3), aunque sin cumplir criterios de significación estadística ($p = 0,09$). No se observaron diferencias en la estancia media entre aquellos pacientes con estadios más incipientes de incapacidad mental en la ECR y aquellos con grados más avanzados.

Conclusiones. La IC continúa siendo una entidad prevalente con elevada morbimortalidad asociada. El presente estudio demuestra que la afectación previa del SNC es un factor de alto riesgo que incrementa significativamente la mortalidad en pacientes hospitalizados. También la estancia prolongada se asocia con ese incremento. Tanto la escala de incapacidad física como la de incapacidad mental son buenos factores predictores de mortalidad, de modo que estadios inferiores a 3 en la primera de ellas o inferior a 4 en la segunda se acompañan de una reducción del riesgo de mortalidad de dos a cuatro veces respectivamente. Por este motivo, estas escalas nos

permiten identificar pacientes de alto riesgo de morbimortalidad, en los que poder actuar precozmente.

**IC-25
INSUFICIENCIA CARDÍACA CON INSUFICIENCIA RENAL. ESTUDIO DESCRIPTIVO**

A. Pelegrina Manzano, I. Lineros Chivite, M. Hernáiz Gómez y L. Ceresuela Eito

Servicio de Medicina Interna. Hospital de l' Hospitalet-Consorci Sanitari Integral. Hospitalet De Llobregat, Barcelona.

Objetivos. Analizar la prevalencia de insuficiencia renal en pacientes con insuficiencia cardíaca. Valorar las características de los pacientes con insuficiencia cardíaca según el grado de insuficiencia renal.

Material y métodos. Se incluyen todos los pacientes ingresados en el servicio de Medicina Interna por insuficiencia cardíaca durante el 2005. Analizamos de forma retrospectiva, los pacientes que presentan coexistencia de insuficiencia cardíaca e insuficiencia renal. La función renal se estratifica de estadio I a V, según el filtrado glomerular estimado por MDRD. Siendo el estadio I un FG > 90 mL/min/1,73 m², estadio II un FG 60-90 mL/min/1,73 m², estadio III un FG 30-59 mL/min/1,73 m², estadio IV un FG 15-29 mL/min/1,73 m², y estadio V un FG < 15 mL/min/1,73 m². Del mismo modo se procede a analizar la comorbilidad mediante la edad media, el Índice de Charlson, la clase funcional de la NYHA, la coexistencia o no de anemia, la Fracción de Eyección, el uso de IECAS/ARAI y la mortalidad a los tres meses.

Resultados. Se incluyen 117 pacientes ingresados por insuficiencia cardíaca. Se estratificaron según los diferentes grados de insuficiencia renal (ver tabla adjunta).

Discusión. Se observa una elevada prevalencia de insuficiencia renal avanzada entre los pacientes con insuficiencia cardíaca. Estos pacientes presenta una edad avanzada, elevada comorbilidad y una mayor mortalidad a los 3 meses. En general vemos que los pacientes que presentan un daño renal más severo presentan una tendencia a tener peor clase funcional de la NYHA, más anemia y mayor mortalidad. Se aprecia así mismo, una infrautilización de los IECAS/ARA II, a pesar de haberse demostrado su eficacia, mejorando el pronóstico de los pacientes con insuficiencia cardíaca.

Conclusiones. Se observa una elevada coexistencia de insuficiencia cardíaca con insuficiencia renal. A mayor grado de insuficiencia renal se muestra una tendencia a presentar peor clase funcional, más comorbilidad y mayor mortalidad. Así mismo, a mayor grado de insuficiencia renal se aprecia mayor deterioro de la función ventricular y menor uso de IECAS/ARA II.

**IC-26
UTILIDAD DEL FRAGMENTO N-TERMINAL DEL PROPEPTIDO NATRIURÉTICO CEREBRAL (NTPROBNP) EN EL PACIENTE ANCIANO CON INSUFICIENCIA CARDÍACA**

M. Martínez Celada¹, M. Rivas Carmenado¹, N. Avello Llano² y A. Medina García³

¹Servicio de Medicina Interna, ²Bioquímica, ³Servicio de Cardiología. Hospital Universitario Central de Asturias. Oviedo, Asturias.

Objetivos. La insuficiencia cardíaca (IC) es, hoy en día, un importante problema de Salud Pública y su prevalencia e incidencia siguen aumen-

Tabla 1. Grados de insuficiencia renal (ml/min/1,73 m²) (IC-25).

	I (> 90)	II (60-90)	III (30-59)	IV (15-29)	V (< 15)
Edad	75.125 (6,83%)	78.242 (28,20%)	81.459 (52,136%)	84.5 (11,11%)	83.5 (1,07%)
CL Creatinina	104.20 (6,83%)	72.83 (28,20%)	45.37 (52,13%)	26.23 (11,11%)	9.38 (1,07%)
CHARLSON	1.875 (6,83%)	2.727 (6,83%)	2.935 (6,83%)	4.153 (6,83%)	5 (6,83%)
NYHA III/IV	0 (0%)	5 (15,15%)	15 (24,58%)	9 (69,23%)	2 (100%)
Anemia	1 (12,5%)	9 (27%)	27 (44,26%)	8 (61,53%)	2 (100%)
FE	59% (75%)	61% (63,63%)	57% (72,13%)	47% (38,46%)	40% (50%)
IECAS/ARA II	8 (100%)	29 (87%)	50 (81,96%)	5 (38,46%)	0 (100%)
Mortalidad	0 (0%)	2 (6,06%)	5 (8,19%)	6 (46,15%)	2 (100%)

tando en los países desarrollados, lo que conlleva un alto grado de mortalidad, ingresos hospitalarios, deterioro de calidad de vida y consumo de recursos. Los Servicios de Medicina Interna de nuestro país están muy involucrados en su asistencia y es habitual que alguno de los GRD relacionados con este síndrome se encuentren entre los cinco más frecuentes de sus informes de alta. El BNP es un péptido de 32 aminoácidos secretado principalmente en los miocitos ventriculares en respuesta al aumento en la presión de llenado ventricular y estiramiento miocárdico, almacenándose en la forma de pro-BNP. El objetivo de este trabajo es comprobar si la determinación de sus concentraciones plasmáticas puede ayudarnos a diagnosticar e identificar de una manera más eficaz a los pacientes con mayor probabilidad de reingreso.

Material y métodos. Estudio prospectivo en 84 pacientes ingresados consecutivamente en nuestro servicio durante el año 2006, por IC descompensada definida de acuerdo con los criterios de Framingham, excluyendo los que presentaban patología coronaria aguda o insuficiencia renal con valores de creatinina > 2,5 mg/dl. A todos se les realizó una anamnesis y exploración completa, además de ECG, Rx tórax y estudio ecocardiográfico. La recogida de muestra para NTproBNP se realizó durante las primeras 24 horas del ingreso y su determinación mediante el sistema Elecsys proBNP, de Laboratorios Roche. Se realizó una reevaluación clínica de los pacientes a los seis meses del alta. El análisis de los datos se ha realizado con el paquete estadístico SPSS 12 para Windows y en las variables no paramétricas, como NTproBNP, hemos utilizado la correlación de Spearman y test de Mann-Whitney y Kruskal-Wallis.

Resultados. Los pacientes presentaron una edad media de 78,5 + 8 (entre 65 y 98 años), siendo el 53% hombres. Un 62% eran hipertensos, 40% obesos, diabéticos un 18%, fumadores un 17% y cumplían criterios de síndrome metabólico un 19%. La comorbilidad fue alta, con un índice de Charlson de 4 + 2. La etiología IC más frecuente fue la isquémico-hipertensiva (25%), presentando 34 casos HVI y 46 fibrilación auricular. Un 35% presentaron disfunción sistólica con FE < 45. La estancia media fue de 11 + 5 días y 23 pacientes presentaron uno o más reingresos. La mediana de NTproBNP fue de 4271 pg/ml y sólo un caso presentó valores de concentración por debajo de 300, encontrándose 24 (29%) entre 300 y 1800 pg/ml. Los pacientes que presentaron valores más elevados de NTproBNP durante el ingreso, tuvieron una mayor estancia media ($r = 0,29$, $p < 0,05$), peor FE y mayor porcentaje de disfunción sistólica ($r = -0,325$, $p < 0,01$), así como mayor número de reingresos a los seis meses ($p < 0,03$), manteniéndose como variable independiente en el análisis multivariante. El grupo de pacientes que presentaron el 85% de los reingresos presentaron valores de corte por encima de 2000 pg/ml de NTproBNP en el momento del ingreso.

Discusión. A pesar de que son pocos los trabajos realizados con ancianos, y que una edad elevada puede asociarse con mayor hipertrofia y disfunción del ventrículo izquierdo, limitando ocasionalmente la valoración de concentraciones altas de NTproBNP, nuestros resultados concuerdan con los hasta ahora publicados (PRIDE study, o IMPROVE-CHF), adaptándose a los cortes propuestos en guías, como la 2006 CCS Heart Failure Consensus Conference, publicada este último mes de enero.

Conclusiones. En nuestro estudio, la determinación de NTproBNP ha demostrado ser un parámetro útil en pacientes de edad elevada con IC, asociándose a la elevación de sus valores con mayor disfunción sistólica, estancia hospitalaria más prolongada y mayor número de reingresos durante los seis meses posteriores al alta, pudiendo constituir una importante ayuda en la toma de decisiones clínicas.

IC-27

INSUFICIENCIA CARDÍACA CON FRACCIÓN DE EYECCIÓN PRESERVADA: ESTUDIO DESCRIPTIVO

R. Quirós López¹, J. García Alegría¹, M. Martín Escalante¹, S. Domingo González¹, J. Trujillo Santos², E. Perea Milla³, J. Olalla Sierra¹ y L. Hidalgo Rojas¹

¹Servicio de Medicina Interna, ²Unidad de Investigación. Hospital Costa del Sol. Marbella, Málaga. ³Servicio de Medicina Interna. Hospital General de Área Santa María del Rosell. Cartagena, Murcia.

Objetivos. Describir las características epidemiológicas, clínicas y ecocardiográficas de pacientes ingresados por Insuficiencia Cardíaca (IC) con fracción de eyección preservada (IC-FEP).

Material y métodos. Estudio de cohorte con análisis retrospectivo de pacientes hospitalizados con diagnóstico principal IC (CIE-9-MC: 402.01, 402.11, 402.91 y 428.0 a 428.9) atendidos en un hospital general de 350 camas entre el 1/01/97 y el 31/12/01. Se incluyeron pacientes con primer ingreso por IC (criterios de Framingham) que presentan en ecocardiograma una fracción de eyección superior al 50%. Se excluyeron pacientes que no cumplían estas condiciones o con residencia habitual fuera del área de influencia del centro.

Resultados. Durante el periodo de estudio ingresaron 231 pacientes con IC-FEP, con una edad media de 69,1 años (67,7-70,6). Un 58,4% eran mujeres. La situación basal de los pacientes fue de NYHA III-IV en el 18,2%. Un 64,1% eran hipertensos, el 41,6% diabéticos y el 19,9% presentaban dislipemia. El 17,7% tenía antecedentes de cardiopatía isquémica, un 10% de enfermedad cerebrovascular y el 47,6% mostraba insuficiencia renal previa al ingreso medida por aclaramiento de creatinina (un 22,1% en grado leve y moderado, un 3,5% de carácter grave). Respecto a la causa de la descompensación inicial, en el 22,9% fue por fibrilación auricular, en el 18% fue secundaria a infección respiratoria, en el 24,2% por varias causas; en un 12,6% a emergencia hipertensiva y en el 5,6% fue por cardiopatía isquémica descompensada. En un 16% de los casos fue desconocida. Al ingreso, un 96,5% de los pacientes presentaban grado funcional III-IV. Los signos exploratorios fueron: crepitantes en el 90%, ingurgitación yugular en el 33,8%, hepatomegalia un 10,4%, tercer tono el 21,2%. Un 22,1% desarrolló edema agudo de pulmón mientras que un 39,4% y un 24,2% de los casos desarrolló o empeoró el grado de ortopnea y disnea paroxística nocturna respectivamente previo al ingreso. Los niveles de hemoglobina medios fueron de 12,06 gr/dl (11,76-12,37). El 83,1% de los pacientes presentaba al ingreso insuficiencia renal, aclaramiento de creatinina medio de 64,27 ml/min (58,35-70,18); un 24,2% leve, el 49,4% moderada y el 9,5% en grado grave. El 51,9% de los pacientes presentaban fibrilación auricular al ingreso, de los cuales el 94,1% de los casos era permanente. El valor promedio de la fracción de eyección del ventrículo izquierdo fue de 65,21% (63,98-66,44); el 32,5% de los casos del total presentaba Onda A > E (entre los pacientes que no presentan fibrilación auricular el porcentaje asciende al 58,6%), disfunción valvular en el 37,7% de los casos (de los cuales el 47,1% correspondía a disfunción mitral). El diámetro medio de la aurícula izquierda fue de 44,25mm (43,03-45,47). La estancia media durante el primer ingreso por IC-FEP de los pacientes fue de 7,52 días (6,9-8,1). La mortalidad intrahospitalaria fue del 1,9%. La mortalidad al año fue del 8,2%.

Conclusiones. Los pacientes que ingresan por IC-FEP son en mayor porcentaje mujeres hipertensas. Un elevado porcentaje presentan insuficiencia renal crónica previa al ingreso. La fibrilación auricular es el motivo más importante de la descompensación de IC, siendo mayoritariamente permanente y presentando en más de la mitad de los casos respuesta ventricular rápida al ingreso. El diámetro promedio de la AI en ecocardiograma está aumentado. Respecto del total de pacientes que no presentan al ingreso fibrilación auricular, el 58,6% presentan patrón de alteración de la relajación con onda A > E. La mortalidad intrahospitalaria durante el primer ingreso por IC-FEP es muy baja.

IC-28

CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS DE LOS PACIENTES DIAGNOSTICADOS DE INSUFICIENCIA CARDÍACA, EN UN SERVICIO DE MEDICINA INTERNA

E. Salguero¹, A. Arroyo¹, F. Jódar¹, V. Navarro¹, V. Aragón², F. García², J. Navarro¹ y N. Marín¹

¹Servicio de Medicina Interna, ²Servicio de Cardiología. Complejo Hospitalario de Jaén. Jaén.

Objetivos. La Insuficiencia Cardíaca (IC) representa un importante problema de Salud Pública en nuestro medio, por su elevada incidencia, prevalencia y mortalidad, cuya magnitud crecerá en los próximos años, por el progresivo envejecimiento de la población. Describir las características de un grupo de pacientes, diagnosticados de IC, ingresado en el Servicio de Medicina Interna.

Material y métodos. Se revisó de forma retrospectiva una muestra aleatoria de 21 historias de pacientes diagnosticados de IC.

Resultados. La edad media de los pacientes fue de 79,43 ± 5,2 años. La mayoría de la muestra estaba constituida por mujeres

(71,4%). El 47,2% fueron reingresos y la estancia media de 8,9 ± 4,27 días, con un mínimo de 5 y un máximo de 24 días. El motivo de consulta más frecuente fue la Disnea, presente en el 90,5% de los pacientes, seguido de los edemas en el 28,6%. La etiología más frecuente de la IC fue la HTA (81%), seguida de la Cardiopatía Isquémica y las Valvulopatías. En cuanto al factor desencadenante de la IC, la Infección Respiratoria fue el más frecuentemente identificado, seguido de la anemia y la FA rápida. Al 66% de los pacientes se les realizó Eco cardiografía, de los cuales más de la mitad tenían una Fracción de Eyección del Ventrículo Izquierdo conservada. El diagnóstico de los pacientes se hizo basándose en los criterios diagnósticos de Framingham, estando presentes los Crepitantes en el 95% de los pacientes, la Cardiomegalia en el 71% y la Ortopnea en el 66%, como criterios mayores. Entre los criterios menores, los edemas y el Derrame pleural fueron los más habituales. El 100% de los pacientes tenía realizada una Rx de Tórax, siendo la cardiomegalia el hallazgo más común. Al alta, la mayoría de los pacientes recibía tratamiento con diuréticos (90%). En cuanto a los IECA y ARA II, salvo 3 pacientes, todos tenían alguno de estos fármacos prescritos al alta, siendo 47,6% el porcentaje de pacientes con IECA y 38,1% con ARAII. No todos los pacientes en tratamiento con ARAII, tenían reflejado en la historia si hubo previamente mala tolerancia a IECAS. Antialdosterónicos fueron prescritos en el 38% y tan solo 1 de los pacientes tenía tratamiento con Betabloqueantes al alta. De los pacientes diagnosticados de Fibrilación Auricular, el 71% tenían tratamiento anticoagulante.

Conclusiones. Los pacientes ingresados en los servicios de Medicina Interna se caracterizan por tener una edad media elevada, lo cual es un factor importante a la hora de aplicar algunas recomendaciones en relación al diagnóstico y al tratamiento. A pesar de lo cual intentamos cumplir o acercarnos a los criterios y normas de calidad en el manejo de estos pacientes.

IC-29

TENDENCIAS SEculares EN LA DEMOGRAFÍA DE LOS PACIENTES CON INSUFICIENCIA CARDÍACA EN ESPAÑA
J. Montes-Santiago¹, M. Lado Castro-Rial¹, G. Rey García² y A. Mediero Domínguez²

¹Servicio de Medicina Interna, ²Documentación Clínica. Hospital do Meixoeiro. Vigo, Pontevedra.

Objetivos. Analizar si las características demográficas y el pronóstico de los ingresos por insuficiencia cardíaca (IC) han variado a lo largo del tiempo ("secular trends") en España.

Material y métodos. Se compararon las características demográficas y de letalidad por IC en España entre los periodos 1997-1999 y 2003-05. Para ello en el primer periodo se estudiaron las altas por IC a partir de los datos publicados de la Base CMBD (GRDs 127 y 544) de los Hospitales del Sistema Nacional de Salud [Ministerio de Sanidad y Consumo, (MSC)]. A partir de 2003 se utilizaron datos anuales de la Encuesta de Morbilidad Hospitalaria (Instituto Nacional de Estadística), pues desde esa fecha se desagrega la IC como epi-

grafe independiente de diagnóstico (Código 428,0). Una comparativa previa entre los datos procedentes de ambas bases (INE y MSC) mostró que en IC, ambas arrojan resultados superponibles. La letalidad por IC se registró para el año 1999 y el 2005.

Resultados. En ambos periodos el 99% de los pacientes ingresados con IC eran mayores de 45 años. Se observa un cambio demográfico significativo entre ambos periodos (tabla).

Tabla 1. Características epidemiológicas de la IC en dos periodos (IC-29).

Periodo	1997-1999	2003-2005	p
Altas	198148	252924	
Pacientes > 75 años	65,2%	66,6%	< 0,0001
Mujeres > 45 años	55,8%	52,7%	< 0,0001
Mujeres > 75 años	61,8%	66,1%	< 0,0001
Estancia media (días)	9,6	9,5	
Letalidad por IC	8,4%	10,8%	< 0,0001

Discusión. Se evidencia aumento progresivo de hospitalizaciones por IC, fundamentalmente en el grupo > 75 años, debido principalmente al aumento de la hospitalización en mujeres. Hay incremento de la letalidad por IC en relación con la más avanzada edad.

Conclusiones. Se observa en España una tendencia creciente a la hospitalización por IC. Los pacientes son cada vez más ancianos y predominan las mujeres. Existe mayor letalidad por IC, en probable relación con la mayor edad de ingreso.

IC-31

DEMOGRAFÍA INTERNACIONAL DE LA INSUFICIENCIA CARDÍACA. ANÁLISIS DE DIVERSAS POBLACIONES HOSPITALARIAS: GALLEGA, ESPAÑOLA, EUROPEA Y NORTEAMERICANA

J. Montes-Santiago², M. Pérez de Lis¹, J. Fernández-Martín¹, Á. Asorey¹, J. Medraño³ y R. Pérez-Álvarez¹

¹Servicio de Medicina Interna. ²Grupo SEMI-IC. ³Grupo INCARGAL. Hospital do Meixoeiro. Vigo, Pontevedra.

Objetivos. Comparar las características de pacientes con Insuficiencia Cardíaca (IC) incluidos en diferentes Registros autonómicos, nacionales e internacionales.

Material y métodos. Se estudiaron las características demográficas de registros multicéntricos actuales: INCARGAL [951 en Medicina Interna-Geriatría (62%) o Cardiología en Galicia (14 hospitales); RECardiol 2003;56: 49], SEMI-IC [2145 en Servicios de Medicina Interna de España (51 hospitales); MedClin 2002;118: 605, QJM 2005;98: 127], EUROHEART Failure Survey I [11327 en Europa (115 hospitales en 24 países, Sala General: 55% y 64% en > 80 años); EHJ 2003;24: 442, EHJ 2007;28: 1310], ADHERE [163447 en EE.UU. (274 hospitales, General: 43%); AHJ 2005;149: 209, JACC 2006;47: 76, AHJ 2006;152: 935].

Resultados. Tabla. (Ligeras variaciones en ciertos valores por proceder de distintas publicaciones).

Tabla 1. Comparación de diversas poblaciones internacionales de IC (IC-31).

Estudio	INCARGAL		SEMI-IC	EHFS I	ADHERE	
	MI-Geriatría	Cardiología	Total	> 80 años	Global	Total
Número	587	364	2145	2780	11327	163447
Edad	77	73	77	85	71	75
Mujeres	46	48	57	62	47	52
IC de novo	48	55	27	NR	35	24
C. isquémica	33	31	34	55	68	57
HTA	62	54	60	51	53	73
Diabetes	30	26	38	22	27	44
FA	55	48	46	49	42	31
EPOC	36	27	30	23	18	20
Registro FE	41	74	72	38	58	81
FE < 40-45	22	30	46	38	45	31
Estancia	11	11	11	10	11	4-9
Mortalidad	7	7	6	13	7	4

Discusión. Los pacientes ingresados en Salas generales son más ancianos, en mayor proporción mujeres y con mayor comorbilidad que los ingresados en Cardiología. En > 50% de casos (51-73%) existen antecedentes de Hipertensión (HTA), en > 30% fibrilación auricular (FA) (31-55%) y en > 30% de cardiopatía isquémica (CI) (33-68%). Hay infrutilización del ecocardiograma sobre todo en ancianos o ingresados en Salas Generales. La presentación como IC de novo varía entre el 24-55%.

Conclusiones. La edad media de los pacientes con IC ingresados es de 75 años, con predominio de mujeres. Aproximadamente 1/3 ingresa con IC de novo, 2/3 presentan antecedentes de HTA y la mitad de FA y CI. Hay infrutilización global del ecocardiograma, sobre todo en ancianos. La mortalidad es similar en poblaciones europeas (7%) y menor en EEUU (4%).

IC-32

DETERMINANTES DE MORTALIDAD A UN AÑO EN PACIENTES INGRESADOS POR INSUFICIENCIA CARDÍACA

L. Ceresuela Eito¹, P. Armario García¹, J. Albasanz Olaortua¹, R. Hernández del Rey¹ y N. Olona²

¹Servicio de Medicina interna, ²Unidad de epidemiología.

Hospital de L' Hospitalet-Consorci Sanitari Integral. Hospitalet de Llobregat, Barcelona.

Objetivos. Conocer que factores determinan la mortalidad al año, en pacientes ingresados por insuficiencia cardíaca.

Material y métodos. Realizamos análisis retrospectivo de los pacientes ingresados en nuestro servicio por insuficiencia cardíaca durante el 2005. Se incluyen datos de edad; sexo; etiología de la insuficiencia cardíaca; clase funcional de la NYHA; comorbilidad calculada mediante índice de charlson. Se analizó la presencia de anemia según criterios OMS, y se consideró insuficiencia renal cuando a los pacientes con filtrado glomerular estimado < 60ml/min (Estadio III o menor de insuficiencia renal). Por otra parte, se analizaron datos electrocardiográficos valorando la presencia de fibrilación auricular o bloqueo de rama y ecocardiográficos (la disfunción sistólica se considero con FE < 50). Se registro el uso de iECAS/ARAI, betabloqueante.

Resultados. Se incluyeron 166 pacientes, el 66,9% fueron mujeres, con una edad media de 80,7 (DS 9,5) años. La puntuación media de la escala de Charlson fue 3,3 (DS1,34); se evidenció anemia en 82 pacientes (49,4%) e insuficiencia renal en 111 casos (66,9%). En 75 casos (45%) la etiología fue hipertensiva, seguida de isquemia 62 casos (38%), valvular 25 casos (14%), dilatada 4 casos (3%); 60 pacientes se encontraban en NYHA III/IV y en 49 casos la FE < 50%. Tras un año de seguimiento fallecieron 21 pacientes (13%). Se prescribieron iECAS/ARAI en 124 pacientes (74,7%) y betabloqueantes en 30 casos (19%). El análisis bivariante mostró que los factores asociados a mayor mortalidad fueron: la edad siendo de 88,46años (SD6,67) en los fallecidos vs 79,89 años (SD9,4) en los no fallecidos $p < 0,05$; la etiología no hipertensiva siendo 19 casos (79%) de los fallecidos vs 72 (50%) en los no fallecidos $p < 0,05$; la presencia de anemia 17 (71%) de los fallecidos vs 65 (46%) en los no fallecidos; la disminución del filtrado glomerular estimado siendo entre los fallecidos de 40.03ml/min (SD20,53) vs 55,46 ml/min entre los no fallecidos $p < 0,05$; la clase funcional de la NYHA III/IV siendo 18 casos (75%) en los fallecidos vs 42 (29%) en los no fallecidos $p < 0,05$; puntuación en el índice de charlson siendo de 4,42 (SD 1,25) en los fallecidos vs 3,11 (SD1,26) en los no fallecidos. No se apreció diferencias entre los pacientes con disfunción sistólica vs diastólica. En cuanto al tratamiento, 7de los pacientes fallecidos (29%) estaban en tratamiento con iECAS/ARAI vs 109 (77%) de los no fallecidos. Solo 1 (4%) de los paciente fallecidos estaba en tratamiento con betabloqueantes vs 29 (20%) de los no fallecidos $p = 0,056$ fallecidos solo 7 (29%) vs no fallecidos 109 (77%) que recibían este tratamiento $p < 0,05$. En el análisis multivariante los factores independientes asociados a mayor mortalidad fueron la edad (OR 1,15; intervalo de confianza (IC) 95%: 1,03-1,29), Clase III/IV de la NYHA (OR 4,72; IC 95%: 1,29-17,3), índice de Charlson (OR 2,14; IC 95%: 1,16-3,93) y el uso de iECAS/ARAI (OR9,8; CI95%: 2,51-38,6).

Discusión. El análisis de nuestros pacientes muestra que la mortalidad ente los paciente con IC viene dada por la edad, la comorbilidad, la clase funcional de la NYHA y el no uso de iECAS. Otros factores

como la anemia o la insuficiencia renal pierden significación en análisis multivariante. El uso de betabloqueantes fue escaso, pero parece apuntar una tendencia de reducir mortalidad en este grupo en este grupo de pacientes pese, a tener una edad tan avanzada.

Conclusiones. Tras el análisis multivariante los factores determinantes de mortalidad a un año entre los pacientes ingresados por insuficiencia cardíaca fueron la edad, la comorbilidad, la clase funcional de la NYHA III/IV y el no uso de iECAS/ARAI.

IC-33

PAPEL DEL MÉDICO INTERNISTA EN EL MANEJO DE LA INSUFICIENCIA CARDÍACA. PERFIL DE LOS PACIENTES QUE INGRESAN EN UN HOSPITAL COMARCAL

I. Vallejo Maroto¹, C. González Becerra¹, R. Aparicio Santos¹, M. Ruiz Borrell², C. Palmero Palmero¹,

C. Hurtado³, M. Álvarez Alcina¹ y A. Fernández Moyano¹

¹Servicio de Medicina Interna, ²Unidad de Cardiología, ³Servicio de Medicina Interna DUE. Hospital San Juan de Dios del Aljarafe. Bormujos (Sevilla)

Objetivos. Describir el perfil de pacientes que ingresan en nuestro centro Hospitalario por Insuficiencia Cardíaca (IC.) Valorar la implicación del médico internista en su manejo.

Material y métodos. Seleccionamos de forma aleatoria un total de 40 pacientes ingresados desde enero 2006 a junio 2006 con el diagnóstico principal de IC. Realizamos un estudio descriptivo retrospectivo analizando procedencia, edad, sexo, antecedentes no cardiovasculares (CV), antecedentes CV, tipo de cardiopatía, clase funcional basal (NYHA), presencia de fibrilación auricular, motivo de descompensación, realización de ecocardiografía durante el ingreso, función sistólica, presencia de factores para el reingreso, tratamiento farmacológico al alta, plan de cuidados al alta, destino del paciente, mortalidad, estancia media, y, por último, número de consultas e ingresos hospitalarios por IC u otros motivos (desde el año 2003 a diciembre 2007.)

Resultados. Nuestros pacientes tenían una edad media de 80,88 años (DE: 7,7.) siendo mujeres hasta en un 75% de los casos. Un 70% fueron pluripatológicos; hipertensos en un 85%; EPOC en un 27,5%; diabéticos en un 57,7%; y, con insuficiencia renal en un 12,5%. El deterioro cognitivo estaba presente en un 17,7% de los pacientes. En relación con el tipo de cardiopatía la más frecuente fue la valvular (25%) seguida de la isquémica (22,5%) y de la mixta (22,5%). La cardiopatía hipertensiva estaba presente en un 17,5%. La mayoría de los pacientes se encontraban en clase funcional basal II-III. Un 67,5% de los pacientes tenían arritmia completa por fibrilación auricular. El motivo más frecuente de descompensación fue la infección y en segundo lugar la dosificación inadecuada del tratamiento farmacológico. La presencia de una anemia ocupó el tercer lugar como motivo de reagudización. Durante la hospitalización se realizó una ecocardiografía en un 20% de los pacientes encontrándose una función sistólica conservada en un 76,7%. Hasta en un 87,5% de los casos estaba presente algún factor para el reingreso hospitalario. En relación con el tratamiento al alta: un 77,8% recibieron iECAS, un 91,7% diuréticos de ASA, un 50% espirolactona, un 36,1% digoxina, un 38,9% betabloqueantes, un 27,8% antagonistas del calcio, un 5,6% ARA II, un 61,1 antiagregantes y un 41,7% anticoagulantes orales. Los iECAS se pautaron en un 66% de los pacientes con disfunción sistólica y los betabloqueantes en un 50%. La mortalidad durante el global del periodo analizado por IC u otras causas fue de un 40%. -Al alta hospitalaria el destino más frecuente del paciente fue Atención Primaria (63,9%) y en segundo lugar las consultas de medicina interna (19,5%). En un 33,3% de los informes hospitalarios de alta se recogió un plan de cuidados. En el global del periodo analizado los pacientes tuvieron una media de hospitalizaciones de 4,78 (DE: 2,65) y de consultas de urgencias de 6,55 (DE: 5,85.) La estancia media fue de 7,35 (DE: 4,51) días.

Conclusiones. El perfil de nuestro paciente con IC es similar al descrito en la literatura para los Servicios de Medicina Interna y corresponde predominantemente a mujeres de edad anciana, con fracción de eyección preservada y clase funcional elevada. La mayor parte son pluripatológicos y presentan comorbilidad importante. El tratamiento farmacológico al alta está, en general, bien estandarizado, siendo los diuréticos de asa los fármacos más usados. El uso de B-

Bloqueantes es superior al descrito en otras series. A pesar de la presencia de fibrilación auricular en nuestros pacientes el uso de anticoagulantes es bajo. Por otra parte, la implementación de un plan de cuidados al alta hospitalaria es muy escasa. Las características de nuestros pacientes favorecen la necesidad de un manejo integral y de implicar al especialista en Atención Primaria, al Médico Internista y, al Cardiólogo, para dar una cobertura asistencial adecuada en esta enfermedad.

IC-34

ANÁLISIS DE COMPOSICIÓN CORPORAL EN LA INSUFICIENCIA CARDÍACA

E. Calvo Lasso de la Vega¹, I. García Sánchez², A. Castuera Gil¹ y C. Pérez de Oteyza²

¹Servicio de Urgencias, ²Servicio de Medicina Interna. Hospital General Universitario Gregorio Marañón. Madrid.

Objetivos. Determinar la prevalencia de alteraciones de la nutrición por exceso (obesidad) y por defecto (desnutrición) en los pacientes ingresados con insuficiencia cardíaca. Describir los cambios en la composición corporal según el índice de masa corporal, sexo y edad. Evaluar la utilidad de los diferentes métodos de medición de la composición corporal.

Material y métodos. Estudio observacional transversal de 128 pacientes ingresados con el diagnóstico principal de insuficiencia cardíaca. Se midió peso, talla, IMC, pliegues (tricipital: PCT, subescapular, abdominal), perímetros (circunferencia braquial: CB, muslo, cintura, cadera), parámetros de laboratorio (prealbúmina, hemoglobina, linfocitos...) y análisis de impedancia bioeléctrica. Se analizaron los resultados según IMC, sexo y edad (mayores y menores de 75 años). Análisis estadístico mediante SPSS 11,5: estudio descriptivo, análisis bivariable y multivariable.

Resultados. La edad media de los pacientes fue de 77,23 ± 7,97 años. Del total de 128 pacientes, se pesó y talló a 125 con la prevalencia de alteraciones de la nutrición siguiente: desnutrición: 4,8% (6 pacientes), sobrepeso: 42,4% (53 pacientes) y obesidad: 32% (40 pacientes). 70 pacientes del total eran mujeres. La IC fue de predominio diastólico (68,8%, 87 pacientes), encontrándose diferencias estadísticamente significativas según el sexo ($p = 0,000$). Todos los valores antropométricos fueron más bajos en los pacientes desnutridos, siendo las diferencias entre los cuatro grupos estadísticamente significativas ($p = 0,000$), excepto en el caso del índice cintura-cadera ($p = 0,084$), aunque las cifras también fueron menores en los pacientes desnutridos. El valor de los componentes corporales medidos por impedancia bioeléctrica, expresados en porcentaje del peso corporal de los pacientes seleccionados, fue en los pacientes desnutridos: grasa 21,73 ± 7,96, magro 78,26 ± 7,96 y agua corporal total 57,30 ± 5,84. En los obesos: grasa 38,36 ± 10,34, magro 61,64 ± 10,34 y agua corporal total: 45,12 ± 7,57. Las diferencias de estos componentes corporales entre los cuatro grupos de pacientes fueron estadísticamente significativas ($p < 0,05$). El índice meta (impedancia a 50kHz/IMC) en los pacientes con IMC normal fue 21,96 ± 3,49; los pacientes desnutridos presentaron los valores más altos (30,00 ± 5,17) y los obesos los más bajos (11,97 ± 3,12) ($p = 0,000$). Los factores determinantes de obesidad según el análisis multivariable realizado fueron el sexo, la edad, el perímetro de la cintura y el porcentaje de masa grasa.

Discusión. De un total de 125 pacientes ingresados con el diagnóstico principal de insuficiencia cardíaca, únicamente 6 (4,8%) presentaron desnutrición definido como IMC < 20. 93 (74,4%) tuvieron sobrepeso-obesidad (IMC > 25). Dentro de los diversos métodos de estimación de la composición corporal, los parámetros antropométricos son sencillos de determinar y económicos. En nuestro estudio, existió concordancia entre los parámetros antropométricos determinados y el IMC, encontrándose diferencias estadísticas mediante ANOVA. Sin embargo, la frecuencia de desnutrición por antropometría fue superior a la encontrada por IMC y AIB. Un 6,4% y un 25,9% de los pacientes presentaron un valor de CB y PCT inferior al percentil 50 (p50) de las tablas de Alastrué respectivamente. La desnutrición fue sobreestimada según los parámetros de laboratorio. Mediante regresión logística, existe una fuerte asociación entre la obesidad y el perímetro de la cintura independientemente del sexo.

Un descenso en el índice meta y un aumento en la masa grasa son indicadores de riesgo para la presencia de obesidad (OR > 1).

Conclusiones. Los pacientes ingresados en nuestro servicio de Medicina Interna por IC como diagnóstico principal son en la mayoría de los casos mujeres mayores de 75 años con IC de predominio diastólico. El sobrepeso-obesidad es la alteración del estado nutricional más prevalente en estos pacientes (74,4%). El análisis de impedancia bioeléctrica facilita la medición de los componentes corporales y el índice meta es un indicador muy útil del estado nutricional.

IC-35

PERFIL CIRCADIANO DE LA PRESIÓN ARTERIAL E INSUFICIENCIA CARDÍACA

C. Calvo¹, R. Hermida², J. López Paz¹, M. Rodríguez¹, D. Ayala² y J. González-Juanatey³

¹Unidad de Hipertensión y Riesgo Vascular, ²Servicio de Cardiología. Hospital Clínico Universitario. Santiago de Compostela, A Coruña. ³Laboratorio de Cronobiología y Bioingeniería. Universidad de Vigo. Vigo, Pontevedra.

Objetivos. Un reciente estudio (JAMA 2006;295:2859-66) ha demostrado que un patrón no-dipper (< 10% del descenso nocturno de la presión arterial (PA) respecto a la media diurna) y una elevada PA diastólica nocturna son predictores de Insuficiencia cardíaca (IC). Otros estudios, analizando un grupo reducido de pacientes y con registros metodológicamente poco reproducibles de medida de la PA mediante monitorización ambulatoria de la presión arterial (MAPA), han encontrado una alta prevalencia de perfil no-dipper en pacientes con IC. El objetivo del estudio ha sido investigar el patrón circadiano de variación de la PA en pacientes con IC estudiados con MAPA de 48 horas.

Material y métodos. Se estudiaron 106 pacientes con IC definida según la clasificación de la NYAH (67 hombres y 39 mujeres) con una edad media de 66,5 ± 12,9 años de edad. La medida de PA se monitorizó ambulatoriamente cada 20 minutos entre las 07: 00 y las 23: 00 horas y cada 30 minutos por la noche durante 48 horas consecutivas. La actividad física se monitorizó simultáneamente cada minuto con un actígrafo de muñeca, y la información así obtenida se utilizó para calcular las medias diurna y nocturna de PA para cada paciente en función de su horario individual de actividad y descanso. En todos los casos se realizó una analítica completa de sangre y orina (recogida 24 horas) el día de inicio de la monitorización.

Resultados. La prevalencia del patrón no-dipper en los pacientes con IC fue del 73,6% (además, un 30% de los pacientes presentaron un patrón riser con elevación de la media nocturna de la PA por encima de la media de PA diurna). Las medias de PAS en 24 horas y PAS diurna fueron comparables entre pacientes dipper y no-dipper ($p > 0,169$). Para la PAD, en la media de PAD nocturna no existen diferencias entre ambos grupos de pacientes; sin embargo, las medias de PAD diurna y de PAD de 24 horas son significativamente menores en los pacientes no dipper. En consecuencia, la presión del pulso (PP) ambulatoria fue significativamente mayor en los pacientes no-dipper a lo largo de las 24 horas ($p < 0,001$). Con las limitaciones de un tamaño muestral reducido, los pacientes no-dipper (en comparación con los dipper) presentaron una tendencia hacia valores de un menor filtrado glomerular y niveles de colesterol HDL, y hacia valores mayores de glucosa y creatinina séricas y una mayor eliminación urinaria de albúmina en 24 horas.

Conclusiones. Los pacientes con IC presentan importantes y significativas alteraciones en la regulación de la PA nocturna, con una elevada prevalencia de patrón no-dipper. Un tercio de los pacientes de este estudio presentaron un patrón riser, asociado a un mayor riesgo de morbimortalidad cardiovascular que cualquier otro patrón de variación circadiana de la PA. En los pacientes con IC, el patrón no-dipper está asociado con una alta prevalencia de factores de riesgo cardiovascular y enfermedad vascular establecida, fundamentalmente microalbuminuria y enfermedad renal. En los pacientes con IC debería realizarse sistemáticamente un estudio de MAPA, con el objeto de analizar su perfil circadiano y establecer el esquema terapéutico más adecuado, dirigido a mejorar el control de la PA y a modular dicho perfil.

IC-36

TRATAMIENTO MÉDICO EN LA INSUFICIENCIA CARDÍACA. FRACCIÓN DE YECCIÓN PRESERVADA VS DISFUNCIÓN SISTÓLICA

R. Quirós López, J. García Alegría, S. Domingo González, F. Poveda Gómez, F. Moreno Martínez, J. Aguilar García, L. Mérida Rodrigo y M. Noureddine López

Servicio de Medicina Interna. Hospital Costa del Sol. Marbella, Málaga.

Objetivos. Analizar las diferencias existentes en el tratamiento médico de la Insuficiencia cardíaca (IC) por disfunción sistólica (IC-DS) frente a la IC con fracción de eyección preservada (IC-FEP).

Material y métodos. Estudio de cohorte con análisis retrospectivo de pacientes hospitalizados con diagnóstico principal IC atendidos en un hospital general de 350 camas entre el 1/01/97 y el 31/12/01, con seguimiento posterior de 5 años. Se excluyeron aquellos pacientes con residencia habitual fuera del área de influencia del centro.

Resultados. Durante el período de estudio se incluyeron un total de 400 pacientes ingresados por IC. El perfil de uso de cada uno de los grupos farmacológicos utilizados queda representado en la tabla 1.

Discusión. Los pacientes con IC-DS fueron antiagregados (sobre todo con AAS) en mayor medida que aquellos con IC-FEP. La anticoagulación oral fue indicada en mayor medida en el grupo IC-FEP en probable relación con la elevada prevalencia de fibrilación auricular (51,9% en grupo IC-FEP vs 32% en grupo IC-DS). La práctica totalidad fueron tratados con diuréticos de asa, independientemente del tipo de IC. El uso de diuréticos ahorradores de potasio fue más frecuente en pacientes con IC-DS, si bien en el grupo IC-FEP se usaron en el 37,2%. El uso de IECAS fue mayor en el grupo de IC-DS, mientras que no hay diferencias en el uso de ARA II, a pesar de las recomendaciones para su uso en pacientes con IC-FEP. En el grupo de IC-DS el uso de b-bloqueantes es mayor, aunque no en niveles óptimos en base a las recomendaciones de las guías de tratamiento. Los antagonistas del calcio son más usados en el grupo IC-FEP, en probable relación con su uso para control de frecuencia cardíaca en pacientes con fibrilación auricular.

Conclusiones. El tratamiento de los pacientes con IC varía según el grado de función ventricular, con un significativo mayor uso de b-bloqueantes, IECAS, nitritos transdérmicos y antiagregación en el grupo de disfunción sistólica. Es preciso implementar el tratamiento médico en la IC en base a las recomendaciones de las guías de práctica clínica.

Tabla 1. Tratamiento médico de pacientes con IC (IC-36).

	FEVI > 50% N = 231	FEV < 50% N = 169	p
Antiagregación (%)	128 (55,4%)	110 (65,1%)	< 0,05
Anticoagulación oral (%)	119 (51,5%)	56 (33,1%)	< 0,001
Diuréticos asa (%)	219 (94,8%)	164 (97%)	N.S.
Ahorradores K (%)	86 (37,2%)	95 (56,2%)	< 0,001
IECAS (%)	187 (81%)	157 (92,9%)	< 0,001
ARA II (%)	55 (23,8%)	35 (20,7%)	N.S.
Antagonistas Ca (%)	99 (42,9%)	34 (20,1%)	< 0,001
B-bloqueantes (%)	89 (38,5%)	108 (63,9%)	< 0,001
Digoxina (%)	114 (49,4%)	79 (46,7%)	N.S.
NTG parches (%)	94 (40,7%)	86 (50,9%)	< 0,05

IC-37

TRATAMIENTO DE LA FIBRILACIÓN AURICULAR EN PACIENTES CON INSUFICIENCIA CARDÍACA

J. Camacho, S. Pintado Lalueza y L. Ceresuela Eito

Servicio de Medicina Interna. Hospital de L' Hospitalet-Consorci Sanitari Integral. Hospitalet de Llobregat, Barcelona.

Objetivos. Conocer cual es la prescripción de fármacos antiarrítmicos, anticoagulantes y antiagregantes en los pacientes ingresados en nuestro centro con insuficiencia cardíaca y fibrilación auricular.

Material y métodos. Se realiza análisis retrospectivo de los pacientes ingresados en nuestro centro por insuficiencia cardíaca durante el 2005. Se incluyen datos de edad; sexo; etiología de la insuficiencia cardíaca; clase funcional de NYHA; comorbilidad calculada mediante índice de charlson y datos analíticos básicos (filtrado glomerular

estimado, ionograma, hemograma). Se analizaron datos de electrocardiograma (presencia de fibrilación auricular, bloqueo de rama), ecocardiográficos (disfunción sistólica FE < 50%). Se analizó el uso de fármacos registrando si se usaban iECAS/ARAI; betabloqueantes, digital, amiodarona, calcioantagonistas no hidropiridinico (verapamilo, diltiazem) u otros antiarrítmicos. También se valoró el tratamiento antitrombótico mediante anticoagulantes o antiagregantes.

Resultados. Se incluyen 166 casos con una edad media de 80,7 años (DS9,5) años. Fueron mujeres el 66,9% casos y tuvieron una puntuación de 3,3 (DS1,34) en la escala de charlson en cuanto a comorbilidad. La etiología fue hipertensiva en 75 casos (45). Se constató fibrilación auricular en 87 pacientes (53,7%). Se pautaron iECAS/ARAI en 68 casos (79%). El uso de antiarrítmicos fue el siguiente: en 61 casos recibieron un único fármaco antiarrítmico, en 20 casos recibieron 2 antiarrítmicos y en 5 casos no recibieron ningún antiarrítmico. Los fármacos prescritos fueron digital en 49 ocasiones, bloqueantes del calcio en 21 ocasiones, amiodarona en 13 ocasiones, betabloqueantes en 12 ocasiones, 1 caso flecaínida. El uso de betabloqueantes se dio en pacientes con FE < 50% y el de antagonistas del calcio de forma predominante entre pacientes con FE > 50%. La prevención antitrombótica se realizó en el 81 casos (94%), 45 casos (56%) mediante dicumarínicos, 36 casos (44%), mediante aspirina o clopidogrel.

Discusión. En la práctica clínica en nuestro centro se constató un déficit en la prescripción de anticoagulantes entre los pacientes con fibrilación auricular e insuficiencia cardíaca. La edad avanzada y la comorbilidad pudieron actuar de forma negativa en dicha prescripción. Por otra parte el uso de betabloqueante fue bajo pese a que su utilidad está bien establecida en las guías clínicas para el tratamiento de la insuficiencia cardíaca con disfunción sistólica, y para el control de frecuencia si coexiste disfunción diastólica.

Conclusiones. Se objetiva una elevada prevalencia de fibrilación auricular entre nuestros pacientes ingresados por insuficiencia cardíaca. El uso de anticoagulantes y betabloqueantes está por debajo de lo aconsejado por las guías.

IC-38

ANEMIA EN PACIENTES ANCIANOS CON INSUFICIENCIA CARDÍACA (IC)

C. Navarro San Francisco, M. Amer López, A. Martín

Quirós y J. Camacho Siles

Servicio de Medicina Interna. Hospital Universitario La Paz. Madrid.

Objetivos. 1) Conocer la prevalencia y características hematológicas de la anemia (A) en una población de ancianos seguidos en una consulta monográfica de IC; 2) estudiar los posibles factores etiopatogénicos implicados en la misma; 3) valorar la repercusión clínica que la A pudiera ocasionar en estos pacientes.

Material y métodos. Revisión retrospectiva de una serie de 128 pacientes vistos en una consulta monográfica de IC en un hospital terciario. Se consideró A, un valor de Hb < 13 g/dl en hombres y < 12 en mujeres. Empleo del paquete estadístico SPSS. Correlación de variables cualitativas mediante el test de chi2 y cálculo de coeficientes de correlación para variables cuantitativas.

Resultados. Presentaban A 25 pacientes (19,5%), 13 hombres y 12 mujeres, con una edad media (X) de 82 años (intervalo 54 a 92), que resultó significativamente mayor que la de los no A (X = 76; p < 0,05). La X ± DE de la Hb fue de 11,5 ± 0,8 g/dl (intervalo 10,1 a 12,9). En un 84% de los casos la A era normocítica-normocrómica, en un 12% microcítica y en un solo caso, con hipotiroidismo, era macrocítica. La ferritina sérica era normal o alta en la mayoría de los casos (94%), con una X de 114 ng/ml (intervalo 19 a 274). En ninguno de los pacientes con A se detectó deficiencia de vitamina B12 o folato. Presentaban insuficiencia renal (IR) (creatinina > 0 = de 1,30 mg/dl) el 54% de los pacientes con A. En los 128 pacientes con IC, la presencia de A se asoció significativamente con una peor clase funcional [NYHA III-IV en el grupo A, 52% vs. 17% en el grupo no A; Chi2 13,32; p < 0,001] y con la existencia de IR [IR en el grupo A, 54% vs 19% en el grupo no A; Chi2 11,06; p < 0,001]. Igualmente, en el total de pacientes con IC, se encontró una correlación fuertemente negativa entre los valores de Hb y la velocidad de sedimentación (r = -0,64) y de carácter más débil con la edad (r = -0,34).

Discusión. La presencia de anemia leve o moderada es un hecho fre-

cuenta en los enfermos con IC. Datos recientes publicados en la literatura han demostrado que la anemia es un factor de riesgo independiente en la mortalidad de los enfermos con disfunción de ventrículo izquierdo. Los resultados obtenidos en nuestro estudio coinciden en la relevancia de la anemia como factor de mal pronóstico en pacientes con IC.

Conclusiones. 1) La A en pacientes ancianos con IC crónica, suele ser de intensidad leve y con unas características predominantes que la asemejan a la anemia de los trastornos crónicos, aunque también puede estar implicada en su patogenia la presencia de IR. 2) No obstante, la presencia de A condiciona una peor clase funcional de la NYHA, por lo que debería ser un objetivo específico de tratamiento en este tipo de pacientes.

IC-39

CARACTERÍSTICAS DE LA INSUFICIENCIA CARDÍACA (IC) EN PACIENTES ANCIANOS DIABÉTICOS (D)

M. Amer López, C. Navarro San Francisco, A. Martín Quirós y J. Camacho Siles

Servicio de Medicina Interna. Hospital Universitario La Paz. Madrid.

Objetivos. 1) Conocer la prevalencia de D tipo 2 y otros factores de riesgo cardiovascular en una población de ancianos seguidos en una consulta monográfica de IC. 2) Estudiar si la presencia de D tiene algún tipo de influencia en la etiología de la IC y en el tipo de disfunción miocárdica.

Material y métodos. Revisión retrospectiva de una serie de 128 pacientes ancianos con IC en seguimiento en una consulta monográfica perteneciente al Servicio de Medicina Interna de un hospital terciario. Como medida de control glucídico se determinó la Hb glicosilada (HbA1c) mediante el método habitual. Se utilizó la ecocardiografía bidimensional con doppler-color para el estudio de la función cardíaca. Los datos cuantitativos y cualitativos se manejaron mediante el paquete estadístico SPSS. Se consideró significativa una $p < 0,05$.

Resultados. Presentaban D tipo 2, 42 pacientes (32,8% de los 128 con IC), 14 hombres y 28 mujeres, con una edad media (X) de 77 años (intervalo 43 a 90), que no difería de la de los pacientes sin D. Tenían buen control glucídico (HbA1c $< 6,5\%$) el 33% de los mismos. Entre los pacientes con D, eran hipertensos el 88%, obesos el 43% y presentaban algún tipo de dislipemia el 45%. De estas 3 comorbilidades, solamente la obesidad fue más prevalente en los D que en los pacientes sin D, pero sin alcanzar la significación estadística (43% obesos con D vs. 29% obesos sin D; χ^2 2,39; $p = 0,12$). No hubo diferencias significativas entre el grupo D y el no D en cuanto a la clase funcional de la NYHA. La etiología de la IC en los pacientes con D fue hipertensiva en un 45%, isquémica en un 38% y otras causas el 17%. En cambio en los no D, la HTA fue la causa en un 56%, la isquemia en sólo el 13%, y otras patologías en el 31%. El porcentaje de isquémicos en los D fue significativamente mayor que en los no D (χ^2 9,35; $p < 0,05$). En cuanto al tipo de disfunción miocárdica, valorada por ecocardiograma, los pacientes con D presentaban disfunción sistólica en el 43% y diastólica en el 57%. Por su parte los pacientes sin D tenían disfunción sistólica en el 27% y diastólica en el 73%. La comparación de dichos subgrupos arrojó diferencias en el límite de la significación estadística (χ^2 3,29; $p = 0,06$).

Discusión. Evidencias crecientes demuestran que la alteración de la glucemia es un factor de riesgo para la enfermedad cardiovascular, aunque la relación entre los niveles de glucemia plasmática y el riesgo de desarrollar IC no está bien definido. Estudios recientes, describen la IC como una condición crónica íntimamente ligada a la diabetes, ambas patologías de prevalencia creciente. Los resultados obtenidos en nuestro estudio demuestran esta asociación, así como las características propias de la IC en el subgrupo de pacientes diabéticos.

Conclusiones. 1) La D tipo 2 es una patología muy prevalente en los ancianos con IC, y se asocia frecuentemente a otros factores de riesgo cardiovascular. 2) Las dos etiologías predominantes de la IC en ancianos son la HTA y la isquemia coronaria, pero en los pacientes con D, la prevalencia de isquemia es superior que en los no D. 3) En concordancia con el aumento de prevalencia de isquemia en los pacientes con D, el porcentaje de disfunciones sistólicas en este grupo es mayor que en los pacientes sin D.

IC-40

CONCORDANCIA EN EL DIAGNÓSTICO DE INSUFICIENCIA CARDÍACA REALIZADO EN EL SERVICIO DE URGENCIAS Y TRAS INGRESO EN UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL

M. Domínguez Álvarez, A. Guzmán Robles, P. Salamanca Bautista, E. Guisado Espartero, M. Monserrat García, O. Aramburu Bodas, J. Arias Jiménez y R. Pérez Cano

Servicio de Medicina Interna. Hospital Virgen Macarena. Sevilla.

Objetivos. 1) Descripción de las características epidemiológicas de los pacientes ingresados por insuficiencia cardíaca en el servicio de urgencias de un hospital de tercer nivel. 2) Proporción de ingresos en planta y altas desde el servicio de observación. 3) Comprobar el grado de concordancia del diagnóstico de insuficiencia cardíaca realizado en urgencias y al alta hospitalaria.

Material y métodos. Recogida de datos referidos a todos los pacientes ingresados en observación con juicio clínico de insuficiencia cardíaca, edema agudo de pulmón, disnea paroxística nocturna o insuficiencia cardíaca más otro diagnóstico (FARVR, dolor torácico, anemia) en el periodo comprendido entre el 24/11/06 y el 23/12/06. Elaboración de una base de datos y análisis estadístico con el programa SPSS.

Resultados. Se recogieron un total de 111 pacientes, siendo el 50,5% varones y el 49,5% mujeres. La edad media de dichos pacientes era de 73 años. La distribución de los pacientes tras el ingreso fue la siguiente: el 18% fue dado de alta desde observación, el 68% pasó a planta de M.I., el 13% pasó a planta de Cardiología y el 1% pasó a otras plantas. Del total de pacientes que ingresaron en planta con diagnóstico de Insuficiencia cardíaca, el 39,53% no padecía dicha enfermedad previamente mientras que en el 60,46% ya era conocida. En cuanto al diagnóstico al alta, en un 68,60% del total de pacientes que ingresaron en planta, dicho diagnóstico coincide con el del ingreso y en un 29% no coincide (siendo el diagnóstico más frecuente la insuficiencia respiratoria).

Discusión. De los pacientes ingresados en Observación con diagnóstico de insuficiencia cardíaca, un 82% precisó ingreso en planta, principalmente en plantas de MI. Ingresan el mismo porcentaje de hombres que de mujeres. En un 60,46% de los pacientes dicha enfermedad ya era conocida previamente. Al alta de planta el diagnóstico concuerda con el de ingreso en el 68,60% del total. El diagnóstico alternativo más frecuente fue la insuficiencia respiratoria, para lo cual habría sido útil disponer de la determinación de BNP como prueba diagnóstica que nos permitiera realizar más adecuadamente el diagnóstico diferencial con I. cardíaca desde el servicio de urgencias, como ocurre en otros hospitales de tercer nivel.

Conclusiones. El porcentaje de pacientes con sospecha diagnóstica de I. cardíaca descompensada que consulta en urgencias y que precisa ingreso en planta es muy elevado, no existiendo diferencias en cuanto al sexo. La edad media de estos pacientes es elevada, siendo similar en su distribución por sexos. La mayor parte ingresa en el servicio de Medicina Interna. La concordancia de diagnóstico en urgencias y tras el ingreso fue mayor si existía diagnóstico previo de I. cardíaca. Los hospitales de tercer nivel deben disponer de otros medios de ayuda para el diagnóstico inicial de I. cardíaca, pues sigue existiendo un elevado nivel de errores.

INFLAMACIÓN/ENFERMEDADES AUTOINMUNES

IF-1

MENINGITIS ASÉPTICA Y CONECTIVOPATÍAS, PRESENTACIÓN DE 3 CASOS

L. Sáez Comet¹, J. Velilla Marco¹, I. Martín Algorta², A. García Aranda¹ y M. Pérez Conesa³

¹Servicio de Medicina Interna (Ud. de Sistémicas), ²Servicio de Medicina Interna. Hospital Universitario Miguel Servet. Zaragoza.

³Servicio de Medicina Interna. Hospital Royo Villanova. Zaragoza.

Objetivos. Describir 3 casos de meningitis asépticas en pacientes con conectivopatías.

Tabla 1. Resumen casos clínicos (IF-1).

	Mujer 35 años	Mujer 37 años	Varón 17 años
Antecedentes	Sin interés Lesiones vesiculosas Cefalea, fiebre	LES (artralgias, fotosensibilidad, AL+, preeclampsia). Tto: hidroxicloroquina, AAS e Ibuprofeno Cefalea Fiebre	LES-EMTC Retraso puberal. Adenoidectomía. Fractura vertebral dorsal.
Clínica y expl. física	Uveitis ant y post Derrame pericárdico ligero Gsa 74 mg/dl, prots 53 mg/dl, leucocitos 60/mm ³ ,	Rigidez nucal Depresión nivel conciencia Gsa 47,8 mg/dl, prots 126,9 mg/dl Leucocitos 40/mm ³ ,	Rash malar, astenia, fiebre. Deterioro general, meningismo Gsa 77 g/dl, prots 109 mg/dl, 330 leucocitos
LCR	(47% polinucleares, 53% mononucleares)	4% polinucleares, 96% mononucleares TC craneal sin lesiones RMN lesiones hiperintensas sust blanca.	8% polinucleares 92% mononucleares
Imagen	TC craneal sin lesiones Ceftriaxona + vancomicina + aciclovir	Ceftriaxona + vancomicina + aciclovir + dexametasona 8 mg/6 h Precisó intubación 72 h Mejoría progresiva, hemiparesia dcha residual leve	TC craneal sin lesiones.
Tratamiento	→ colchicina + corticoides		Ceftriaxona + aciclovir + metilprednisolona 80 mg/d
Evolución	Mejoría con corticoides		Mejoría progresiva. Meningitis aséptica? infecciosa?
Diagnóstico inicial	Enfermedad de Behçet	Meningitis aséptica x LES? x ibuprofeno?	

Material y métodos. Revisión retrospectiva de las historias clínicas de 3 casos de meningitis aséptica.

Resultados. Ver tabla de datos.

Discusión. Las meningitis asépticas pueden ser una manifestación precoz de conectivopatías. Se han descrito casos en conectivopatías y tratamiento con IBUPROFENO y otros AINEs. Exigen descartar las meningitis virales o bacterianas decapitadas, por lo que deberían tratarse inicialmente con antibióticos, aciclovir y corticoides, hasta disponer de los cultivos.

Conclusiones. Las meningitis asépticas pueden ser una manifestación precoz de conectivopatías, como el LES y de la Enf de Behçet.

**IF-2
ESTUDIO DE LA ASOCIACIÓN DE LA ESCLEROSIS SISTÉMICA CON LOS GENES HLA CLASE II.**

C. Simeón¹, V. Fonollosa¹, L. Armadans², E. Palou³, A. Selva¹, C. Tolosa⁵, E. Moreno⁴ y M. Vilardell¹

¹Servicio de Medicina Interna. Hospital General Vall d'Hebron - Área General. Barcelona. ²Servicio de Medicina Preventiva,

³Centro de Transfusiones y Tejidos. Hospitals Vall d'Hebron.

Barcelona. ⁴Reumatología. Hospital Sant Rafael. Barcelona.

⁵Servicio de Medicina Interna. Corporació Sanitària Parc Taulí. Sabadell, Barcelona.

Objetivos. Determinar las asociaciones entre los genes del complejo mayor de histocompatibilidad (HLA) en una serie de enfermos con esclerosis sistémica (ES) y describir las posibles asociaciones con los diferentes subtipos de la enfermedad.

Material y métodos. Se incluyen 100 pacientes con ES controlados en el Servicio de Medicina Interna y 130 controles. El estudio fue aprobado por el Comité Ético del Instituto de Investigación. Los enfermos con ES son divididos en 3 subtipos dependiendo de la extensión de la esclerosis: ES Difusa, Es limitada y ES sine escleroderma. Se determinaron los alelos de los haplotipos: HLA-DRB1 por PCR-SBT y los de HLA-DQB1 por PCR-SSO. Se utilizó el test de Fisher para realizar las comparaciones de las frecuencias de los alelos del HLA entre el grupo control y el grupo de enfermos y entre los diferentes subtipos de la enfermedad cutáneos.

Resultados. El grupo de pacientes está compuesto por 89 mujeres y 11 hombres con edades medias eal diagnóstico de ES de 50 años (rango 15-74). Distribución por subtipos: 57 ES Limitada, 30 ES difusa y 13 ES sine scleroderma. El 37% de los enfermos con ES expresaban HLA-DR 11 frente a un 19,2% del grupo control resultando ser la asociación estadísticamente significativa (p = 0,004). Específicamente el alelo DRB1*1104 se asociaba al grupo de enfer-

mos (20% versus 8,5% de los controles p = 0,018). La presencia de HLA- DR 7 protegía de la enfermedad ya que sólo el 15% de los enfermos lo expresaban frente a un 44% del grupo control (p = 0,001) siendo el DRB1* 0701 el alelo del haplotipo DR7 que se asoció de manera significativa al grupo control (33,8% versus 15% de los enfermos, p = 0,001). En la región HLA-DQB el haplotipo HLA-DQB1*03 estaba presente en el 69,8% de los enfermos y el 53,8% del grupo control (p = 0,019) y específicamente el alelo DQB1* 0301 está asociado de manera significativa a la presencia de ES (47,9% de pacientes y 29,2% de los controles p = 0,005). El 50,8% de los controles expresaban DQB1*2 confiriendo efecto protector (p = 0,015). EL 36,8% de los enfermos con ES Limitada expresaban HLADRB1*04 y sólo un 10% del grupo de la ES Difusa siendo la asociación estadísticamente significativa (p = 0,011). El grupo de ES difusa presentaban asociación estadísticamente significativa con el alelo HLAB1* 1104 (p = 0,009; 36,7% ES difusa; 10,5% ES Limitada).

Discusión. Se han encontrado diferentes asociaciones de HLA en enfermos con ES dependiendo del origen étnico. En el estudio actual, que es el primero realizado en España, se han observado asociaciones con el alelo HLADRB1* 1104; éste hecho ya había sido observado en otras series de pacientes de raza caucásica no españoles. El efecto protector del haplotipo DR 7 sólo se había descrito en un estudio previo en el que se incluían enfermos ingleses. En el estudio actual se ha podido especificar que el efecto protector lo confiere el alelo DRB1* 0701. Los resultados observados en la región HLA-DQB1 no habían sido descritos hasta ahora. Con relación a los subtipos, la forma limitada se ha asociado con HLADRB1* 04, relación que no se había comunicado con anterioridad. Al igual que en otras series el alelo HLAB1*1104 se ha demostrado que está asociado con la forma difusa.

Conclusiones. Los enfermos con esclerodermia presentan asociaciones con determinados alelos de los genes de HLA e incluso se observan diferencias dependiendo del subtipo cutáneo.

**IF-3
ESTUDIO DESCRIPTIVO DE UNA POBLACIÓN DE PACIENTES CON ARTRITIS REUMATOIDE DE INICIO EN EL ANCIANO (ARIA)**

V. Navarro Pérez¹, F. Jódar Morente², M. Romero², J. Martos² y C. García²

¹Servicio de Medicina Interna, ²Servicio de Reumatología. Complejo Hospitalario de Jaén. Jaén.

Objetivos. Se considera ARIA, aquellos casos en que la enfermedad aparece después de los 60-65 años. Nuestro objetivo es analizar una

Tabla 1. Características clínicas (IF-3).

Articulaciones inflamadas visita basal	10 pacientes	Media: 4,25 articulaciones/paciente
Articulaciones dolorosas visita basal	10 pacientes	Media: 4,33 articulaciones/paciente
Patron de comienzo	Aditivo: 5 ptes. Migratorio: 5 ptes. Palindromico: 2 ptes.	% aditivo: 41% % migratorio: 41% % palindromico: 16%
Simetría	10 pacientes	% simetría: 83%
Afectación cintura escapular	9 pacientes	% cintura escapular: 75%
Fiebre	0 pacientes	% fiebre: 0%
Síndrome constitucional	4 pacientes	% sd. Constitucional: 33%
Factor reumatoide positivo	7 pacientes	% f. Reumatoide positivo: 58%
Signos radiológicos osteopenia	3 pacientes	% osteopenia: 25%
Signos pinzamiento articular	2 pacientes	% pinzamiento: 16%
Rigidez	3 pacientes	% rigidez: 25%

población de pacientes con ARIA y describir sus características clínico-analíticas.

Material y métodos. Estudiamos 15 pacientes con ARIA* (9 varones y 6 mujeres), con edad media de 71 años. Todos procedían de la Sección de Reumatología del Complejo Hospitalario de Jaén. El cuestionario se aplicó en el momento del diagnóstico, a los 3, 6 y 9 meses. *AR según criterios ACR, inicio > 65 años.

Resultados. Ver tabla.

Discusión. Los resultados obtenidos intentan aportar nuevas características sobre una enfermedad cuyo modo de presentación difieren de la forma en que lo haría una artritis reumatoide que se presenta en pacientes de menos de 65 años. Reconocemos que nuestro análisis esta realizado con un número pequeño de pacientes, pretendemos aportar más datos sobre una enfermedad que aun es algo desconocida y necesita estudios más amplios.

Conclusiones. A pesar del escaso número de pacientes, podemos confirmar que el perfil de la ARIA difiere de la Artritis Reumatoide de Inicio en el Joven. Nos podemos hacer la siguiente pregunta: ¿se trata realmente de la misma enfermedad?, ¿hasta que punto intervienen factores inmunológicos, genéticos y hormonales en las diferencias observadas entre ambas entidades?

IF-4

ANÁLISIS EVOLUTIVO DE UNA POBLACIÓN DE PACIENTES CON ARIA

V. Navarro Pérez¹, F. Jodar Morente², M. Romero², C. García² y J. Martos²

¹Servicio de Medicina Interna, ²Servicio de Reumatología. Complejo Hospitalario de Jaén. Jaén.

Objetivos. La artritis reumatoide de inicio en el anciano es una enfermedad que se caracteriza por comenzar después de los 60 años, con una serie de características que la distinguen de la artritis de comienzo más precoz. El proposito de este estudio es evaluar una cohorte de 15 pacientes con artritis de comienzo en el anciano, tratando de describir y evaluar la evolución de una serie de patrones clínicos y analíticos, examinando los cambios que se van a producir en un período comprendido entre la primera y la tercera visita a nuestra consulta que equivaldría a 9 meses. En este período se analizaron parámetros analíticos de inflamación, las formas de inicio de la enfermedad, número de articulaciones afectas, pautas de tratamiento, patrones radiológicos, y evolución clínica de los pacientes.

Material y métodos. Se constituye un grupo de estudio formado por pacientes que van a presentar artritis reumatoide de inicio a partir de los 60 años, provenientes del área de reumatología, con un seguimiento medio de 9 meses, entre noviembre de 2005 a julio de 2006. Se analizaron parámetros analíticos de inflamación, las formas de inicio de la enfermedad, número de articulaciones afectas, pautas de tratamiento, patrones radiológicos, y evolución clínica de los pacientes. Nuestro proposito es determinar los cambios de estos parámetros una vez se a iniciado el tratamiento con AINEs, prednisona, antipaludicos o metotrexate.

Resultados. Se produjo una reducción del número de pacientes que presentaba inflamación articular del 65% a un 13% tras iniciar tratamiento. Además, no solo disminuyo la inflamación sino que además se consiguio controlar el dolor con disminución paulatina del número

de afectos del 65% pacientes con dolor al inicio y solo el 5% al final del período. En cuanto al tratamiento, el 66% de los pacientes recibieron tratamiento con prednisona y AINEs, un 33% tomaron antipaludicos y solo un 13% estaban con metotrexate. Los signos radiológicos que aparecieron fue de 3 pacientes con signos de osteopenia, 2 con signos de pinzamiento articular. En cuanto a factor reumatoideo, 7 pacientes fueron positivos.

Discusión. Tras valorar la evolución de esta cohorte de pacientes vemos como existe una progresión de la enfermedad, disminuyendo clínicamente las manifestaciones una vez se inicio tratamiento convencional con antiinflamatorios, prednisona, metotrexate o antipaludicos, obteniendose una respuesta adecuada y un buen control de síntomas de los pacientes.

Conclusiones. A pesar de tratarse de entidades diferenciales entre la artritis reumatoide de inicio precoz y que se desarrolla a partir de los 65 años, parece logico pensar que el mismo tratamiento en ambas entidades ya que, aunque con formas de inicio y características clínicas distintas, presentan sin duda una etiopatogenia común. Pretendemos hacer incapié sobre una entidad poco conocida y bastante común como la ARIA, mostrando una buena respuesta a la terapia convencional.

Tabla 1. Evolución (IF-4).

	Primera visita	Segunda visita	Tercera visita
Articulaciones dolorosas	65% pacientes	26% pacientes	5% pacientes
Articulaciones inflamadas	65% pacientes	40% pacientes	13% pacientes

IF-5

ARTRITIS SEUDOSÉPTICA EN PACIENTES TRATADOS CON INHIBIDORES DEL TNF-ALFA

P. Miramontes¹, A. Antolí¹, E. Puerto¹, N. Cubino¹, A. Maillo², D. Méndez², C. Montilla³ y J. Del Pino³

¹Servicio de Medicina Interna. Hospital Universitario de Salamanca. H. Virgen de la Vega. Salamanca. ²Servicio de Medicina de Familia. Complejo Asistencial de Salamanca. Salamanca. ³Servicio de Reumatología. Hospital Universitario de Salamanca. H. Clínico. Salamanca.

Objetivos. La artritis reumatoide (AR) es un factor que predispone a la aparición de artritis infecciosa (AI). La inmunodepresión de estos pacientes es una de las causas responsables. En ocasiones, se presentan cuadros similares a artritis séptica tanto en las características del líquido sinovial como en la expresividad clínica con cultivo negativo (artritis pseudoséptica). En la actualidad poco se conoce de la presencia de estos cuadros y los mecanismos implicados en pacientes con AR que reciben TNF α .

Material y métodos. En la actualidad tenemos ciento veinticinco pacientes en tratamiento con terapias biológicas. Se estudiaron los pacientes que presentaron cuadros compatibles con artritis séptica acaecidos en el Hospital de día de la unidad de Reumatología desde su comienzo en diciembre de 2002.

Resultados. Los casos de los pacientes se resumen de la siguiente manera: Paciente 1: mujer de 71 años de edad. AR de más de 20

años de evolución. Tratamientos anteriores con sales de oro, metotrexate, leflunomida y adalimumab. Desde hace 15 meses en tratamiento con etanercept y prednisona 5 mg/día. La paciente presenta dolor en codo derecho de 15 días de evolución, mal estar general y fiebre de 38°. No síntomas que sugieran infección a otro nivel. En la exploración presenta una tumefacción en codo derecho, resto de articulaciones normales. En sangre: Leucocitos: 9.200 (neutrófilos 90%). VSG: 67. PCR > 9. Se realizó artrocentesis con Leucocitos 65.000 (PMN de 90%). Glucosa: 20 mg/dl. Se trató con Vancomicina y ciprofloxacino. Paciente 2: Paciente varón de 50 años. Artritis reumatoide de 10 años de evolución. En tratamiento con Adalimumab (desde hace dos años), metotrexate (5 mg/semanales), prednisona 5 mg/día. Presenta dolor brusco en codo izquierdo de un día de evolución. Fiebre de 39°. Ligera disuria. En la exploración se observó inflamación de codo izquierdo. Leucocitos: 10.300 (neutrófilos 85%). PCR 1,2. VSG: 45. Cultivo de orina negativo. Se realizó artrocentesis extrayendo Leucocitos 50.400 (90% neutrófilos). Glucosa 40 mg/dl. Se pauta tratamiento con cloxacilina 2 gramos/cada 4 horas. Paciente 3: mujer de 33 años. Artritis reumatoide de 8 años de evolución. Tratamiento anteriores con Metotrexate, leflunomida y adalimumab. En este momento en tratamiento con etanercept desde hace un año. Presenta desde hace 2 días dolor y tumefacción en rodilla derecha. No presenta fiebre. No otros síntomas que sugieran infección. Tumefacción en rodilla derecha. Leucocitos 8400 (PMN 85%). PCR de 4,1. VSG: 56. Leucocitos 76.650. Glucosa < 20 mg/dl. Proteínas < 2 g/dl. Se trata con cloxacilina 2 gramos/cada 4 horas. Los cultivos de los líquidos sinoviales de todos los pacientes fueron negativos. No se evidenciaron cristales.

Discusión. A pesar de haberse comunicado anteriormente casos de pacientes en tratamiento biológico y artritis de apariencia infecciosa y cultivo negativo y no ser la artritis séptica una complicación frecuente en estos pacientes. Ante la presencia de enfermos con fiebre y dolor agudo, generalmente monoarticular, con leucocitosis en sangre y líquido sinovial es necesario el cultivo y la instauración de tratamiento antibiótico intravenoso empírico.

Conclusiones. La artritis pseudoséptica no fue una complicación frecuente en nuestros pacientes tratados con inhibidores de necrosis tumoral. Sin embargo, debemos considerar esta posibilidad ante la presencia de síntomas generales y artrocentesis con líquido purulento.

IF-6

VALOR DE LA CAPILAROSCOPIA EN PACIENTES CON MIOPATÍA INFLAMATORIA

E. Trallero Araguás¹, A. Selva O'Callaghan¹, V. Fonollosa Pla¹, X. Martínez Gómez², C. Simeón Aznar¹, R. Solans Laqué¹, M. Labrador Horrillo¹ y M. Vilardell Tarrés¹

¹Servicio de Medicina Interna, ²Servicio de Medicina Preventiva y Epidemiología. Hospitals Vall d'Hebron. Barcelona.

Objetivos. La capilaroscopia es una exploración incruenta que permite analizar las características de la microcirculación en el lecho ungueal. Esta bien demostrada su utilidad en el diagnóstico diferencial del fenómeno de Raynaud y en la esclerodermia. El objetivo de este estudio es el análisis y la descripción de las características capilaroscópicas en una serie de 56 pacientes con miopatía inflamatoria idiopática (MI) y su relación con los distintos tipos de miopatía así como con su expresividad clínica.

Material y métodos. Cincuenta y seis pacientes diagnosticados de MI fueron estudiados consecutivamente, mediante un estereomicroscopio Wild M3 con fuente luminosa fría Intralux 5000 Volpi (Urdof, Zurich, Switzerland). Se analizaron los siguientes parámetros en los dedos de ambas manos, con excepción del pulgar: densidad capilar por mm longitud, morfología de los capilares (tortuosidad, dilataciones, ramificaciones), presencia de microhemorragias y distribución irregular de la matriz. Se definió una puntuación en función del número de alteraciones observadas y se correlacionó con las manifestaciones clínicas y subtipos clínicos e inmunológicos, así como con la actividad de la enfermedad evaluada mediante la escala visual VAS y la escala Lickert. El método estadístico incluyó un análisis univariado de los datos para la descripción de variables categóricas (proporción, número) o continuas (mediana, rango). Se consideró como variable dependiente el total de lesiones observadas por capilarosco-

pia (> 4 lesiones). Se realizaron estudios bivariados mediante el test de χ^2 o exacto de Fisher (variables independientes categóricas) y la prueba de U Mann-Whitney (variables independientes continuas). El análisis de variables con más de 2 categorías se realizó mediante el test de Kruskal-Wallis. Se consideró significancia estadística una $p < 0,05$.

Resultados. Se estudiaron de forma prospectiva 56 pacientes (44 mujeres, 12 varones; edad media 46,7 años, DE 15,2) diagnosticados de MI (38 dermatomiositis, 15 polimiositis, 3 miositis por cuerpos de inclusión) seguidos en régimen ambulatorio. La comparación entre los diferentes subgrupos de MI, reveló que la presencia de microhemorragias se asociaba de forma significativa a la DM (OR 4,9; IC 95% 1,2-20,4). No se apreciaron diferencias entre los distintos subgrupos inmunológicos. El fenómeno de Raynaud se asoció significativamente con la presencia de microhemorragias (OR 3,2; IC 95% 1,0-10,0) y no con la densidad capilar. El número de alteraciones observadas en la capilaroscopia fue significativamente mayor en los pacientes con MI y neumopatía intersticial (OR 4,0; IC 95% 1,2-13,3). La distribución irregular de los capilares del lecho ungueal se asoció significativamente con la presencia de cáncer (OR 15,7; IC 95% 2,2-113,5). La puntuación de las escalas VAS (OR 4,0; IC 95% 1,2-13,5) y Lickert (OR 3,8; IC 95% 1,2-12,6) de actividad, recodificadas en variables dicotómicas, se relacionó con el número de alteraciones capilaroscópicas de forma significativa ($p < 0,05$).

Discusión. Las alteraciones capilaroscópicas son frecuentes en los pacientes con MI, y entre ellas las más características son las microhemorragias ungueales, que aparecen con mayor frecuencia en la DM. La ausencia de asociación entre el fenómeno de Raynaud y la disminución de la densidad capilar, tal como se observa en la esclerodermia, y la relación significativa entre microhemorragias y fenómeno de Raynaud, apunta a un mecanismo etiopatogénico diferente. La capilaroscopia podría ser útil en la monitorización de la actividad de la enfermedad, así como en la identificación precoz de los pacientes con neumopatía intersticial asociada a MI. La distribución irregular de la matriz capilar es característica de la miositis paraneoplásica, aunque estos resultados deberían confirmarse en estudios más amplios.

Conclusiones. La capilaroscopia es una técnica incruenta útil para el diagnóstico y seguimiento evolutivo de los pacientes con MI.

IF-7

MIOSITIS PARANEOPLÁSICAS, VALOR DE LOS ANTI-CUERPOS ANTI-155/140 KD

E. Trallero Araguás¹, A. Selva O'Callaghan¹, M. Labrador Horrillo¹, M. Martínez Carretero², J. Prieto¹, R. Solans Laqué¹, M. Vilardell Tarrés¹ y J. Rodríguez Sánchez²

¹Servicio de Medicina Interna. Hospitals Vall d'Hebron. Barcelona. ²Servicio de Inmunología. Hospital de la Santa Creu i Sant Pau. Barcelona.

Objetivos. Los anticuerpos específicos de miositis nos permiten definir subgrupos clínicos con implicaciones pronósticas y terapéuticas en los pacientes con miopatía inflamatoria (MI). Recientemente se ha descrito la presencia de un nuevo autoanticuerpo frente a una proteína nuclear de 155/140 kD como marcador de neoplasia en este grupo de pacientes. Nuestro objetivo fue determinar la prevalencia del anticuerpo anti-155/140 kD en una serie de 113 pacientes con MI y establecer su valor clínico y capacidad diagnóstica en los casos de miositis paraneoplásica.

Material y métodos. Estudio transversal, retrospectivo que incluyó a 113 pacientes diagnosticados de MI (criterios de Bohan y Peter para las dermatomiositis/polimiositis; criterios internacionales en miositis por cuerpos de inclusión), seguidos en régimen ambulatorio durante el período 1983-2007. La miositis se consideró como paraneoplásica cuando el intervalo entre la aparición del cáncer y la MI fue de menos de 3 años. Mediante técnicas de inmunoprecipitación de proteínas e inmunoblot se analizó la presencia de una banda que correspondía al peso molecular de una proteína de 155/140 kD. Las implicaciones diagnósticas de los anticuerpos anti-155/140 kD respecto a la existencia o no de una miositis paraneoplásica se evaluaron calculando la sensibilidad, la especificidad, el valor predictivo positivo (VPP), el valor predictivo negativo (VPN) y el área bajo la

curva (AUC-ROC), tomando como referencia el diagnóstico de miositis paraneoplásica (WinPepi versión 2,6).

Resultados. Entre 1983 y 2007, se estudiaron 113 pacientes diagnosticados de MI (79 mujeres, 34 varones; edad media 49 [16,65] años), 66 dermatomiositis, 31 polimiositis, 4 miositis por cuerpos de inclusión, con un seguiminetto medio de 7,5 (5,6) años. En 12 pacientes se diagnosticó miositis paraneoplásica (ovario [3], mama [2], colon [2], vulva, estómago, nasofaríngeo y pulmón [1]). El anticuerpo anti-155/140 kD se detectó en 12 pacientes, diez en el grupo de miositis asociada a cancer. En el grupo de pacientes con miositis paraneoplásica, los anticuerpos anti-155/140 kDa fueron significativamente más frecuentes que en el resto de pacientes con MI ($p = 0,001$). La positividad para anti-155/140 kD como marcador de cáncer en pacientes con miositis demostró una sensibilidad del 83%, una especificidad del 96%, con un VPP del 84% y un VPN del 98%, y un AUC-ROC del 91%.

Discusión. Numerosos estudios epidemiológicos sustentan el concepto de que algunos pacientes con MI, especialmente aquellos con dermatomiositis pueden tener un comportamiento paraneoplásico. Estudios en pacientes asiáticos y en población anglosajona han sugerido una asociación entre los anticuerpos anti-155/140 kD y cáncer en pacientes con MI. Los resultados obtenidos en este estudio confirman la utilidad de los anticuerpos anti-155/140 kD en el diagnóstico de la miositis asociada a cáncer en nuestro medio y permiten identificarlo como un nuevo autoanticuerpo específico de miositis, en este caso asociado a neoplasia. La adecuada caracterización del antígeno responsable de este autoanticuerpo probablemente permita el desarrollo de técnicas más simples (ELISA) que puedan realizarse en la práctica clínica diaria y que ayuden al clínico a identificar entre los pacientes con MI aquellos que se acompañan de cáncer.

Conclusiones. Los anticuerpos anti-155/140 kD pueden considerarse específicos de miositis y se asocian a las miositis paraneoplásicas de forma significativa.

IF-8

CAUSAS DE MUERTE EN UNA SERIE DE 318 ENFERMOS CON ESCLERODERMIA

C. Simeón¹, V. Fonollosa¹, A. Selva¹, R. Solans¹, C. Pérez-Bocanegra¹, J. Lima¹, M. Villar¹ y M. Vilardell¹

Servicio de Medicina Interna. Hospital General Vall d'Hebron - Área General. Barcelona.

Objetivos. Analizar las causas de muerte en una serie de 318 enfermos con esclerodermia

Material y métodos. Se incluyen 318 enfermos (285 mujeres y 33 varones) diagnosticados de esclerodermia entre enero de 1976 y mayo de 2007. La distribución, según los distintos subtipos fue la siguiente: 188 pacientes con la forma limitada, 63 con la difusa, 46 son esclerodermia sine esclerodermia y 21 con pre-esclerodermia. Los datos relacionados con la muerte se obtuvieron de la revisión de las historias clínicas.

Resultados. Se han registrado 74 muertes y las causas fueron: 12 por crisis renal esclerodérmica; 7 por fibrosis pulmonar; 13 por hipertensión arterial pulmonar; 8 por fibrosis pulmonar con hipertensión arterial pulmonar; 7 por insuficiencia cardíaca; 10 por distintas neoplasias, 10 enfermos por otras causas, y en 7 no pudo averiguarse la causa de la muerte. Según los grupos cutáneos, la distribución de las muertes fue: forma difusa 22 (34,9%); forma limitada 48 (25,5%) y esclerodermia sine esclerodermia 6 (13,04%).

Discusión. Hasta hace unos años, la causa más frecuente de muerte en los enfermos con esclerodermia era la crisis renal. En la serie estudiada, la afección pulmonar importa, globalmente, el 38% de las muertes. La crisis renal se sitúa en segundo lugar con un 16,2%. Este hecho viene constatándose en las diferentes series que se han publicado recientemente. Se atribuye, este cambio, al mejor pronóstico de la crisis renal, observado después de la introducción de los IECAs como tratamiento de elección. No obstante, en otras series el pronóstico de la crisis renal no es tan favorable.

Conclusiones. La afección pulmonar, tanto en su forma intersticial difusa como en la vascular en forma de hipertensión arterial pulmonar, es la principal causa de muerte en los enfermos con esclerodermia.

IF-9

CRISIS RENAL ESCLERODÉRMICA: EVOLUCIÓN Y PRONÓSTICO

A. Epalza¹, C. Simeón², V. Fonollosa², A. Segarra³, R. Solans², J. Bosch², J. Prieto² y M. Vilardell²

¹Servicio de Medicina Interna. Hospital de Cruces. Barakaldo, Vizcaya. ²Servicio de Medicina Interna, ³Servicio de Nefrología. Hospital General Vall d'Hebron - Área General. Barcelona.

Objetivos. Analizar la frecuencia, las características clínico-epidemiológicas, la morbimortalidad y el pronóstico de la crisis renal esclerodérmica (CRE).

Material y métodos. Se estudian 13 pacientes con CRE de una serie de 318 pacientes afectos de esclerodermia (ESC) (285 mujeres y 33 varones). Según los subtipos de la enfermedad: 188, con la forma limitada; 63, con la difusa; 46, esclerodermia sine esclerodermia y 21, pre-esclerodermia. Los datos se obtuvieron de la revisión de las historias clínicas.

Resultados. Se han registrado 13 (4,08%) pacientes (10 varones y 3 mujeres) que presentaron una CRE. Un 69,23% pertenecía a la forma difusa de la enfermedad, un 23,07% tenía la forma limitada y el 7,69 formaba parte del grupo ESC sine ESC. La mediana de edad de los pacientes cuando presentaron la CRE fue de 52 años (18-65) y la mediana del tiempo que transcurrió desde el inicio de la enfermedad fue de 48 meses (0-480). La mediana desde el diagnóstico de la CRE hasta el éxitus fue de 2 meses. La mortalidad alcanzó el 85% de los pacientes (11/13) y los 2 vivos se hallan en situación de insuficiencia renal crónica. Un 69% presentó insuficiencia cardíaca y en un 54% se constató anemia hemolítica microangiopática. La CRE tuvo lugar dentro de los primeros 4 años de evolución de la enfermedad en un 75% de los casos.

Discusión. Hasta hace unos años la CRE era la principal causa de muerte de los pacientes con esclerodermia (ESC). Con la introducción de los inhibidores de la enzima conversiva de angiotensina (IECAs) en el tratamiento de la CRE, la supervivencia mejoró, pasando a ser, la crisis renal, la segunda causa de muerte, después de la afección pulmonar. En la serie del estudio se registra una elevada mortalidad, a pesar de que todos los enfermos recibieron tratamiento con IECAs (y otros antihipertensivos) desde el comienzo de la sintomatología. En la mayoría de los casos se realizó terapia sustitutiva mediante diálisis. En este sentido, puede indicarse que, como se ha observado en otros estudios, si bien los IECAs mejoran la supervivencia en las fases iniciales de la CRE, la mortalidad, en general, sigue siendo alta. De ahí, se desprende la propuesta sugerida por algunos autores de indicar profilácticamente los IECAs en las fases tempranas de las formas difusas.

Conclusiones. La crisis renal es una manifestación poco frecuente de la esclerodermia y la presentan, especialmente, los pacientes con la forma difusa de la enfermedad, sobre todo en las fases iniciales, que sigue teniendo un mal pronóstico, a pesar del tratamiento antihipertensivo con IECAs.

IF-10

TRATAMIENTO CON BOLUS DE CICLOFOSFAMIDA EN PACIENTES CON ENFERMEDAD PULMONAR INTERSTICIAL DIFUSA SECUNDARIA A ESCLERODERMIA

A. Epalza¹, C. Simeón², V. Fonollosa², A. Selva², X. Muñoz³, H. Vargas⁴, E. Trallero² y M. Vilardell²

¹Servicio de Medicina Interna. Hospital de Cruces. Barakaldo, Vizcaya. ²Servicio de Medicina Interna, ³Servicio de Neumología. Hospital General Vall d'Hebron - Área General. Barcelona.

⁴Servicio de Medicina Preventiva. Hospital Vall d'Hebron. Barcelona.

Objetivos. Valorar el efecto del tratamiento, a largo plazo, con ciclofosfamida iv en bolus en pacientes con enfermedad pulmonar intersticial difusa (EPID) asociada a esclerodermia (ES).

Material y métodos. Se incluyeron 16 pacientes no fumadores (15 mujeres y 1 varón) con EPID asociada a ES. Con ES difusa habían 10 enfermas y 6 con la forma limitada. La pauta de tratamiento con CF iv fue inicialmente mensual a dosis de 0,5 g/m² de superficie corporal durante los 6 primeros meses, bimensual los siguientes 6 meses y trimestral durante el segundo año de tratamiento. La valoración pulmonar se realizó antes de iniciar el tratamiento, a los 6, a los 12 y a los 24 meses y posteriormente anualmente hasta un segui-

miento de 4 años. Incluyó: clínica y pruebas funcionales respiratorias (PFR) con determinación de la difusión de CO (DLCO). Se calculan las medianas de los siguientes parámetros funcionales respiratorios expresados en porcentajes del valor esperado: capacidad vital forzada (CVF), volumen espiratorio máximo en el 1er segundo (VEMS) y DLCO. Para valorar las PFR se siguieron las recomendaciones de la ATS y de la SEPAR. Se ha utilizado el test de Wilcoxon para datos apareados no paramétricos para comparar las medianas de los valores de la CVF, el VEMS y la DLCO entre el inicio y los 6, los 12 y 24 meses de tratamiento y entre los 24 meses (finalizado el tratamiento) y los 36 y los 48 meses.

Resultados. Todos los pacientes recibieron los primeros 6 meses de tratamiento y posteriormente 13 completaron el tratamiento bimensual hasta el año (en 3 se suspendió el tratamiento: 2 por linfopenia y una paciente fue éxitus por insuficiencia respiratoria secundaria a hipertensión arterial pulmonar) y 11 pacientes han finalizado 2 años de tratamiento (en una enferma se suspendió el tratamiento por empeoramiento de la linfopenia e hipogammaglobulinemia y la segunda se encuentra en el 2º año de tratamiento). Hemos realizado control de PFR a 7 pacientes hasta el tercer año del inicio del tratamiento y en 4 pacientes hasta 4 años. Todos menos 2 enfermos mejoraron clínicamente de los síntomas respiratorios. No se han observado diferencias estadísticamente significativas en los parámetros funcionales valorados entre el inicio del tratamiento y los 6, 12 y 24 meses ni tampoco entre el final del tratamiento y los 36 y 48 meses. Las medianas de los valores de la CVF, VEMS y DLCO permanecieron estables a lo largo del tratamiento. En los enfermos con seguimiento de 12 y 24 meses tras finalizar el tratamiento se observó estabilidad de los valores funcionales. Individualmente, observamos que, de las 11 pacientes que acabaron el tratamiento 4, presentaron mejoría significativa, 5 se estabilizaron y sólo 2 pacientes empeoraron.

Discusión. La enfermedad pulmonar intersticial difusa (EPID) es la segunda afección visceral en frecuencia en la esclerodermia (ES). Es un factor de mal pronóstico independiente y constituye la principal causa de muerte en este grupo de enfermos. En la última década se han publicado varios trabajos en los que se observa que el tratamiento con CF iv puede mejorar la evolución de la EPID asociada a ES, hasta el punto que el tratamiento con CF se considera en la actualidad de elección para controlar la EPID asociada a ES. Dado que la CF oral está asociada a efectos adversos importantes se aconseja la administración i. v. ya que es igual de eficaz y presenta una mejor tolerancia tal y como se ha observado en trabajos multicéntricos y en series cortas como la de este estudio. Además, y según los datos obtenidos en este trabajo, la mejoría/estabilidad persiste durante el seguimiento a largo plazo.

Conclusiones. El tratamiento con ciclofosfamida iv estabiliza o mejora la EPID asociada a ES en la mayoría de los pacientes.

IF-11

ASOCIACIÓN DE LOS GENES HLA CLASE II CON LOS AUTOANTICUERPOS ANTI-TOPOISOMERASA I Y ANTICENTRÓMERO EN LA ESCLERODERMIA

C. Simeón¹, V. Fonollosa¹, L. Armadans², E. Palou³, C. Pérez-Bocanegra¹, C. Tolosa⁴, S. Marsal⁵ y M. Vilardell¹

¹Servicio de Medicina Interna, ²Servicio de Reumatología. Hospital General Vall d'Hebron-Àrea General. Barcelona.

³Servicio de Medicina Preventiva, ⁴Centro de Transfusiones y Tejidos. Hospitals Vall d'Hebron. Barcelona. ⁵Servicio de Medicina Interna. Corporació Sanitària Parc Taulí. Sabadell, Barcelona.

Objetivos. Determinar las asociaciones entre los genes del complejo mayor de histocompatibilidad (HLA) y los autoanticuerpos específicos de esclerosis sistémica (ES).

Material y métodos. Se incluyen 100 pacientes con ES controlados en el Servicio de Medicina Interna y 130 controles. El estudio fue aprobado por el Comité Ético del Instituto de Investigación. Los enfermos con ES son divididos en 3 subtipos dependiendo de la extensión de la esclerosis: ES Difusa, ES limitada y ES sine escleroderma. Los autoanticuerpos específicos: anti-Topoisomerasa I (anti-topoI) o Scl-70 y anticentrómero se determinan por inmunoblotting e inmunofluorescencia sobre sustrato celular Hep-2 respectivamente. Se determinaron los alelos de los haplotipos: HLA-DRB1 por

PCR-SBT y los de HLA-DQB1 por PCR-SSO. Se utilizó el test de Fisher para realizar las comparaciones de las frecuencias de los alelos del HLA en los grupos definidos por la presencia o no de anti-topo I o anticentrómero.

Resultados. El grupo de pacientes está compuesto por 89 mujeres y 11 hombres con edades medias al diagnóstico de ES de 50 años (rango 15-74). Distribución por subtipos: 57 ES Limitada, 30 ES difusa y 13 ES sine escleroderma. Los anticuerpos anti-topo I estaban presentes en 21 pacientes y los anticentrómero en 47. El 61,9% de los pacientes con anti-topo I presentaban los alelos del grupo HLA DRB1* 11 frente a un 29,5% del grupo de enfermos sin anti-topo I observándose asociación estadísticamente significativa ($p = 0,010$); específicamente el alelo DR-B1*1104 se asociaba al grupo de enfermos con anti-topo I positivos (47,5% versus 11,5% del grupo con anti-topo I negativo $p = 0,001$). El 90,5% de los enfermos con anti-topo I positivo presentaban el haplotipo HLA-DQB1*03 con asociación estadísticamente significativa, no se pudo especificar el alelo del grupo que confería la especificidad. Los haplotipos: DRB1* 04 y DQB1* 05 se asociaban de manera estadísticamente significativa a la presencia de anticentrómero estando presentes en el 38,3% y el 50% de los enfermos con anticentrómero positivos. Específicamente los alelos DQB1* 0501, 0503 se asociaban a la presencia de anticentrómero presentándolos el 38,6% y el 11,4% de los enfermos con anticentrómero positivos.

Discusión. Las correlaciones encontradas entre los genes HLA y los subtipos definidos por la presencia de autoanticuerpos son más consistentes y específicas que las observadas con las diferentes afecciones viscerales de la esclerodermia. La asociación entre el alelo HLAB1* 1104 y la presencia de anti-topo I se ha descrito en series previas en las que se incluyen enfermos de raza caucásica como en la nuestra. En cambio la asociación con DQB1* 03 se ha observado independientemente del origen étnico que tengan los pacientes con anti-topo I. En el estudio actual en el que se incluyen enfermos españoles también se ha observado esta asociación. En el subtipo de enfermos con anticentrómero positivos se ha observado una mayor frecuencia del haplotipo HLA-DRB1*04 como ha sucedido en esta serie en la que además se ha observado asociación con los alelos DQB1* 0501 y 0503 que no se había encontrado en las series publicadas hasta el momento.

Conclusiones. La asociación entre los genes HLA y los diferentes autoanticuerpos sugiere que existe una base inmunogenética en la ES que condiciona un diferente perfil de autoanticuerpos.

IF-12

TROMBOPROFILAXIS SECUNDARIA EN PACIENTES CON ANTICUERPOS ANTIFOSFOLÍPIDO: UNA REVISIÓN SISTEMÁTICA

G. Ruiz-Irastorza¹, B. Hunt² y M. Khamashta²

¹Servicio de Medicina Interna. Hospital de Cruces. Barakaldo, Vizcaya. ²Lupus Research Unit. St. Thomas' Hospital. London. UK.

Objetivos. Revisar de forma sistemática la literatura publicada para establecer pautas terapéuticas en pacientes con anticuerpos antifosfolípido (AFL) y trombosis.

Material y métodos. Se utilizó MEDLINE con las siguientes estrategias de búsqueda: A. ("Antiphospholipid Syndrome/drug therapy" [MeSH] OR "Antiphospholipid Syndrome/therapy"[MeSH]) AND "Thrombosis" [MeSH]. B. "Antibodies, Antiphospholipid" [MeSH] AND ("Thrombosis/drug therapy" [MeSH] OR "Thrombosis/therapy" [MeSH]). Se obtuvieron artículos adicionales a partir de revisiones recientes y las referencias de los artículos seleccionados. Nuestro criterio de selección incluyó ensayos clínicos randomizados y estudios de cohortes ($n > 15$) en los que se estudiara la tromboprolifaxis secundaria en pacientes con AFL. Se extrajeron las siguientes variables para su análisis: tipo de estudio, número de pacientes, cumplimiento de los criterios de Sapporo para la clasificación de síndrome antifosfolípido (SAF), tipo de trombosis inicial, tratamiento administrado, tiempo de seguimiento, número/tasa de episodios de trombosis recidivante y sangrado, ratio internacional normalizado (INR) en el momento de la trombosis recurrente y el sangrado. Se procedió al análisis de los índices de recurrencia y sangrado según las diferentes pautas terapéuticas. Además se extrajeron los datos referidos a las muertes por sangrado y trombosis recurrente. Para establecer el grado de evidencia de las recomendaciones se utilizaron los criterios del American College of Chest Physicians.

Resultados. Se seleccionaron 16 estudios (2 ensayos clínicos randomizados, 5 estudios de subgrupo y 9 estudios de cohortes), con un total de 1740 pacientes. Los pacientes que no cumplían los criterios de Sapporo tuvieron tasas de recidiva similares a las de la población general. Las tasas de recurrencia fueron inferiores para los grupos de pacientes que debutaron con trombosis venosas frente a aquellos con trombosis arteriales y/o recurrentes, tanto sin tratamiento (rango 0,04 a 0,1 episodios por paciente-año vs. 0,19 a 0,26 episodios por paciente-año, respectivamente) como con warfarina a un INR diana 2,0-3,0 (rango 0 a 0,04 vs. 0,23 a 0,57 episodios por paciente-año, respectivamente). De los 180 episodios en los que el INR en el momento de la trombosis estaba recogido, 104 (57%) sucedieron en pacientes sin tratamiento, 27 (15%) en pacientes con AAS y los restantes 49 (27%) en pacientes tratados con warfarina. De estos, el INR se encontraba por debajo de 3,0 en 42 casos (86%). El 74% de las complicaciones hemorrágicas en pacientes anticoagulados se dio a un INR superior a 3,0, con un porcentaje de sangrado mayor similar en los grupos de intensidad estandar y alta (20% vs 29%, respectivamente). 18 pacientes fallecieron como consecuencia directa de trombosis recidivantes, frente a sólo 1 debido a sangrado.

Discusión. Nuestros datos apuntan a la existencia de 3 grupos diferenciados de pacientes con trombosis y AFL: 1.-Pacientes que no cumplen criterios de Sapporo: bajo riesgo de retrombosis, similar a la población general. 2.-Pacientes con SAF definido y primera trombosis venosa: bajo riesgo de retrombosis con anticoagulación a un INR 2,0-3,0 3.- Pacientes con un SAF definido y trombosis arteriales y/o recidivantes: alto riesgo de retrombosis con anticoagulación a un INR 2,0-3,0 Por otro lado, encontramos que el riesgo proporcional de trombosis es mayor que el riesgo de sangrado en pacientes con SAF y que las recurrencias a un INR superior a 3,0 son muy raras.

Conclusiones. 1) Los pacientes con trombosis a cualquier nivel y AFL que no cumplen criterios de Sapporo deben ser tratados como la población general. Recomendación 1C. 2) Los pacientes con SAF definido y primera trombosis venosa deben ser tratados con anticoagulación a un INR 2,0-3,0. Recomendación 1B. 3) Los pacientes con SAF definido y trombosis arteriales y/o recurrentes deben ser tratados con anticoagulación a un INR superior a 3,0. Recomendación 1C.

IF-13 CALCINOSIS Y ESCLERODERMIA

S. Alonso Vila, R. Solans Laqué, C. Simeón Aznar, V. Fonollosa Pla, C. Pérez Bocanegra, J. Pérez López, J. Prieto Toribio y M. Vilardell Tarrés

Servicio de Medicina Interna. Hospital General Vall d'Hebron - Área General. Barcelona.

Objetivos. Revisar la incidencia de calcinosis en pacientes diagnosticados de esclerodermia en un Servicio de Medicina Interna de un Hospital General, valorar la utilidad de los tratamientos establecidos y las complicaciones de las mismas, comparando con los datos de la literatura.

Material y métodos. Se ha realizado un estudio retrospectivo de todos los pacientes diagnosticados de Esclerodermia en nuestro Servicio desde 1976 hasta 2006, que presentaron calcinosis en cualquier zona corporal. Los datos se recogieron en una base Access (Microsoft Office 2000). Se ha practicado una revisión sistemática de la literatura, revisando todos los tratamientos empíricos publicados en los últimos 20 años, evaluando su utilidad clínica.

Resultados. De un total de 304 pacientes diagnosticados de esclerodermia, 62 se hallaban afectados de una forma difusa, 175 de una forma limitada y 57 de otras formas menos usuales (pre-esclerodermia, esclerodermia sine esclerodermia o escleromiositis). El 98,9% de los pacientes presentaban fenómeno de Raynaud y un 50% úlceras digitales. La presencia de calcinosis se detectó en 58 pacientes (19%), 38 de ellos (65,5%) afectados de una forma limitada de esclerodermia. La región más afectada fueron los dedos de las manos (88%), seguida por la afección uni o bilateral de los codos (12%). Un 12% de los enfermos presentó afección simultánea de varias (dedos de ambas manos, rodillas, tobillos y/o antebrazos). Cuarenta y seis de los 58 pacientes afectados de calcinosis presentaron úlceras digitales (79,3%). Así mismo, 30 pacientes (51,7%) presentaron afectación intersticial pulmonar, 9 pacientes (15,5%) hipertensión arterial pul-

monar, 3 pacientes (6,9%) afección renal y 25 pacientes (43%) afección digestiva. Se indicó tratamiento con diltiazem en 22 pacientes (39,7%) y con dicumarínicos en 3 pacientes (5,1%), sin clara mejoría de las lesiones. Dos pacientes presentaron fistulización espontánea de la placa de calcinosis, con completa resolución de la misma tras limpieza quirúrgica.

Discusión. La calcinosis cutánea ocurre en un 25% de los pacientes afectados de esclerodermia limitada, siendo más frecuente en enfermos con anticuerpos anticentrómero. En nuestra serie, un 19% de los pacientes presentó calcinosis cutánea importante, que fue más frecuente en pacientes con formas limitadas de la enfermedad, aunque también se observó en pacientes con formas difusas. La presencia de calcinosis se asocia con fenómeno de Raynaud más severo, y con necrosis digital frecuente. Las placas de calcinosis a menudo se localizan en zonas de extensión de articulaciones, causando limitación de la movilidad. Además pueden provocar irritación cutánea, apareciendo inflamación y ulceración de la zona, que en algunas ocasiones se asocia con infección secundaria de la lesión. Ocasionalmente se produce un drenaje espontáneo de material cálcico al exterior, con disminución de los depósitos y mejoría funcional de la movilidad articular, hecho que nosotros objetivamos en 2 pacientes. En estos casos, es muy importante el tratamiento antibiótico y la limpieza quirúrgica de la zona, para favorecer el cierre de la ulceración. Se han ensayado diversos fármacos (diltiazem, dicumarínicos, minociclina) para el tratamiento de la calcinosis con resultados contradictorios, según distintos estudios. La excisión quirúrgica obtiene buenos resultados en relación a la disminución del dolor y limitación funcional, pero requiere grandes incisiones que comportan riesgo de necrosis cutánea secundaria

Conclusiones. La calcinosis cutánea es una complicación frecuente en pacientes afectados de esclerodermia, que a menudo comporta dolor e impotencia funcional en la zona afectada. La sobreinfección de la placa, con fistulización espontánea de la misma y drenaje del material cálcico es una complicación poco frecuente que conduce a la desaparición de la placa y mejoría de la capacidad funcional de la articulación. No existe en la actualidad ningún tratamiento que haya demostrado una clara eficacia en el tratamiento de la calcinosis.

IF-14 SARCROIDOSIS. CASUÍSTICA AÑOS 2001-2005 S. Fernández González¹, R. López González¹, L. López González², M. Vázquez del Campo¹ y S. Raposo García¹

¹Servicio de Medicina Interna, ²Radiodiagnóstico. Complejo Asistencial de León. León.

Objetivos. Conocer y analizar la incidencia, las características epidemiológicas de los pacientes, los síntomas de inicio y el tiempo transcurrido hasta el diagnóstico de la sarcoidosis en el área sanitaria de León.

Material y métodos. Estudio retrospectivo de los casos diagnosticados de sarcoidosis durante el período 2001-2005 en nuestra área de salud. El área sanitaria de León comprende una población de 334.336 habitantes según el censo de 1 de enero del 2002.

Resultados. Encontramos 57 pacientes (27 mujeres y 30 varones), lo que nos da una incidencia de 3,41/100.000 habitantes/año. Edad media de 33 ± 8,9 años en varones y 41,48 ± 16,81 en mujeres (p = 0,003). Los síntomas de inicio fueron: eritema nodoso en 27 casos (47,36%), síntomas respiratorios en 12 (21,05%), síndrome general en 6 (10,53%), hallazgo radiológico en 5 (8,77%) y miscelánea en 7 (12,28%) correspondiendo estos últimos a: 2 casos de artralgias, 2 de adenopatías cervicales, 1 de tumoración parotídea, 1 de pericarditis y 1 de afectación cutánea. El tiempo transcurrido desde que comenzaron los síntomas hasta la fecha del diagnóstico lo pudimos determinar en 52 pacientes resultando una media de 112 días, con desviación estándar de 127 y el tiempo transcurrido desde haber visto al paciente hasta el diagnóstico fue de 38,1 ± 51,14 días. Entre febrero y mayo se agruparon los síntomas de comienzo en el 63,8% de los casos, principalmente a expensas del 75% de los eritemas nodosos.

Discusión. La incidencia de 3,41 por 100.000 habitantes/año es más elevada que en las series españolas previas: 1,2 casos por 100.000 habs./año en la Coruña, 1,2 en Cataluña, 1,4 en Salamanca, series de los años 80. Alcoba y cols. en los años 1993-2001 encuentran 1,37/100.000 habs./año en nuestra misma zona.

La incidencia es menor que la publicada en USA: 10,9 por 100.000 para blancos y 35,5 para negros y que en los países nórdicos (Suecia 19/100.000 habitantes/año). Llama la atención la mayor incidencia en varones que en mujeres, no encontrando ninguna causa que lo justifique, si bien lo hemos achacado a menor casuística de eritema nodoso en mujeres que normalmente duplican a los varones. (ver tabla). Trascurre un largo período de tiempo desde el comienzo de los síntomas hasta el diagnóstico, en relación con el tiempo de espera desde la consulta del médico de cabecera y la escasa sospecha clínica como se demuestra por el diagnóstico más tardío de los estadios 0, III y IV. ($p = 0,02$). Menor tiempo desde la consulta hasta el diagnóstico en relación con la realización de pruebas complementarias, sobre todo biopsia trasbronquial y de adenopatías. Encontramos al igual que otras series una agrupación de casos en los meses de primavera.

Conclusiones. 1) Mayor incidencia que las series anteriores publicadas en España. 2) Predominio del sexo masculino sin encontrar una explicación convincente. Los varones afectados eran más jóvenes. 3) El retraso en el diagnóstico se relaciona con los tiempos de espera de consulta y la escasa sospecha de sarcoidosis. 4) Relación estrecha entre el eritema nodoso y los meses de primavera, que podría estar relacionado con un agente causal ambiental.

Tabla 1. (IF-14).

Motivo de consulta	Varón	Mujer	Total	Edad media
Eritema nodoso	12	15	27	44
Sínt. respiratorios	8	4	12	45,08
Síntomas generales	4	2	6	33
Hallazgo RX	4	1	5	35,6
Miscelánea	2	5	7	43,14

IF-15

EVOLUCIÓN A LARGO PLAZO TRAS TRATAMIENTO INMUNOABLATIVO CON CICLOFOSFAMIDA EN EL LUPUS ERITEMATOSO SISTÉMICO Y LA ENFERMEDAD MIXTA DEL TEJIDO CONECTIVO

I. Portales Fernández, S. Santamaría Fernández, N. Macías Vega, L. Valiente de Santis, B. Sobrino Díaz, M. Camps García y E. De Ramón Garrido

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

Objetivos. Describir la evolución a largo plazo de tres pacientes con Enfermedades Autoinmunes Sistémicas, dos con Lupus Eritematoso Sistémico (LES) y una con Enfermedad Mixta del Tejido Conectivo (EMTC), a las que se sometió a tratamiento inmunoblavativo con Ciclofosfamida (CF).

Material y métodos. Se trataron dos mujeres con LES, por presentar actividad prolongada y grave de su enfermedad, a pesar del tratamiento esteroideo e inmunosupresor prolongado, y otra mujer, con EMTC, por presentar Neumonía Intersticial Usual con previsión de mal pronóstico vital. Se describe la evolución, hasta el momento actual, de los tres casos.

Resultados. Las tres recibieron una dosis total aproximada de 50 mg/kg/día/4 días de CF. En la tabla se muestran las características

Tabla 1. Características sociodemográficas, clínicas y evolutivas de las pacientes (IF-15).

	Paciente 1	Paciente 2	Paciente 3
Enfermedad	LES	LES	EMTC
Edad	34	29	33
Motivo tratamiento	GMN proliferativa difusa	Cuadro neuropsiquiátrico Vasculitis necrotizante	Neumonía intersticial usual
Tiempo evolución (años)	12	8	3
Dosis total de CF (g)	12	14	16
Días recuperación neutropenia	7	8	11
Tiempo seguimiento	7	7,5	5
Eficacia	16/0*	13/0*	70%/73%**
Dosis final prednisona	0	0	0
Efectos adversos	Neutropenia febril (NF)***	NF y edema pulmonar	NF e hipo Na grave

sociodemográficas, clínicas y evolutivas de las pacientes. La tercera paciente, afecta de EMTC, mantuvo niveles persistentemente elevados de ANA-IFI. Pasados tres años del tratamiento inmunoblavativo, desarrolló un episodio de Hipertiroidismo Autoinmune que se controló con tratamiento antitiroideo (neocarbimazol, 30 mg/día, inicialmente, con pauta descendente hasta retirada en 3 meses). Un mes más tarde, desarrolló una trombopenia autoinmune, que inicialmente fue tratada con dosis altas de prednisona (1 mg/kg/día), pero al no obtenerse respuesta adecuada se utilizó Rituximab, con lo que se normalizó la cifra de plaquetas.

Discusión. La inmunoblavación con CF debe reservarse a casos muy bien seleccionados, dados los efectos tóxicos importantes que pueden plantear, y que ponen en peligro la vida del paciente. Sin embargo, se ha de tener en cuenta como opción terapéutica excepcional.

Conclusiones. El tratamiento inmunoblavativo con CF en pacientes con LES y EMTC puede ser eficaz a largo plazo. Los efectos tóxicos son importantes y ponen en peligro la vida del paciente. No obstante, la evolución de la tercera paciente nos indica que este tratamiento no garantiza que la función del sistema inmune se normalice en un sentido de autotolerancia con resolución de los fenómenos autoinmunes.

IF-16

EFICACIA DEL TRATAMIENTO CON INFILIXIMAB EN ENFERMEDAD DE BEHÇET CON AFECCIÓN OCULAR Y NEUROLÓGICA SEVERA: A PROPÓSITO DE DOS CASOS

A. Martínez Berriotxo, G. Ruiz Irastorza, A. Epalza Bueno, M. Egurbide Arberas y C. Aguirre Errasti

Servicio de Medicina Interna. Hospital de Cruces. Barakaldo, Vizcaya.

Objetivos. Descripción de la respuesta al tratamiento con infliximab en pacientes diagnosticados de Enfermedad de Behçet (EB) con afección ocular y neurológica severa y mala respuesta al tratamiento inmunosupresor convencional.

Material y métodos. Revisión retrospectiva de dos casos tratados en el Servicio de Medicina Interna del Hospital de Cruces (Barakaldo, Vizcaya).

Resultados. Caso 1: varón diagnosticado de EB en junio de 2003, a la edad de 26 años, por aftas orogenitales, uveítis anterior y orquiepididimitis, y tratado con prednisona oral a dosis bajas y ciclosporina. Entre enero de 2005 y mayo de 2006 ingresó en seis ocasiones por brotes consistentes en orquiepididimitis severa, meningitis aséptica (tres episodios, dos con ingreso en UCI), vasculitis de retina y orquiepididimitis asociada a uveítis anterior. Requirió tratamiento con metilprednisolona IV durante los ingresos y mantenimiento con prednisona oral a dosis superiores a 10 mg/día. Inicialmente se añadió azatioprina al tratamiento con ciclosporina, posteriormente fue tratado con ciclofosfamida IV (8 pulsos de 500 mg) y finalmente se intentó el mantenimiento con micofenolato de mofetilo, con mal control de la enfermedad. Inició tratamiento en mayo de 2005 con infliximab (5 mg/kg, semanas 0, 2, 6 y 14) y metotrexato, con desaparición de la sintomatología. Presentó nuevo brote 16 semanas después de la cuarta infusión de infliximab, con erupción cutánea, aftosis oral y orquiepididimitis, sin precisar ingreso, reiniciándose tratamiento con infliximab. Asintomático actualmente con infliximab (5 mg/kg cada 8 semanas), metotrexato (7,5 mg/semanales), predniso-

na (2,5 mg/día) y colchicina (1 mg/día). Caso 2: varón diagnosticado de EB en el año 2000 a la edad de 23 años, por aftas orogenitales y uveítis anterior, y tratado con azatioprina y prednisona a dosis bajas. En mayo de 2005 presentó episodio de vasculitis de retina con hemorragia vítrea, que precisó de tratamiento con prednisona a dosis altas y vitrectomía, sustituyéndose la azatioprina por ciclosporina. Entre diciembre de 2006 y febrero de 2007 ingresó en tres ocasiones por episodios de desorientación y convulsiones, requiriendo tratamiento con pulsos de metilprednisolona IV y mantenimiento con prednisona oral a dosis altas, e iniciándose ciclofosfamida (5 pulsos de 500 mg IV). Presentó nuevo brote consistente en fiebre, poliartritis, vasculitis de retina y erupción cutánea, por lo que se inició en marzo de 2007 tratamiento con infliximab (5 mg/kg, semanas 0, 2, 6 y luego cada 8 semanas) y metotrexato, con desaparición de la sintomatología. Asintomático actualmente con infliximab (5 mg/kg cada 8 semanas), metotrexato (7,5 mg/semanales), prednisona (5 mg/día) y colchicina (0,5 mg/día).

Discusión. La EB es una vasculitis de origen desconocido que afecta preferentemente a individuos jóvenes (20-40 años). Se caracteriza por la presencia de úlceras orales y genitales recurrentes asociadas a manifestaciones sistémicas (oculares, articulares, neurológicas y vasculares). Los factores pronósticos más importantes son el desarrollo de lesiones oculares y la afectación del sistema nervioso central, siendo más frecuente la aparición de cuadros graves en varones. La EB con afectación ocular y/o neurológica severa y mala respuesta al tratamiento inmunosupresor convencional es una situación clínica infrecuente, grave y con riesgo de secuelas permanentes. En los dos pacientes que presentamos el tratamiento con infliximab ha permitido un buen control de la enfermedad, posibilitando la reducción a dosis bajas de prednisona oral y evitando los ingresos hospitalarios. No existen estudios controlados que permitan establecer la pauta más adecuada para el tratamiento con infliximab en la EB, así como su eficacia y seguridad a largo plazo.

Conclusiones. El tratamiento con infliximab es eficaz en pacientes con EB y afectación ocular y/o del sistema nervioso central, en los que el tratamiento con inmunosupresores convencionales (incluyendo ciclofosfamida) no haya resultado efectivo.

IF-17 BRONQUIOLITIS OBLITERANTE CON NEUMONÍA ORGANIZADA IDIOPÁTICA: ¿UNA ENTIDAD INFRADIAGNOSTICADA?

S. Serrano Villar, G. Fresco Navacerrada, J. Pérez Somarriba, R. Ruiz Luna, M. Martínez M-Colubi, V. Piedrafita Mateo, V. Abad Cuñado y J. Bustamante Mandrión

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

Objetivos. Estudio retrospectivo acerca del posible retraso diagnóstico en la Bronquiolitis Obliterante con Neumonía Organizada Idiopática (BONO).

Material y métodos. Pacientes diagnosticados de BONO idiopática (criterios radiológicos y anatomopatológicos) en el HCSC entre 1996 y 2006, de un total de 394,636 ingresos hospitalarios, analizando de forma retrospectiva la epidemiología, manifestaciones clínicas, técnicas diagnósticas, tratamiento, evolución y mortalidad.

Resultados. -9 pacientes: 66,7% M, 33,3% V. Edad 65,8 ± 11,6 años. Fumadores 33,4%, EPOC 33,3%. Intervalo entre primer Dx de neumonía y Dx de BONO 832 ± 2014 días (rango 35-5040, en EPOC 1873 ± 3054, en no EPOC 51 ± 12). -CLÍNICA: neumonías recurrentes previas al Dx de BONO 66,7% (EPOC 100%, no EPOC 50%), nº de neumonías previas 2,63 ± 2,6 (EPOC 4 ± 2,6, no EPOC 1,8 ± 2,4). Síntomas pseudogripales 77,8%, fiebre 88,9%, tos 77,8%, expectoración 55,6%, disnea 55,6%, dolor pleurítico 22,2%, hemoptisis 22,2%, Sd. constitucional 88,9%. Crepitanes 66,7%, disminución del MV 22,2%, sibilancias 22,2%. -PRUEBAS DX: leucocitosis 55,6% (11765 ± 4231), neutrofilia 44,4%, VSG 95,5 ± 10,8, pO₂ 60,8 ± 10,5, pCO₂ 32,7 ± 3,1. Espirometría: patrón obstructivo 50%, restrictivo 50%, mixto 11,1%. Rx: infiltrados múltiples 77,8%, infiltrado-masa 11,1%. TAC: infiltrados múltiples parcheados 88,9%, adenopatías mediastínicas 44,4%, imágenes pseudonodulares 22,2%, masa 11,1%. Biopsia: transbronquial 66,6%, videotoracoscopia 33,3%.

Evolución: mejoría tras tratamiento esteroideo 100%, recidivas tras tratamiento en el primer año 87,5%, nº de recidivas 3, muertes: 1 caso.

Discusión. Aunque la incidencia de la BONO es desconocida, la prevalencia acumulada se ha calculado en 8-12 casos/100.000 ingresos hospitalarios. De ser esto cierto, en la población de nuestro estudio habría cerca de 30 casos sin diagnosticar. En la BONO, el cuadro clínico es insidioso, con predominio del síndrome constitucional y del cuadro pseudogripal sobre la tos, broncorrea y el dolor pleurítico, por lo que a menudo se interpreta como infección respiratoria viral o bacteriana. El Dx de BONO se plantea al no mejorar el cuadro pese al uso de antibióticos y por la aparición concomitante de infiltrados parcheados múltiples y bilaterales en la Rx de tórax. Sin embargo, en nuestra serie hubo pacientes que pese a presentar lo que parecían neumonías recurrentes sin factores de riesgo para ello, fueron diagnosticados de BONO al cabo de meses o años. Por otra parte, el diagnóstico fue más tardío en los pacientes EPOC que en los no EPOC, pudiéndose explicar este hallazgo por varios motivos. En primer lugar, es posible que los brotes de BONO se confundan con exacerbaciones de EPOC, empleando corticoides que provocarían mejoría del cuadro y retrasarían el Dx. En segundo lugar, en algunos estudios se propone, por su efecto inmunomodulador, el uso de macrólidos para los brotes de BONO, por lo que su uso en estas situaciones mejoraría el cuadro y retrasaría también el Dx. En otras ocasiones las imágenes radiológicas pueden ser atípicas: en uno de los 9 pacientes se halló en la TAC una masa en LSI compatible con neoplasia primaria. Tres semanas después, al tratar de realizar TAC-PAAF de la masa se observó regresión de la misma con aparición de nuevos infiltrados. Las series de casos de BONO revisadas hacen referencia a la latencia diagnóstica desde el episodio que motiva el Dx de BONO sin tener en cuenta los episodios previos compatibles con brotes de BONO, por lo que obtienen medias de 50-80 días, y sin analizar las diferencias entre pacientes EPOC y no EPOC.

Conclusiones. La BONO es una entidad probablemente infradiagnosticada, especialmente en los pacientes con EPOC.

IF-19 VASCULITIS: ANÁLISIS DE 140 PACIENTES

A. Junco García, M. Muñoz López de Rodas, P. López Viejo, M. Pelegrina López, R. Cigüenza Gabriel y J. Antolín Arias

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

Objetivos. 1. Revisar las vasculitis que ingresaron en nuestro hospital en un período de cinco años. 2. Conocer la frecuencia de los diferentes tipos de vasculitis. 3. Determinar cuales fueron sus manifestaciones clínicas, inmunológicas y anatomopatológicas más frecuentes. Material y métodos. Se realizó un estudio descriptivo retrospectivo de 140 pacientes ingresados en el Hospital Clínico San Carlos de Madrid entre enero de 2001 y diciembre de 2005 con diagnóstico de vasculitis a su ingreso o como juicio clínico al alta. Se recogieron datos sobre manifestaciones clínicas, resultados analíticos, inmunológicos y anatomopatológicos. El diagnóstico se realizó en base a los hallazgos clínicos, analíticos y anatomopatológicos. Los pacientes se clasificaron como: Arteritis de células gigantes (ACG), Arteritis de Takayasu (AT), Poliarteritis nodosa (PAN), Enfermedad de Wegener (EW), Síndrome de Churg-Strauss (SCS), Vasculitis por hipersensibilidad (VH) y Púrpura de Schönlein-Henoch (PSH).

Resultados. De los 140 pacientes analizados 63 (55,8%) presentaron arteritis de células gigantes, 20 (17,7%) vasculitis por hipersensibilidad, 16 (14,2%) poliarteritis nodosa, 5 (4,4%) enfermedad de Wegener, 4 (3,5%) arteritis de Takayasu, 4 (3,5%) Síndrome de Churg-Strauss y 1 (0,9%) púrpura de Schönlein-Henoch. De ellos 55 (48,7%) eran hombres y 58 (51,3%) mujeres. La edad media de diagnóstico fue de 71,4 años (desviación estándar 11,8) y la de ingreso fue de 73,7 (desviación estándar 12,5). Los datos clínicos más relevantes de cada tipo de vasculitis fueron: edad de comienzo > 50 años (93,4%), VSG > 50 (54,1%), cefalea (41%), disminución del latido de arteria temporal (29,5%) y dolor en arteria temporal (9,8%) en ACG; edad > 16 años (90%), púrpura palpable (35%) y exantema máculo-papular (35%) en VH; insuficiencia renal (68,8%), hepatitis B (62,5%), debilidad (62,5%), mialgia (37,5%), polineuropatía (25%), pérdida de > 4 kg peso (16,8%) y anomalías angiográficas (6,3%) en

PAN; infiltrados pulmonares (2/5) y microhematuria (1/3) en EW; claudicación de extremidades (1/7), disminución de pulso en arteria braquial (1/7) y oclusión en arteriografía (1/7) en AT; eosinofilia > 10% (3/4), asma (2/4), anomalía de senos paranasales (1/4) y neuropatía (1/4) en SCS. Datos inmunológicos: p-ANCA + (9,7%), c-ANCA + (5,3%), ANA + (0,7%). El 35,7% ingresa en MIN, el 9,3% en neurología y el 7,1% en geriatría y otro 7,1% en nefrología. El resto se distribuyen en otros servicios.

Discusión. En nuestro estudio la vasculitis más frecuente fue la arteritis de células gigantes, a diferencia de otros trabajos en que es la vasculitis por hipersensibilidad. Este hallazgo podría estar en relación con que la población de pacientes excluye a los no ingresados, que son los que más frecuentemente presentan este tipo de vasculitis. La afectación visceral (renal y pulmonar) es frecuente en vasculitis ANCA positivos. En nuestro estudio el 68,8% de los pacientes con PAN tenían insuficiencia renal y de los pacientes con EW 1/3 tenían microhematuria y 2/5 afectación pulmonar. La manifestación más frecuente en VH es la púrpura palpable que la presentaban el 35% de nuestros pacientes. Dada la diversidad de manifestaciones clínicas, diagnosticar las vasculitis no siempre es fácil, debiendo el clínico tener una visión global del paciente y alta sospecha diagnóstica. La presencia o ausencia de datos de laboratorio y anatomopatológicos fueron claves en el diagnóstico diferencial de estas entidades, siendo la biopsia el hallazgo que confirmó el juicio clínico.

Conclusiones. 1) En nuestro estudio la arteritis de la temporal fue la vasculitis más frecuente 63 (55,8%), a diferencia de otras series en las que es la vasculitis por hipersensibilidad. 2) La mayor parte de las vasculitis ingresan en el servicio de Medicina Interna (35,7%). 3) Ambos sexos se afectan por igual: 58 (51,3%) eran mujeres y 55 (48,7%) eran hombres. 4) La edad media de presentación es de 73,7 (DE: 12,5). 5) El diagnóstico fundamental es clínico, inmunológico y anatomopatológico.

IF-20

GENERACIÓN DE TROMBINA EN LA ENFERMEDAD DE BEHÇET: RELACIÓN CON LAS TROMBOSIS Y EL TRATAMIENTO ANTICOAGULANTE

G. Espinosa Garriga¹, D. Tássies Penella², G. De la Red Bellvis¹, A. Bové Boada¹, A. Vidaller³, J. Reverter Calatayud² y R. Cervera Segura¹

¹Servicio de Enfermedades Autoinmunes, ²Hemoterapia y Hemostasia. Hospital Clínic i Provincial de Barcelona. Barcelona. ³Servicio de Medicina Interna. Hospital Universitari de Bellvitge. Hospitalet de Llobregat, Barcelona.

Objetivos. La enfermedad de Behçet (EB) es una vasculitis sistémica que se asocia a trombosis las cuales afectan a un 25% de los pacientes. Se desconoce el grado de participación de la hemostasia en sus manifestaciones clínicas. El análisis de la curva de generación de trombina se sugiere como un prometedor marcador de hipercoagulabilidad. Valorar la hemostasia de los pacientes con EB estudiando la curva de generación de trombina de forma automatizada.

Material y métodos. Se estudiaron 56 pacientes con EB (30 varones; edad media 34,4 ± 14,3 años) sin otro factor de trombofilia, de los que

17 habían presentado trombosis (14 trombosis venosa profunda y 3 ictus isquémico). Se estudiaron, además, 56 controles emparejados por edad y sexo, y 20 muestras de pacientes con fibrilación auricular tratados con acenocumarol e INR de 1,5 a 6,0. La generación de trombina (ETP, Dade Behring) se midió de forma continua con un sustrato cromogénico en un coagulometro automatizado (Dade Behring). **Resultados.** Los coeficientes de variación intra e interensayo fueron inferiores a 3%. Los pacientes con EB presentaron un ETP más elevado (471,3 ± 49,3 mE) que los controles (427,5 ± 31,3 mE, p < 0,001). Asimismo los pacientes con EB y antecedentes trombóticos tenían un ETP mayor (496,6 ± 36,5 mE) que los pacientes sin trombosis (460,7 ± 50,5 mE, p = 0,01). El tratamiento con cumarínicos redujo la generación de trombina de los pacientes de forma proporcional al INR (r = 0,94, regresión log-log) alcanzando valores similares a los de los pacientes con fibrilación auricular e INR equivalente.

Discusión. El presente trabajo confirma los resultados previos en que los pacientes con EB presentan una situación de hipercoagulabilidad y ésta se relaciona con el desarrollo de trombosis. Este método de detección puede ser útil a la hora de decidir la duración del tratamiento anticoagulante en este grupo de pacientes.

Conclusiones. La generación de trombina medida por el ETP está aumentada en los pacientes con EB, especialmente en los que han presentado trombosis. El ETP puede ser útil como marcador de hipercoagulabilidad en estos pacientes.

IF-21

BLOQUEO AURICULOVENTRICULAR CONGÉNITO ASOCIADO A LUPUS. ANÁLISIS DE LOS ÚLTIMOS 8 AÑOS

J. Fernández Navarro¹, C. Núñez Lozano¹, P. Revuelta Mínguez², T. Javares Fernández¹, L. Micó Giner¹, y J. Calabuig Alborch¹

¹Servicio de Medicina Interna, ²Unidad de Gestión Integral de Calidad. Hospital Universitario La Fe. Valencia.

Objetivos. El bloqueo auriculoventricular congénito (BAC) en gestantes con lupus eritematoso sistémico (LES) ocurre en un 2% de portadoras de anticuerpos anti-Ro y aunque infrecuente se asocia a una gran morbilidad neonatal. El tratamiento actual consiste en corticoides que atraviesen la placenta, simpaticomiméticos y en ocasiones, plasmáferesis con diferente grado de eficacia. El objetivo de este trabajo es analizar el diagnóstico, evolución y respuesta al tratamiento de los casos observados.

Material y métodos. Estudio retrospectivo basado en revisión de historias clínicas de gestantes con LES en nuestro centro en el período 1999-2007.

Resultados. Se registraron un total de 4 casos de BAC en 36 embarazos correspondientes a 35 gestantes con LES. La edad media del conjunto de gestantes con LES fue 30,4 años y las que desarrollaron BAC fue 31,2. El anti-Ro fue positivo en 6/35 y 4 de ellas desarrollaron BAC. En 2 casos el diagnóstico de LES se realizó a raíz del BAC, en los de LES previamente conocido hubo incremento de la actividad lúpica antes del BAC. Éste se detectó siempre por ecogra-

Tabla 1. Características de las pacientes (IF-21).

	Año	Edad	Manifestaciones	Tratamiento
Caso 1	1999	32	Cutáneas, leucopenia	Prednisona
Caso 2	2003	34	Cutáneas, artritis	Dexametasona
Caso 3	2004	26	Aftas, pericarditis	Dexa., terbutalina, plasmáf.
Caso 4	2007	31	Pleuritis, artritis, leucopenia	Dexa., ritodrine

Tabla 2. Evolución de la frecuencia cardiaca fetal (l/min) (IF-21).

	5º mes	6º mes	7º mes	8º mes	9º mes	Cardiopatía asociada
Caso 1		58	52	53	63	Ductus arterioso
Caso 2	60	57	57	Nacido	Nacido	CIA, estenosis pulmonar
Caso 3	60	60	58	49	49	No
Caso 4		53	87	42	39	No

fía en la semana 21-23 de embarazo. Todos las gestaciones acabaron por cesárea entre las semanas 30-39. En 2 casos hubo cardiopatías asociadas. El sexo fue femenino en todos los nacimientos. Se implantó marcapasos en uno. Se utilizaron corticoides en todos, durante un período variable entre 2 y 12 semanas. En 1 caso asociada a dexametasona y simpaticomiméticos se realizó plasmaféresis, 14 sesiones entre las semanas 22 y 31, sin mejoría, siendo el único óbito registrado, a los 11 meses de vida.

Discusión. La alta incidencia registrada de BAC en mujeres con anti-Ro + probablemente se deba a que nuestro centro es de referencia para embarazo patológico y agrupa los casos más graves. Es destacable el incremento de actividad lúpica previo al diagnóstico de BAC, así como la aparente falta de correlación entre intensidad del tratamiento tras su diagnóstico y la respuesta aunque, dado el pequeño tamaño de la muestra, es difícil sacar conclusiones firmes.

Conclusiones. La prevención y tratamiento precoz del brote lúpico es fundamental en gestantes con LES, especialmente en las anti-Ro+, no sólo por las consecuencias maternas sino porque podría evitar o mejorar grado de BAC, ya que cuando aparece éste es poco sensible al tratamiento farmacológico.

IF-22

SARCOIDOSIS: ANÁLISIS DE POLIMORFISMOS GENÉTICOS DE LA CICLOOXIGENASA-2

R. Garrido Rasco¹, E. Chinchilla Palomares¹, R. González León¹, F. García Hernández¹, D. Rodríguez Rodríguez², J. López Campos Bodineau², A. Montes Worboys² y J. Fernández Guerra³

¹Servicio de Medicina Interna (Unidad de Colagenosis e Hipertensión Pulmonar), ²Unidad Médico-Quirúrgica de Enfermedades Respiratorias. Hospital Virgen del Rocío. Sevilla. ³Servicio de Neumología. Hospital Costa del Sol. Marbella, Málaga.

Objetivos. La ciclooxigenasa 2 (Cox-2) es la enzima responsable de la síntesis de prostaglandinas, PGE2 entre otras. En los procesos inflamatorios la PGE2 actúa como un potente antifibrótico. Se ha demostrado que en pulmones sarcoides existe un déficit de Cox-2 y de PGE2. **OBJETIVOS:** Comprobar la relación entre los polimorfismos COX2,8473 (C > T) y COX2,5209 (T > G) de la Cox-2 con la predisposición a la sarcoidosis y la evolución de la misma.

Material y métodos. Se genotiparon los polimorfismos COX2,8473 y COX2,5209 en dos cohortes andaluzas (111 casos con sarcoidosis histológicamente demostrados y 109 controles sanos), usando PCR cuantitativa (LightCycler Fluorescent Hybridization Probe, Roche). En un estudio prospectivo a un año se recogieron los siguientes datos de los pacientes: edad, sexo, síntomas, marcadores biológicos y evolución clínica y radiológica.

Resultados. Ver tabla 1. WT = Wild type, HE = Heterocigoto, MUT = Mutante.

Discusión. El polimorfismo Cox2,5209 no mostró relación con el riesgo de padecer sarcoidosis. Encontramos una frecuencia elevada del alelo C de COX2,8473 en los pacientes con sarcoidosis comparados con el grupo control, si bien no alcanza el límite de significación estadística (p = 0,085). En cuanto a la relación entre la evolución de la enfermedad y los dos polimorfismos, no se encontraron diferencias significativas.

Conclusiones. El polimorfismo COX2,8473 podría estar relacionado con la predisposición para la sarcoidosis en individuos con el alelo C presente. Un estudio con mayor número de casos podría confirmar nuestros resultados.

Tabla 1. (IF-22).

	Gen	Pacientes N (%)	Controles N (%)	p
COX2.5209	WT	59 (53,2)	64 (58,7)	0,65
COX2.5209	HE	46 (41,4)	41 (37,6)	
COX2.5209	MUT	6 (5,4)	4 (3,7)	
COX2.8473	WT	42 (37,8)	55 (50,5)	0,085
COX2.8473	HE	56 (50,5)	48 (44,0)	
COX2.8473	MUT	13 (11,7)	6 (5,5)	

IF-23

FALTA DE ASOCIACIÓN ENTRE LOS AUTOANTICUERPOS ANTI-PDGFR-ALFA Y LA ESCLERODERMIA.

E. Balada¹, C. Simeón², V. Fonollosa², M. Rosa Leyva¹, J. Castro¹, A. Selva², J. Ordi² y M. Vilardell²

¹Laboratori de Recerca en Malalties Sistèmiques, ²Servicio de Medicina Interna. Hospital General Vall d'Hebron - Àrea General. Barcelona.

Objetivos. Determinar la existencia de anticuerpos dirigidos contra el receptor alfa del factor de crecimiento derivado de plaquetas (PDGFR-alfa) en pacientes con esclerodermia.

Material y métodos. Se incluyeron 58 mujeres diagnosticadas de esclerodermia y 36 mujeres sanas. Se determinaron los títulos de anti-PDGFR-alfa IgG mediante ELISA y se comprobó la especificidad del ensayo mediante inmunoblot. Finalmente, se evaluó la posible asociación entre los valores obtenidos y la presencia o ausencia de los siguientes parámetros clínicos y de laboratorio: esclerodermia limitada vs. esclerodermia difusa, afección cardíaca, afección pulmonar, enfermedad pulmonar intersticial, hipertensión pulmonar arterial, crisis renal esclerodérmica, anticuerpos anti-topoisomerasa I y anti-centrómero.

Resultados. No se observaron diferencias estadísticamente significativas entre pacientes y controles con respecto a los niveles de anticuerpos: 0,518 ± 0,531 vs. 0,546 ± 0,694, respectivamente (p = 0,583). De hecho, tanto en el grupo control como en el grupo de pacientes, algunas mujeres mostraron valores de anti-PDGFR-alfa superiores a una densidad óptica (D. O. a 405 nm) de 1.00. Para comprobar la especificidad del ensayo, desarrollamos un inmunoblot, pudiendo así corroborar que tanto los sueros de las mujeres de la población control que dieron un valor elevado por ELISA como los de las pacientes reconocían la misma banda correspondiente al PDGFR-alfa. Por último, no se observó ningún tipo de asociación entre los niveles de anti-PDGFR-alfa y las variables clínicas y de laboratorio estudiadas.

Discusión. Recientemente se ha postulado que los anticuerpos anti-PDGFR-alfa podrían jugar un papel importante en la patogenia de la esclerodermia mediante su acción estimuladora sobre el PDGFR-alfa de los fibroblastos. Mediante métodos inmunológicos, nosotros detectamos la presencia de títulos elevados de estos anticuerpos en algunos de nuestros pacientes. No obstante, en el grupo control también apreciamos la misma tendencia. Tal vez estos anticuerpos existan de forma natural y posean actividad biológica únicamente en los pacientes afectados de esclerodermia al reconocer algún tipo especial de epítipo presente en la molécula del PDGFR-alfa.

Conclusiones. Los anticuerpos anti-PDGFR-alfa pueden ser detectados en individuos sanos (incluso a títulos elevados) y no parecen, por tanto, ser exclusivos de la esclerodermia.

IF-24

ENFERMEDAD DE CHURG-STRAUSS (ECS). ASOCIACIÓN ENTRE LA PRESENCIA DE ANCA CIRCULANTES, LESIONES VASCULÍTICAS Y AFECTACIÓN RENAL

A. Requena¹, A. Vidaller¹, R. Poveda², O. Gasch¹, T. Riera¹ y R. Pujol¹

¹Servicio de Medicina Interna, ²Servicio de Nefrología. Hospital Universitari de Bellvitge. Hospitalet de Llobregat, Barcelona.

Objetivos. La ECS es una entidad poco frecuente. El diagnóstico (según el ACR, 1990) requiere la presencia de 4 o más de los siguientes criterios: Asma, Eosinofilia > 10%, neuropatía, anomalías de los senos paranasales, infiltrados pulmonares cambiantes y/o la infiltración tisular por eosinófilos en áreas paravasculares. El objetivo del estudio es describir las características clínicas, biológicas, histológicas y evolutivas de los pacientes diagnosticados de ECS en nuestro hospital y determinar el valor de la presencia de ANCA.

Material y métodos. Descripción de los datos clínicos, analíticos y evolución posterior de 14 pacientes con criterios diagnósticos de ECS, localizados en nuestros archivos. El primer caso fue diagnosticado en 1991.

Resultados. Siete casos (50%) eran varones. La edad media al diagnóstico fue de 54,5 ± 15,3 años (26-84). Manifestaciones clínicas: Criterios diagnósticos: Asma: 12 casos (85,7%). Eosinofilia (> 10% recuento en sangre periférica) 14 c. (100%). Neuropatía: 11 c.

(78,5%). Alteraciones de senos paranasales 12 c. (85,7%). Infiltrados pulmonares cambiantes: 8 c. (57,1%). Infiltrado tisular por eosinófilos: 4 c. (28,5%). Otras manifestaciones clínicas: Síndrome tóxico: 8 casos (71,4%); Poliartralgias: 7 c. (50%). Anemia: 5 c. (35,7%). Elevación de reactantes de fase aguda: 11 c (78,5%). Histología de vasculitis en 8 c. (57,1%) Se documentó afectación renal en 9 casos en forma de microhematuria aislada en 3 c., microhematuria y proteinuria en 4 c. y proteinuria aislada en 2 c. En cuatro de ellos se asoció insuficiencia renal que biopsiada en dos casos mostraron GN necrotizante con semilunas. En 7/14 (50%) se detectaron ANCA circulantes (todos ellos anti MPO). En todos (7 casos) se documentó afectación renal bien en forma de proteinuria aislada (2 c), hematuria (1 caso), o hematuria y proteinuria (4 c.). En 6 c. se objetivaron mediante biopsia la presencia de vasculitis. Tratamiento: todos los casos fueron tratados con esteroides a dosis iniciales de 1mg/kg/d salvo un caso que recibió 3 pulsos endovenosos de 6 M. P. por presentar insuficiencia renal rápidamente progresiva. En dicho caso y otros dos más se añadieron inmunosupresores (ciclofosfamida o azatioprina, seguidos de micofenolato como mantenimiento) por clínica de nefropatía y neuropatía severa respectivamente. Evolución: todos responden favorablemente al tratamiento inicial, mejorando las diferentes manifestaciones clínicas. Tras un seguimiento medio de 7,42 años (rango 1,5-16 años), 9 casos (64,3%) han permanecido asintomáticos y 5 (35,7%) han presentado algún episodio de recidiva clínica, básicamente respiratoria, coincidiendo generalmente con la reducción o suspensión del tratamiento esteroideo.

Discusión. Presentamos una serie de pacientes con ECS en la que no hay predominio de género y con edades dispares. Además de los 4 criterios de la ACR, los pacientes han presentado clínica propia de vasculitis como síndrome tóxico, poliartralgias, ademia, presencia de ANCAs, o afectación renal. Como ha sido descrito por otros grupos, hemos detectado asociación entre la presencia ANCAs, lesiones vasculíticas y afectación renal. La respuesta al tratamiento con esteroides ha sido favorable en todos los casos.

Conclusiones. En nuestra experiencia, la ECS es una entidad con buen pronóstico y respuesta al tratamiento aunque no son raras las exacerbaciones respiratorias a lo largo de la evolución. La presencia de ANCA circulantes podría servir como marcador de lesiones vasculíticas y de localización renal de la enfermedad.

IF-25

ESTRATEGIAS DIAGNÓSTICAS PARA DETECTAR ENFERMEDAD CELÍACA EN PACIENTES CON ENFERMEDADES AUTOINMUNES SISTÉMICAS. ESTUDIO GENÉTICO Y ANTICUERPOS

S. Rodríguez Fernández¹, M. Rodríguez Carballeira¹, M. Mariné Guillem¹, M. Vives¹ y M. Esteve Comas²

¹Servicio de Medicina Interna, ²Digestología. Hospital Mutua de Terrasa. Terrasa, Barcelona.

Objetivos. Evaluar la prevalencia de marcadores genéticos y serológicos de enfermedad celiaca (EC) en el subgrupo de riesgo de pacientes con enfermedades autoinmunes sistémicas (EAS).

Material y métodos. La muestra estudiada fueron 109 pacientes, 91 mujeres y 18 hombres, con una edad media de 49 años (DE, rango 15-87), reclutados consecutivamente en una consulta especializada en EAS a lo largo de 6 meses. Se recogieron las características demográficas y clínicas (tipo de enfermedad autoinmune, tiempo de evolución, título de ANA, grado de actividad y tratamiento). Aprovechando un control analítico rutinario se les realizó determinación de anticuerpos antitransglutaminasa -mediante ELISA- y antiendomisio -mediante IFI-, así como estudio genético para screening de celiaquía (HLA-DQ2 y HLA-DQ8, por PCR).

Resultados. La EAS de los pacientes incluidos era: 30 lupus eritematoso sistémico (LES) (6 con síndrome antifosfolípido asociado (SAF)), 25 lupus like, 9 miopatías inflamatorias, 8 Sjögren, 8 SAF primario, 6 sarcoidosis, 6 enfermedad mixta de tejido conectivo, 5 esclerodermia, 3 Raynaud primario, 4 vasculitis sistémicas, 2 Crioglobulinemia mixta esencial, 2 Beçhet, 1 síndrome de solapamiento, 1 urticaria-vasculitis hipocomplementémica. La mediana del tiempo de evolución de la enfermedad fue de 48 meses (extremos 1-360). La determinación genética (HLA-DQ2 o HLA-DQ8) fue positiva en 49 pacientes (44%), el 90% de ellos HLA-DQ2. De estos 15 (50%) tenían lupus (4 con SAF asociado), 10 (40%) lupus incomple-

to, 5 (63%) Sjögren, 4 miopatías inflamatorias (45%) y 3 (50%) enfermedad mixta de tejido conectivo. Ni el tiempo de evolución de la enfermedad autoinmune subyacente ni el título de ANA fue diferente entre los pacientes con positividad genética respecto a los negativos. Sólo una paciente con Raynaud presentó anticuerpos antitransglutaminasa y antiendomisio positivos, y mostraba una lesión tipo MARSH IIIc en la biopsia duodenal.

Discusión. La prevalencia de EC es de 1: 100-350. El 50% de los pacientes se mantienen asintomáticos y la serología es positiva en un 30-100% de los casos, dependiendo de la severidad histológica, lo que dificulta su diagnóstico precoz y la prevención de futuras complicaciones. Un estudio publicado por nuestro grupo (Gut 2006;1739-45;Epub 2006) propone un nuevo algoritmo diagnóstico mediante el estudio genético y serológico seguido de biopsia duodenal en los casos positivos, para la detección precoz de esta enfermedad en el subgrupo de riesgo de familiares de primer grado de enfermos celíacos; un 60% de estos pacientes mostraban positividad genética, frente al 20% de la población general. Trabajos previos han sugerido que los pacientes con EAS son también un grupo de riesgo para el desarrollo de EC, si bien su prevalencia real no es conocida. Nuestro estudio confirma la elevada presencia de positividad genética en este grupo, pero sin mayor incidencia de EC con atrofia.

Conclusiones. 1? Los pacientes con EAS presentan una alta prevalencia (44%) de genes HLA-DQ2 y HLA-DQ8 positivos, superior a la de la población general y cercana a la de los familiares de enfermos celíacos, confirmando que se trata de un grupo de riesgo elevado para el desarrollo de EC. 2? El porcentaje detectado de EC con atrofia no parece superior al de la población general, aunque no puede descartarse la existencia de lesiones menores de enteropatía sensible al gluten no detectable por serología.

IF-26

SARCOIDOSIS: DIFERENTE ESTADIAJE SEGÚN RADIOGRAFÍA DE TORAX O TAC TORÁCICO

S. Fernández González¹, L. López González², R. López González¹, S. Pérez Andrade¹, R. Riera Hortelano¹ y S. Castellanos Viñas¹

¹Servicio de Medicina Interna, ²Radiodiagnóstico. Complejo Asistencial de León. León.

Objetivos. Scadding en 1961 propuso una clasificación en cinco estadios que todavía se sigue utilizando. Además del interés descriptivo y de unificación de criterios, tiene también un interés pronóstico. Los datos de afectación ganglionar y pulmonar se basaban en la radiografía de torax. Con el uso generalizado del TAC y TACAR estos criterios se han modificado y un paciente puede tener diferente estadiaje según el método radiológico utilizado. Valorar los cambios de estadiaje de la sarcoidosis según la técnica radiológica empleada.

Material y métodos. Estudio retrospectivo de los casos diagnosticados de sarcoidosis en nuestro centro durante el período 2001-2005. Todos los pacientes estudiados tenían RX torax en el momento del diagnóstico y a todos salvo 4 se les realizó TAC o TACAR de torax. Resultados. Refiriendonos a la RX de torax encontramos: Estadio 0: 5 casos. Estadio I: 35 casos. Estadio II: 12 casos. Estadio III: 2 casos y estadio IV: 3 casos. Si valoramos el TAC torácico: Estadio 0: 2 casos. Estadio I: 30 casos. Estadio II: 21 casos y estadio IV: 4 casos. En el TAC torácico encontramos ganglios hiliares y/o mediastínicos en los estadios 0 y III y afectación pulmonar en pacientes previamente etiquetados de estadio I.

Discusión. Dado que el TAC tiene mayor sensibilidad en el reconocimiento de afectación ganglionar y afectación pulmonar, el estadiaje del mismo paciente cambia, aumentando sobre todo los pacientes en estadio 2, lo que tiene importancia para el tratamiento y para el pronóstico.

Tabla 1. Estadiaje (IF-26).

	Estadio 0	Estadio 1	Estadio II	Estadio III	Estadio IV
RX torax	5	35	12	2	3
TAC o TACAR	2	30	21	0	4

Conclusiones. El uso del TAC en el estadije de la sarcoidosis 1) Aumenta la incidencia de estadio II al demostrarse en más pacientes afectación pulmonar. 2) Disminuyen los casos de estadio 0 y 3 al demostrarse afectación de ganglios mediastínicos. 3) Aumenta la incidencia de estadio 4 al demostrarse datos de fibrosis pulmonar. Estos cambios modifican el valor pronóstico del estadije y la consideración terapéutica.

IF-27
SARCOIDOSIS: FACTORES PRONÓSTICOS Y TRATAMIENTO EN UNA SERIE DE 57 PACIENTES

S. Fernández González, R. López González, I. De la Iglesia Fanjul, M. Liñán Alonso y M. Ledo Laso

Servicio de Medicina Interna. Complejo Asistencial de León. León.

Objetivos. Conocer el tratamiento aplicado en los pacientes diagnosticados de sarcoidosis y su relación con la forma de presentación y el estadio. Analizar factores pronósticos en su evolución.

Material y métodos. Estudio retrospectivo de los 57 casos diagnosticados de sarcoidosis en nuestro centro entre el año 2001-2005. La revisión de las historias se realizó en otoño del 2006. Los pacientes habían sido revisados en consulta externa de Medicina Interna o Neumología. En general fueron revisados hasta la normalización clínico radiológica y posteriormente de forma anual. Tres pacientes que se habían perdido fueron revisados en consulta. No se remitieron para revisión a 5 pacientes: eran estadios I, S. de Löfgren, no tratados o tratados con AINES, en teoría de buen pronóstico. Se utilizaron las tablas de Kaplan Meyer de supervivencia para valorar su evolución.

Resultados. De los 52 pacientes que se han seguido durante estos cinco años: 34 curaron clínica y radiológicamente. Dos han recaído posteriormente. 18 siguen con afectación clínica o radiológica (34,6 - 31,5% de los pacientes): 4 presentan mejoría, 11 están estacionados y 3 presentan progresión de la enfermedad. En los pacientes con remisión, ésta se produce en los primeros meses tras el diagnóstico, casi todos en el primer año, en una media de 8,8 meses. No hay relación con el sexo, pero si con: 1) Síntomas de inicio: Claras diferencias con resolución en los que consultaban por eritema nodoso y seguían con afectación la mayoría de los que consultaban por síntomas respiratorios o era un hallazgo radiológico $p = 0,005$, 2) Edad, con un punto de corte en 38 años $p = 0,0343$. 3) el estadio: Ningun estadio IV mejoró y únicamente el 27% del estadio II según RX de torax ($p = 0,0083$) y el 57% según TAC y 4) El tratamiento utilizado con peor pronóstico para los que tratados con corticoides $p = 0,0007$.

Discusión. Durante el seguimiento 2/3 de los pacientes quedaron asintomáticos y se normalizó la RX de torax. Como ya es conocido son datos de buen pronóstico: La agudeza del cuadro, especialmente el eritema nodoso, la juventud y estadio radiológico I. Y del mal pronóstico la presentación solapada con síntomas respiratorios o el hallazgo radiológico que persiste en el tiempo y la afectación radiológica pulmonar: estadios II y IV. También tienen peor evolución aquellos pacientes que precisaron tratamiento con esteroides.

Conclusiones. Son datos de buen pronóstico: el eritema nodoso como síntoma de inicio. La edad menor de 38 años, el estadio I al

diagnóstico y la abstención terapéutica o el tratamiento con AINES. Son datos de mal pronóstico: los síntomas respiratorios como clínica de inicio o el hallazgo radiológico. La edad mayor de 38 años, los estadios 4 y 2 y el tratamiento con corticoides.

IF-28
FORMAS DE PRESENTACIÓN Y MÉTODO DIAGNÓSTICO DE LA SARCOIDOSIS EN UNA SERIE DE 57 CASOS

S. Fernández González, R. López González, T. Bajo Franco, F. Ali Mourad y M. López Veloso

Servicio de Medicina Interna. Complejo Asistencial de León. León.

Objetivos. Conocer la forma de presentación de la sarcoidosis en nuestro medio y los métodos utilizados para el diagnóstico, con referencia especial a los resultados de la biopsia trasbronquial. La clínica de inicio: 1 Síndrome de Löfgren: fiebre, eritema nodoso, artralgias y adenopatías hiliares bilaterales. 2 Afectación pulmonar: Tos, disnea, dolor torácico. 3 Síntomas sistémicos: astenia, pérdida de peso y fiebre. 4 Hallazgo en una radiografía de tórax rutinaria y 5 Síndrome GLUS: lesiones granulomatosas de significado incierto. El diagnóstico se basa en criterios clínicos, radiológicos y anatomopatológicos demostrando granulomas no necrotizantes.

Material y métodos. Realizamos un estudio retrospectivo en nuestra área de salud, sobre los casos diagnosticados de sarcoidosis durante los años 2001-2005.

Resultados. Motivo de consulta: eritema nodoso 27 casos (47,36%), Síntomas respiratorios 12 (21,05%), Síndrome general en 6 casos (10,53%). Hallazgo radiológico 5 casos (8,77%) Miscelánea 7 casos (12,28%): 2 adenopatías en cuello, 2 por artralgias, 1 tumoración de parótida, pericarditis y afectación cutánea. Medios diagnósticos: se realizaron 36 biopsias trasbronquiales: 23 dieron resultado positivo (63,88%) Afectación pulmonar por RX torax: 17, 12 biopsias trasbronquiales + y 3 -. 12/15. No afectación pulmonar por RX torax: 40, 11 biopsias trasbronquiales + y 10 -. 11/21. Afectación pulmonar por TAC: 25, 14 biopsias + y 4 -. 14/18. No afectación pulmonar por TAC: 9 biopsias + y 9 -. 9/18. Se realizaron 12 biopsias ganglionares de mediastino, todas positivas. 5 biopsias de ganglios periféricos, cuatro positivas y 1 biopsia de ganglio retroperitoneal positiva. Una biopsia cutánea que fue positiva. 15 casos se diagnosticaron como síndrome de Löfgren.

Discusión. La forma de presentación más frecuente corresponde, al igual que en otras series al eritema nodoso. Encontramos escasa afectación extratorácica probablemente porque sean pacientes ambulatorios vistos en otras especialidades. Al realizar la biopsia trasbronquial encontramos granulomas: Si hay afectación pulmonar por RX torax: 12/15 (80%). Si no afectación pulmonar por RX torax: 11/21 (52,38%). Si hay afectación pulmonar en TAC: 14/18 (77,78%) Si no afectación pulmonar en TAC 9/18 (50%).

Conclusiones. 1) Cerca del 50% de nuestras sarcoidosis debutaron como eritema nodoso. 2) Salvo en el síndrome de Löfgren seprecisa la demostración de granulomas no necrotizantes para el diagnóstico. La biopsia pulmonar o de ganglios mediastínicos son las de mayor rentabilidad. 3) La afectación pulmonar en la radiografía o TAC de

Tabla 1. (IF-27).

Pronóstico	Edad	Presentación	Estadio	Tratamiento
Buen pronóstico	< 38 años	Eritema nodoso	I	Ninguno AINES
Mal pronóstico	> 38 años	S. respiratorios. Hallazgo RX	IV y II	Corticoides

Tabla 1. (IF-28).

Clínica de comienzo Método diagnóstico	Eritema nodoso	S. respiratorios	S. generales	Hallazgo RX	Miscelánea	Total
Löfgren	14		1			15
B. trasbronquial	10	7 + 1 pulmonar	1	4	1	24
B. G. mediastino	3	3	2	1	3	12
B. ganglionar		1	2		2	5
Biopsia cutánea					1	1
Total	27	12	6	5	7	57

torax aumenta la probabilidad de positividad de la biopsia trasbronquial pero no es precisa para su indicación.

IF-29

UTILIZACIÓN DE RITUXIMAB EN EL ESPECTRO DE LAS MIOPATÍAS INFLAMATORIAS IDIOPÁTICAS. RESULTADOS PRELIMINARES

E. Chinchilla Palomares¹, F. García Hernández¹, R. González León¹, R. Garrido Rasco¹, M. Castillo Palma¹, C. Ocaña Medina¹, B. Sánchez Sánchez² y J. Sánchez Román¹

¹Servicio de Medicina Interna (Unidad de Colagenosis e Hipertensión Pulmonar), ²Servicio de Inmunología. Hospital Virgen del Rocío. Sevilla.

Objetivos. El espectro clínico de las miopatías inflamatorias idiopáticas (MII) incluye un grupo de procesos de causa desconocida y patogenia autoinmune. Su manejo clínico puede estar dificultado por una falta de respuesta adecuada a los glucocorticoides (GC) y a los fármacos inmunosupresores (IS). Se han comunicado experiencias favorables con rituximab (RTX), un anticuerpo monoclonal dirigido contra CD20, en pequeñas series de pacientes. Nuestro objetivo es evaluar la utilidad de RTX en un grupo de pacientes con MII resistente a GC e IS.

Material y métodos. Estudio prospectivo abierto no controlado de la eficacia de RTX en pacientes con enfermedades autoinmunes sistémicas resistentes a tratamientos convencionales. Se analizó el subgrupo de pacientes con MII tratados hasta el 30 de junio de 2007. El esquema de tratamiento consistió en 4 infusiones semanales de 375 mg/m² de RTX (los días 0, 7, 14 y 21) asociadas a ciclofosfamida (CF) intravenosa (iv) (750 mg los días 2 y 16), y GC (deflazacort, 60 mg/día durante 1-2 meses, y posterior ajuste de dosis según la evolución en cada caso). Se evaluó la evolución clínica y tolerancia al tratamiento de forma protocolizada.

Resultados. Se trató a 8 pacientes con MII: 2 con polimiositis, 2 con dermatomiositis, 2 con superposición polimiositis-esclerodermia y 2 con síndrome antisintetasa. Su edad media era 50,7 años (rango 23 a 77). El tiempo medio de evolución de su enfermedad era 47 meses. La indicación de RTX se estableció por miopatía en 7 pacientes, deterioro significativo de la capacidad vital forzada (FVC) en 4 y lesiones cutáneas en 1. En el momento de elaborar el abstract había 2 pacientes que acababan de finalizar el tratamiento y estaban pendientes de la primera evaluación evolutiva un mes después. Otro paciente se había tratado 34 meses antes y se mantenía en remisión completa. El tiempo medio de seguimiento de los 5 pacientes restantes desde que finalizó el tratamiento con RTX era de 2,6 meses (rango entre 1 y 4). La respuesta fue favorable en todos ellos (mejoría muscular en 4/4 -100%, con remisión en 3, 75% y respiratoria en 3/3 -100%). No se observaron efectos adversos.

Discusión. Los resultados iniciales obtenidos tras la administración de RTX a pacientes con MII resistente a otras opciones de tratamiento son muy favorables, en consonancia con los datos aportados por otros autores. Aunque queda por evaluar el resultado a medio-largo plazo, ya tenemos experiencia en una paciente que se mantiene en remisión completa tras 34 meses de tratamiento. A falta de estudios controlados con series más amplias, todo apunta a que RTX, al igual que ocurre en otras enfermedades autoinmunes como el lupus, se puede convertir en un arma terapéutica importante en pacientes con MII.

Conclusiones. En nuestra experiencia, RTX es eficaz a corto plazo en pacientes con MII resistente a otras opciones de tratamiento. Queda pendiente evaluar su eficacia a medio y largo plazo.

IF-30

RESULTADOS DE UN PROGRAMA DE CRIBAJE DE HIPERTENSIÓN PULMONAR MEDIANTE ECOCARDIOGRAFÍA-DOPPLER EN UNA COHORTE DE PACIENTES CON LUPUS ERITEMATOSO SISTÉMICO

R. Garrido Rasco¹, F. García Hernández¹, R. González León¹, E. Chinchilla Palomares¹, M. Castillo Palma¹, C. Ocaña Medina¹, A. Martínez Martínez² y J. Sánchez Román¹

¹Servicio de Medicina Interna (Unidad de Colagenosis e Hipertensión Pulmonar), ²Servicio de Cardiología (Unidad de Hipertensión Pulmonar). Hospital Virgen del Rocío. Sevilla.

Objetivos. Los pacientes con enfermedades sistémicas autoinmunes (ESA) constituyen un grupo de riesgo para padecer hipertensión

arterial pulmonar (HAP). En nuestra serie de 715 pacientes con lupus eritematoso sistémico (LES) habíamos observado HAP (comprobada por cateterismo) en 11 casos (1,54%), todos ellos con sintomatología previa que hacía sospechar el diagnóstico. Nuestro objetivo es detectar la prevalencia de hipertensión pulmonar (HP) no conocida previamente entre los pacientes con LES controlados en una Unidad especializada tanto en ESA como en HAP y analizar su asociación con otras manifestaciones clínicas de la enfermedad de base.

Material y métodos. Se evaluaron los resultados disponibles a 30 de junio de 2007 de un programa de cribaje de hipertensión pulmonar (HP) iniciado en octubre de 2003 entre los pacientes con LES controlados en nuestra Unidad. El protocolo de estudio incluye la evaluación de la historia clínica, con especial atención a los síntomas de HAP, y la realización de un ecocardiograma-Doppler (eco-D) La presión arterial pulmonar sistólica (PAPs) se consideró aumentada si era > 35 mmHg (leve-moderada entre 36 y 49, e importante si > 50). Se completó el estudio diagnóstico protocolizado si la PAPs era superior a 50 mm de Hg o el paciente estaba sintomático a pesar de elevación menos intensa de la PAPs. Se analizó la asociación con variables clínico-analíticas mediante la prueba de chi-cuadrado con corrección de Yates, y el test exacto de Fisher cuando fue necesario.

Resultados. A 30 de junio de 2007 se disponía del resultado del estudio en 149 de los 199 pacientes evaluados (94,6% mujeres, edad media 39,1 ± 14,3 años). Sólo 2 pacientes tenían síntomas sugestivos de HAP, disnea en ambos casos. La PAPs estaba elevada en 7 pacientes (4,7%): elevación leve-moderada en 5 casos e importante en 1. De ellos, 3 (42,8%) tenían datos ecográficos concordantes con cardiopatía izquierda (HP secundaria) y en 1 se encontró un valor normal de PAP en una eco-D posterior. Se completó estudio diagnóstico con cateterismo derecho en 2 de los 3 pacientes restantes, aquéllos que estaban sintomáticos; la HAP se confirmó sólo en 1 caso. Veintiseis pacientes tenían síndrome antifosfolípido (SAF) (17,4%), 98 tenían datos biológicos de SAF (65,8%) y 51 (34,2%) tenían fenómeno de Raynaud. No se observaron diferencias significativas en la prevalencia de estas alteraciones entre pacientes con y sin elevación de PAPs en eco-D, ni tampoco en la distribución del hallazgo por sexos o grupos edad (> o < de 65 años).

Discusión. La prevalencia de HP, detectada mediante eco-D, entre nuestra serie de pacientes con LES sin HP conocida fue del 4,7%, valor bajo para el rango comunicado por otros autores (0,5-14%). Se completó el estudio diagnóstico en 2 pacientes y sólo se confirmó la HAP en uno de ellos, lo que resulta en una prevalencia de HAP comprobada del 0,67%. Probablemente, los estudios de cribaje de HP en series de pacientes con LES basados en la eco-D sobreestiman la prevalencia real de HP. Esta idea se realza ante el hallazgo en casi la mitad de pacientes con PAPs elevada de otras alteraciones sugestivas de alteraciones estructurales en el lado izquierdo del corazón (alteraciones valvulares, hipertrofia ventricular izquierda y alteraciones de la distensibilidad) y que por tanto se tratarían muy probablemente de formas secundarias de HP. La prevalencia de SAF (completo o sólo datos biológicos) y de FR no fue diferente entre pacientes con y sin PAPs alterada.

Conclusiones. 1ª) La prevalencia de HP en nuestra serie de pacientes con LES estudiados mediante eco-D es de 4,7%. 2ª) La prevalencia de HAP no conocida previamente fue del 0,67% tras completar estudio diagnóstico en los pacientes en los que así estaba indicado. 3ª) En nuestra experiencia, la prevalencia de HAP es muy baja en pacientes con LES sin síntomas sugestivos de HAP.

IF-31

RESULTADOS DEL REGISTRO ANDALUZ DE PACIENTES CON ENFERMEDADES AUTOINMUNES TRATADOS CON RITUXIMAB (RITUXIMABREGIS)

D. López Carmona¹, F. García Hernández², J. Callejas Rubio³, M. Camps García¹, J. Sánchez Román², N. Ortego Centeno³, C. Ocaña Medina² y E. De Ramón Garrido¹

¹Unidad de Enfermedades Autoinmunes Sistémicas. Complejo Hospitalario Carlos Haya. Málaga. ²Unidad de Colagenosis e Hipertensión Pulmonar. Hospital Virgen del Rocío. Sevilla.

³Unidad de Enfermedades Autoinmunes Sistémicas. Hospital Universitario San Cecilio. Granada.

Objetivos. Describir las características y resultados de tratamiento (efectividad y seguridad) del Registro Andaluz de pacientes con En-

fermedades Autoinmunes (EA) tratados con Rituximab en uso compasivo (RituximabRegis).

Material y métodos. El RituximabRegis es una iniciativa de la Asociación Andaluza de Enfermedades Autoinmunes (AADEA). Se trata de una serie de casos que evalúa en la práctica clínica la efectividad y seguridad del tratamiento con Rituximab en uso compasivo de pacientes con EA. El estudio tiene dos fases: una retrospectiva, que incluye los pacientes que han sido tratados en el pasado, objeto de esta comunicación, y otra prospectiva, pendiente de realización. La base de datos incluye variables sociodemográficas y clínicas sencillas, con vistas a facilitar la inclusión inicial en el registro de los pacientes.

Resultados. A fecha 10-07-2007, se habían registrado 95 pacientes, 23 (24%) hombres y 72 (76%) mujeres, de 3 hospitales de referencia de Andalucía, que han recibido 122 tratamientos (75 en una ocasión, 16 en dos ocasiones, 2 en tres y 1 en cuatro y cinco ocasiones, respectivamente). La edad media de los pacientes al inicio de su enfermedad fue de $35,5 \pm 17,6$ años y al diagnóstico fue de $36,3 \pm 16,9$ años, con una edad media de $43,0 \pm 15,9$ años (rango: 16,3-73,8), y un tiempo de evolución de su enfermedad de $6,7 \pm 6,3$ años, cuando recibieron el tratamiento. El Lupus Eritematoso Sistémico (44 pacientes [46%]), la Granulomatosis de Wegener (13 pacientes [14%]), la Dermatomiositis (11 pacientes [12%]), y la Púrpura Trombocitopénica Idiopática (6 pacientes [8%]), fueron las entidades más frecuentes. Los motivos para el tratamiento con Rituximab fueron: Falta de respuesta con otros tratamientos, 97 pacientes (80%), toxicidad de otros tratamientos, 7 pacientes (6%) y primera opción, en 17 pacientes (14%). De los que 10 (8%) ya habían sido tratados con éxito con Rituximab anteriormente. La pauta de tratamiento con Rituximab fue la utilizada en los linfomas, que se empleó en 114 ocasiones (93%), aunque en 42 de ellas (34%), se añadió Ciclofosfamida. El resultado del tratamiento con Rituximab fue de respuesta completa en 49 pacientes (58%), respuesta parcial en 20 pacientes (24%) y falta de respuesta en 15 pacientes (18%). No se disponía todavía de suficiente tiempo de seguimiento en 33 de los pacientes. Por último, 113 pacientes (93%) no registraron ningún efecto adverso de importancia. Un paciente con LES falleció debido a una sepsis por Citomegalovirus que se achacó al tratamiento simultáneo con Ciclofosfamida, otro paciente, con Granulomatosis de Wegener falleció a los 3 meses del tratamiento en relación con progresión de su enfermedad, otra paciente con LES falleció por fracaso de todos los tratamientos empleados, otro paciente presentó un Linfoma de Hodgkin inmediatamente después del tratamiento con Rituximab, una paciente, con Síndrome de Sjögren, presentó una Neumonitis Intersticial tras el segundo pulso de Rituximab, lo que obligó a suspender el tratamiento (mejoría en los siguientes días con tratamiento esteroideo), y otros dos pacientes presentaron problemas sin trascendencia clínica (uno, neutropenia tardía grave, pero sin clínica acompañante, y otro paciente, presentó dolorimiento en miembros inferiores).

Conclusiones. El RituximabRegis muestra que los pacientes con EA y manifestaciones graves, resistentes a tratamientos inmunosupresores convencionales, pueden beneficiarse del empleo de Rituximab con escasos efectos adversos. Los pacientes pueden responder a uno o más tratamientos posteriores.

IF-32

NEUTROPENIA TARDÍA EN LAS ENFERMEDADES AUTOINMUNES TRAS EL TRATAMIENTO CON RITUXIMAB

R. Ríos Fernández¹, T. Gutiérrez Salmerón², J. Callejas Rubio¹, M. Fernández Pugnaire², B. Martínez López¹, F. Navarro Pelayo¹, D. Sánchez Cano¹ y N. Ortego Centeno¹

¹Unidad de Enfermedades Sistémicas. Servicio de Medicina Interna, ²Dermatología. Hospital Universitario San Cecilio. Granada.

Objetivos. La neutropenia tardía es una complicación frecuente del tratamiento quimioterápico, sin embargo, hasta ahora no queda clara su verdadera incidencia en las enfermedades autoinmunes.

Material y métodos. Retrospectivamente revisamos las historias médicas de todos los pacientes que han completado el tratamiento

con rituximab en nuestra Unidad de enfermedades autoinmunes. Cada 2-4 semanas se realizó un control hematológico en dichos pacientes.

Resultados. Veintisiete pacientes con diagnósticos de artritis reumatoide, lupus eritematoso sistémico, dermatomiositis, vasculitis, púrpura trombótica trombocitopénica, púrpura trombopénica idiopática, angioedema adquirido tipo II o pénfigo vulgar recibieron tratamiento con rituximab, el cual se indicó por la persistencia de la actividad de la enfermedad. Dieciocho pacientes recibieron además tratamiento inmunosupresor. De todos los pacientes, sólo uno con diagnóstico de pénfigo vulgar, en tratamiento con azatioprina, tuvo un cuadro de neutropenia severa llegando a un recuento de neutrófilos de 361 cells/mm^3 en el día 191 después de la última dosis de rituximab.

Conclusiones. La neutropenia tardía parece ser una complicación poco frecuente de las enfermedades autoinmunes. No obstante, la intensidad de la neutropenia puede llegar a ser severa. Por dicha razón, su posible desarrollo debe de ser monitorizado de forma rutinaria.

IF-33

UTILIDAD DE LA ECOCARDIOGRAFÍA DE ESFUERZO EN EL DIAGNÓSTICO PRECOZ DE LA HIPERTENSIÓN ARTERIAL PULMONAR ASOCIADA A LA ESCLERODERMIA

J. Callejas Rubio¹, R. Ríos Fernández¹, E. Moreno Escobar², C. Fernández Roldán¹, I. Aomar Millán², J. Pomares Mora³, P. Martín de la Fuente² y N. Ortego Centeno¹

¹Unidad de Enfermedades Sistémicas. Servicio de Medicina Interna, ²Servicio de Cardiología, ³Cuidados Intensivos. Hospital Universitario San Cecilio. Granada.

Objetivos. La hipertensión arterial pulmonar (HTAP) es una complicación de la esclerodermia sistémica (ES), que condiciona un mal pronóstico, con una mortalidad superior al 75% en los dos años siguientes a su diagnóstico. El tratamiento precoz se ha relacionado con una mejoría en la supervivencia, de tal manera que, en las guías actuales de práctica clínica, se recomienda iniciar el tratamiento en estadio I. Para iniciar un tratamiento precoz es imprescindible un diagnóstico también precoz. La ecocardiografía convencional es el principal método de cribaje de HTAP en pacientes con ES. No obstante, solo es útil en fases avanzadas. La ecocardiografía de esfuerzo, por el contrario, podría identificar a pacientes en fases iniciales, con presión de arteria pulmonar normal en situación basal y que solo se eleva con el ejercicio.

Objetivo. Evaluar la utilidad de la ecocardiografía de esfuerzo en la investigación etiológica de la disnea en pacientes con ES y hallazgos no diagnósticos en el estudio funcional respiratorio y ecocardiografía basal.

Material y métodos. Se describen los hallazgos de dos pacientes con disnea cuyo estudio radiológico, de función respiratoria y ecocardiográfico basal no permitían determinar el origen de sus síntomas. La ecocardiografía de esfuerzo se realizó según un protocolo estandarizado. Los pacientes fueron sometidos a esfuerzo en cicloergómetro. Se comienza con una carga de 25 Watts que se incrementa en otros 25 Watts cada 2 minutos hasta intolerancia del paciente.

Resultados. Caso 1: Paciente de 56 años de edad diagnosticado de ESd dos años antes que refiere disnea progresiva en los últimos meses. En las pruebas funcionales respiratorias: CVF: 80,9%; DLCO: 43,3%; KCO: 65,7%. TACAR: patrón intersticial, sin datos de fibrosis. PAPs basal: 39 mmHg; PAPs con esfuerzo: 79 mmHg. PAPm basal: 13 mmHg; PAPm esfuerzo: 32 mmHg que permite sentar el diagnóstico de HTAP. Caso 2: Paciente de 77 años de edad diagnosticado de ES1 que padece disnea de esfuerzo en los últimos meses. En las pruebas funcionales respiratorias: CVF: 126%; DLCO: 71%; KCO: 77%; TACAR: patrón reticular sin signos de fibrosis; PAPs basal: 37 mmHg; PAPs esfuerzo: 71 mmHg; PAPm basal: 20 mmHg; PAPm esfuerzo: 30 mmHg.

Discusión. La ecocardiografía de esfuerzo es una técnica de fácil realización que permite identificar a pacientes con ES en fases precoces del desarrollo de HTAP lo que, si se acompaña de un tratamiento también precoz, posiblemente pueda conducir a una mejoría del pronóstico de estos pacientes.

Conclusiones. Nuestros hallazgos nos llevan a recomendar la sustitución de la ecocardiografía convencional por ecocardiografía de esfuerzo en el seguimiento clínico de los pacientes con ES.

**IF-34
EXPERIENCIA CON RITUXIMAB EN EL TRATAMIENTO DE LA DERMATOMIOSITIS**

R. Ríos Fernández¹, J. Callejas Rubio¹, B. Martínez López¹, M. Fernández Pugnaire², T. Gutiérrez Salmerón², J. Sáez Moreno³ y N. Ortego Centeno¹

¹Unidad de Enfermedades Sistémicas. Servicio de Medicina Interna, ²Servicio de Dermatología, ³Servicio de Neurofisiología. Hospital Universitario San Cecilio. Granada.

Objetivos. La dermatomiositis (DM) es una enfermedad autoinmune que afecta a la piel y el músculo. Para su tratamiento se utilizan diferentes fármacos, fundamentalmente glucocorticosteroides (GC), inmunosupresores o inmunoglobulinas iv (Ig iv), con los que no siempre se consigue un adecuado control de la enfermedad. Recientemente la terapia biológica con rituximab (RTX) se ha sumado a las opciones terapéuticas, siendo los resultados comunicados en la literatura dispares.

Objetivos. Describir la evolución de los pacientes con DM tratados con RTX en nuestra Unidad.

Material y métodos. Revisión de las historias clínicas de los pacientes con DM tratados con RTX, un total de 4. El motivo para utilizar el fármaco fue la falta de control de sus síntomas con tratamientos convencionales o la aparición de efectos secundarios con los mismos. La dosis empleada fue de 375 mg/m² de RTX a la semana, durante cuatro semanas, en tres enfermos, y dos dosis de 1 g separadas dos semanas, en uno.

Resultados. Caso 1: paciente de 69 años de edad, diagnosticado de DM cuatro años antes. Para su tratamiento había recibido GC, azatioprina (AZA) e Igs iv. Ante la persistencia de actividad de la enfermedad se decidió administrar RTX, asociado a AZA y GC. La respuesta fue completa con recuperación de fuerzas, desaparición de lesiones cutáneas y normalización de las enzimas musculares, lo que permitió un notable descenso de la dosis de GC. A los 7 meses, ante la reaparición de las manifestaciones clínicas se hace un retratamiento estando pendientes de valorar respuesta. Caso 2: paciente de 41 años de edad diagnosticado 6 años antes de hemocromatosis y DM. Tratado con GC, AZA e Igs i. V. con buena respuesta clínica. No obstante, cada intento de suspender la administración de Igs se seguía de descompensación clínica. Por este motivo se indicó tratamiento con RTX. La respuesta fue completa pudiendo disminuirse la dosis de GC y AZA de forma progresiva aunque, al cabo de los 13 meses se reactiva la enfermedad por lo que se decide retratar con nueva respuesta completa.

Caso 3: paciente de 43 años que desarrolló un cuadro de DM secundario a un carcinoma de mama que había sido tratado, sin recidiva. No obstante la buena evolución de la neoplasia, las lesiones cutáneas persistieron siendo resistentes a todos los tratamientos ensayados. A los 72 días de administración de RTX las lesiones persisten. Caso 4: mujer de 49 años de edad cuya enfermedad debuta con una neumopatía intersticial, cuya biopsia es informada de NIU. Con posterioridad desarrolla el cuadro clínico completo que permite el diagnóstico de DM, siendo de especial relevancia las manifestaciones articulares. Se había tratado con diferentes fármacos, con respuesta parcial. Tras la administración de RTX se apreció una respuesta completa que se mantuvo durante 17 meses al final de los cuales vuelve a retratarse al reactivarse la enfermedad, nuevamente con buena respuesta.

Discusión. El tratamiento con RTX fue bien tolerado en todos los casos, sin efectos adversos relevantes. En tres casos, la respuesta clínica fue completa. Aunque tendió a agotarse con el paso del tiempo, el retratamiento volvió a ser efectivo.

Conclusiones. El tratamiento con rituximab, sólo o junto con otros inmunosupresores, puede ser una alternativa eficaz para el control de la DM.

**IF-35
¿DEBERÍAN SER LAS MANIFESTACIONES VASCULARES UN CRITERIO DIAGNÓSTICO DE LA ENFERMEDAD DE BEHÇET?**

J. Anton Santos, G. Espinosa, M. Belhassen, S. Aguiló y R. Cervera

Servicio de Enfermedades Autoinmunes Sistémicas. Hospital Clínic i Provincial de Barcelona. Barcelona.

Objetivos. La enfermedad de Behçet (EB) es una patología multisistémica, de base vasculítica, cuya principal característica es la aftosis oral y genital recidivante. Tiene múltiples manifestaciones, entre ellas lesiones mucocutáneas, inflamación ocular, fenómenos vasculares (arteriales, pulmonares y venosos) y afectación musculoesquelética y neurológica. Ante la variedad de presentaciones y la ausencia de un marcador específico, su diagnóstico se basa en la presencia de unos criterios clínicos establecidos (Lancet. 1990;335:1075-80). Sin embargo, se ha discutido la necesidad de revisar dichos criterios e incluir las manifestaciones vasculares, por ser específicas y condicionar morbimortalidad. Presentamos 3 casos de probable enfermedad de Behçet (no cumplían estrictamente los criterios clínicos) con predominio de la afectación vascular, diagnosticados en el Servicio de Enfermedades Autoinmunes del Hospital Clínic de Barcelona.

Material y métodos. Se trata de 3 varones, de entre 23 y 26 años, que debutaron con fenómenos vasculares, en dos de ellos precediendo en meses o años a la aparición de aftosis y por tanto al diagnóstico.

Resultados. El caso 1 (JRP) debutó en 1997 (26 años) con aneurisma aórtico infrarrenal. Posteriormente desarrolló pseudoaneurisma inguinal perianastomótico, y trombosis extensa de cava superior, inferior y venas suprahepáticas; 4 meses más tarde aparecieron aftas orales, genitales y seudofoliculitis. El caso 2 (VLT) debutó en 2004 (24 años) con trombosis del seno longitudinal superior y desarrolló sucesivamente fenómenos tromboticos recidivantes pese a anticoagulación, en territorio de cava inferior y suprahepáticas que le provocaron un síndrome de Budd-Chiari. En 2007 ingresa por IAM no Q y desarrolla a los pocos días fiebre, aftas orales y genitales. El caso 3 (CC) ingresó en 2005 (23 años) por un cuadro de dolor pleurítico, con diagnóstico de pseudoaneurisma de ventrículo izquierdo, y presencia simultánea de fiebre y aftosis orogenital. En la tabla se resumen los criterios diagnósticos que presentaron. Ninguno de los casos presentaba manifestaciones oculares o patergia. En los tres casos se realizó, aparte del tratamiento habitual de la patología vascular, tratamiento inmunodepresor y corticoideo, sin desarrollar evolutivamente nuevos eventos vasculares.

Discusión. Estos tres casos ilustran la necesidad de modificar los criterios diagnósticos de la EB. A nivel asistencial para asegurar su identificación (las formas vasculares de Behçet pueden no cumplir los criterios clásicos) y el tratamiento de una patología grave (evolucionan desfavorablemente en ausencia de tratamiento adecuado).

Conclusiones. Probablemente, la afectación vascular tendría que incluirse en los criterios del Grupo Internacional de Estudio de la EB.

**IF-36
PRUEBAS ANALÍTICAS, FUNCIONALES Y RADIOLÓGICAS EN LA SARCOIDOSIS**

S. Fernández González, R. López González, M. Vázquez del Campo, M. Liñán Alonso y N. Carracedo Falagán

Servicio de Medicina Interna. Complejo Asistencial de León. León.

Objetivos. Conocer las características analíticas, funcionales y gammagráficas que ayuden al diagnóstico y pronóstico en la sarcoidosis. **Material y métodos.** Estudio retrospectivo de todos los pacientes que cumplen criterios diagnósticos de sarcoidosis entre los años 2001-2005 en nuestra área de salud. Hemos valorado los resultados

Tabla 1. Características clínicas de los pacientes con Vásculo-Behçet (IF-35).

Caso	Aftosis oral	Aftosis genital	Piel	Ojo	Patergia	Vásculo-Behçet
1 (JRP)	Sí	Sí	Seudofoliculitis	No	No	Trombosis venosa - aneurismas
2 (VLT)	Sí	Sí	No	No	No	Trombosis venosa + arterial
3 (CC)	Sí	Sí	No	No	No	Trombosis venosa - aneurisma ventricular

de hemograma, VSG, bioquímica: glucosa, creatinina, PCR, pruebas hepáticas, proteínas totales, albumina, globulinas, Ca en sangre y orina de 24 horas, ECA. Pruebas funcionales respiratorias: capacidad vital forzada y difusión TLCO/VA y gammagrafía con galio. Sobre la radiografía de torax y el TAC ya se ha realizado una comunicación aparte.

Resultados. Las cifras de hemoglobina y leucocitos totales fueron normales, encontrando linfopenia < 1.000 linfos/mm³ en 20 pacientes, teniendo relación el número de linfos con el estadio $p = 0,01$. Las cifras más elevadas de VSG y PCR se encontraron en pacientes con eritema nodoso. Las cifras de glucosa, creatinina, proteínas totales, albúmina, globulinas fueron normales. GPT elevada 16/56 casos, FA elevada en 4/41 casos y GGT elevada en 11/55 no relación con estadios, clínica al inicio ni evolución. La ECA se determinó en 45 pacientes. Estando más elevada en los pacientes con estadio II en la RX de torax $p = 0,017$. El Calcio elevado en sangre 9/43 y en orina de 24 horas 14/18 no nos llevaron a ninguna conclusión. La capacidad vital forzada se valoró en 41 pacientes, encontramos descenso estadísticamente significativo $p = 0,001$ en los estadios más avanzados. La capacidad de difusión valorada por el test TLCO/VA se determinó en 32 pacientes encontrando diferencia estadísticamente significativa $p = 0,007$ en los estadios más avanzados. Se realizaron 21 gammagrafías con galio: 18 revelaron captación ganglionar, 5 captación pulmonar y 3 captación glandular. La mayoría concordantes con la afectación radiológica: En el estadio I se realizaron 14 todas con captación ganglionar y no pulmonar. En el estadio 2, se realizaron 4 y en 3 captan el hilio y el pulmón. En estadio 4 una gammagrafía capta pulmón. En estadio 0, una gammagrafía capta los ganglios y en otra capta el pulmón.

Discusión. Valorar lo publicado con los resultados obtenidos. Linfopenia, VSG y PCR, ECA, No encontramos una clara afectación hepática clínica y las pruebas hepáticas fueron de escaso valor. Los datos de calcio en sangre y orina Pruebas funcionales: Lo típico es un síndrome restrictivo y disminución de la difusión. No ayuda al diagnóstico pero si claramente pronóstico e indica la necesidad de tmt. La gammagrafía típica con captación Lambda: adenopatías hiliares bilaterales y paratraqueal derecha y panda con captación de las glándulas parótidas, submaxilares y lagrimales. Encontramos una buena correlación entre la gammagrafía con galio y la RX de torax. **Conclusiones.** Linfopenia en sangre periférica en relación con el estadio. La enzima convertidora de la angiotensina más elevada en el estadio 2, es decir cuando hay afectación pulmonar. La capacidad vital y la difusión claramente en relación con el estadio de afectación radiológica.

IF-37

ESTUDIO RETROSPECTIVO DE PACIENTES CON ARTERITIS DE LA TEMPORAL. ANÁLISIS COMPARATIVO DE LA EVOLUCIÓN Y PRONÓSTICO ENTRE EL TRATAMIENTO HABITUAL Y EL DE CORTICOIDES ASOCIADOS A METOTREXATO

F. Zamora Vargas¹, J. Ríos Blanco¹, E. Rodríguez Castellano¹, P. Martínez Hernández¹, A. Mariño², J. Gómez Cerezo¹, F. Barbado¹ y J. Vázquez Rodríguez¹

¹Servicio de Medicina Interna, ²Servicio de Anatomía Patológica. Hospital Universitario la Paz. Madrid.

Objetivos. Análisis de las características epidemiológicas, clínicas, respuesta al tratamiento, complicaciones e incidencia de recidivas en una serie de 49 pacientes con diagnóstico histológico de Arteritis de la Temporal y comparación de los efectos del Metotrexato sobre las recidivas y efectos secundarios en relación al tratamiento clásico con esteroides.

Material y métodos. Estudio retrospectivo realizado en el Hospital Universitario La Paz, hospital de nivel terciario que atiende una población de 787,962 habitantes del norte de la Comunidad de Madrid. Se incluyeron pacientes con diagnóstico histológico de Arteritis de la Temporal entre enero de 2000 y diciembre de 2005. Una vez seleccionados los pacientes de la base de datos del Servicio de Anatomía Patológica se recogió de las historias clínicas, una serie de variables. Epidemiológicas: edad, sexo, especialidad que realizó el diagnóstico Clínicas: síntomas de debut, tiempo de evolución hasta diagnóstico, cefalea, claudicación mandibular, polimialgia reumática, síntomas sistémicos, alteraciones visuales, manifestaciones isquémicas.

Datos analíticos previos al diagnóstico. Tratamiento: Monoterapia con corticoides o asociada a Metotrexato. Dosis de inicio, tiempo de respuesta, duración y efectos secundarios del tratamiento. Episodios de recidivas durante el primer año de seguimiento. El objetivo final, era realizar una comparación estadística entre los que fueron tratados con monoterapia y los que se asoció Metotrexato y así observar si este inmunosupresor cambia el pronóstico o la evolución de la enfermedad en nuestra muestra.

Resultados. De un total de 49 pacientes, 22 de ellos (44,9%) recibieron la asociación de corticoides con metotrexato. Hubo una tendencia a presentar un menor porcentaje de complicaciones y recidivas en los pacientes con tratamiento combinado, sin embargo no se obtuvieron diferencias estadísticamente significativas entre ambos grupos.

Discusión. Por lo tanto, no existen diferencias en la epidemiología ni en manifestaciones clínicas de los pacientes incluidos en los dos periodos de nuestro estudio, ni comparados con los descritos en trabajos previos. De un total de 49 pacientes 29 de ellos (55,1%) fueron tratados convencionalmente, en cambio 22 pacientes (44,9%) se asocia metotrexato. De dicho grupo se analizaron las complicaciones del tratamiento, observándose la misma tendencia a presentar un menor porcentaje complicaciones los pacientes que recibieron Metotrexato, aunque dichas diferencias no son estadísticamente significativas. Lo mismo sucede con las recidivas, de los pacientes tratados con el tratamiento combinado 38,7% de ellos sufrieron al menos 1 episodio de recidiva durante el primer año de seguimiento, en cambio un 45% de los pacientes manejados con monoterapia lo hicieron. Respectos a las complicaciones del tratamiento corticoideo, se observan en nuestra serie una tendencia a ser más bajar en los pacientes con tratamiento combinado y además muy similares a los porcentajes de complicaciones descritos en la literatura. Las recidivas durante el primer año de tratamiento, fueron porcentajes menores al 54% descritos en la literatura, aunque no parece ser que el añadir Metotrexato al tratamiento clásico con corticoides, mejore la evolución y el pronóstico de la enfermedad.

Conclusiones. A pesar de que nuestro trabajo sea observacional y retrospectivo, con todas las limitaciones que ello conlleva, creemos que se encuentran datos estimulantes respecto al uso asociado de Corticoides y Metotrexato para el tto de AT, con una disminución en las complicaciones del uso crónico corticoideo y en el número de recidivas, aunque no son estadísticamente significativo.

IF-38

CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS Y BIOLÓGICAS DE LOS PACIENTES CON BIOPSIA COMPATIBLE CON ARTERITIS DE LA TEMPORAL

B. Batalla¹, Y. Arranz¹, E. Rodríguez¹, J. Sobrino¹, E. Musolen², T. Mariné¹, J. Sánchez¹ y Delgado¹

¹Servicio de Medicina Interna, ²Servicio de Anatomía Patológica. Hospital de l'Esperit Sant. Santa Coloma de Gramenet, Barcelona.

Objetivos. Analizar los diferentes parámetros clínicos y analíticos en un grupo de pacientes ingresados en nuestro servicio de medicina interna por sospecha de arteritis de la temporal a los que se les realizó una biopsia de dicha arteria. Valorar si existen diferencias clínicas y biológicas entre aquellos en los que la biopsia confirmó el diagnóstico respecto al resto.

Material y métodos. A 88 pacientes se les realizó una biopsia de la arteria temporal entre enero de 1987 y diciembre del 2006 por sospecha clínica de arteritis. En quince (17%) se confirmó el diagnóstico anatomopatológico. Comparamos las diferencias en las variables clínicas y de laboratorio entre aquellos pacientes en los que la biopsia fue positiva (BP) respecto aquellos que ésta fue negativa (BN).

Resultados. En nuestro medio, la mayoría de pacientes en los que sospechamos arteritis de la temporal eran mujeres (88%) de edad avanzada (edad media 77 años). Entre las diferentes variables clínicas analizadas no se hallaron diferencias en cuanto a la prevalencia de síntomas visuales, aparición de cefalea, claudicación mandibular o alteraciones en la palpación de la arteria temporal y si respecto a la presencia de fiebre (53% en BP vs. 19% en BN; $p = 0,005$) y de síndrome constitucional (80% BP vs 37%BN; $p = 0,002$). Respecto a los parámetros de laboratorio analizados se constató una mayor prevalencia de la VSG muy elevada (superior a 100 mm; 80% en BP vs

43,3% en BN, $p = 0,011$) entre los pacientes que presentaron una biopsia positiva, sin hallar diferencias entre ambos grupos en el resto de parámetros analizados (PCR, trombocitosis, trombocitopenia, hipertransaminasemia, elevación de la fosfatasa alcalina, elevación del fibrinogeno).

Conclusiones. 1) En nuestro medio, los pacientes en los que se sospecha arteritis de la temporal son mujeres de edad avanzada 2) La rentabilidad de la biopsia de la arteria temporal en nuestro medio es baja (dato ya descrito en la literatura) 3) En nuestra experiencia la presencia de una VSG > 100, fiebre > 38 °C y síndrome constitucional se asocia a positividad de la biopsia.

IF-39
MANIFESTACIONES TROMBÓTICAS OFTALMOLÓGICAS DEL SÍNDROME ANTIFOSFOLÍPIDO

I. Pérez Valero, J. Ríos Blanco, C. Soto Abanades, A. Robles Marhuenda y A. Gil Aguado

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

Objetivos. Evaluar la frecuencia de aparición y el espectro clínico-patogénico de las manifestaciones oftalmológicas trombóticas de los pacientes con síndrome antifosfolípido (SAF) incluidos en la cohorte GESAF.

Material y métodos. Se incluyeron todos los pacientes que cumplían los criterios clasificatorios de SAF, incluidos en la cohorte GESAF. Se recogieron de forma retrospectiva los siguientes datos: sexo, edad, diagnóstico de SAF primario o secundario, anticuerpos (ac) anticardiolipina (aCL), ac antiprotrombina (aPT), anticoagulante lúpico (AL), factores de riesgo de trombosis (embarazo, toma de anticonceptivos orales, obesidad, cancer, inmovilización, diabetes mellitus, hipercolesterolemia e hipertensión arterial) y presencia de otros factores de hipercoagulabilidad (deficit de la proteínas C y S, deficit del factor V leyden y presencia del factor II-20100). El manejo la base de datos se realizaron con mantenimiento de la confidencialidad del paciente (L. O. 15/1999). El análisis estadístico se realizó con el programa SPSS, versión 14.

Resultados. Se incluyeron en el estudio 174 pacientes con criterios de SAF. 91 con diagnóstico de SAF primario (SAFP) y 55 con diagnóstico de SAF secundario (SAFS). De ellos 5 pacientes (3,4%) presentaron trombosis de la arteria central de la retina (3 SAFP y 2 SAFS) y 2 pacientes (1,1%) trombosis de las venas retinianas (2 SAFP). La manifestación clínica en todos los casos fue la aparición de "amaurosis fugaz" unilateral. 4 de los 5 pacientes con trombosis arterial no se encontraban en tratamiento y esta manifestación fue definitiva de SAF. El sexto paciente se encontraba anticoagulado con Sintrom (INR 2,5-3,5). Las 2 trombosis venosas se produjeron en pacientes no tratados. Los perfiles de anticuerpos y factores de riesgo de estos pacientes se exponen en la tabla 1. En los estudios de regresión logística realizados, ningún factor de los estudiados se mostró predictor de la aparición de manifestaciones trombóticas oftálmicas ($p > 0,05$).

Conclusiones. Las manifestaciones trombóticas oftalmológicas del SAF son raras y cuando aparecen suelen ser la forma de aparición del síndrome. Las formas arteriales son más frecuentes que las venosas y en ambos casos, su forma de presentación característica es amaurosis fugaz unilateral. No tienen una clara relación con un perfil de autoanticuerpos concreto. Suelen responder bien al tratamiento anticoagulante y en nuestra experiencia no suelen dejar secuelas.

Tabla 1. Manifestaciones trombóticas oftalmológicas del síndrome antifosfolípido (IF-39).

Tipo de SAF	Sexo	aCL IgG	aCL IgM	AL	FR-CV	TA retina	TV retina
SAFP	Varon	Alto	Alto	Medio	Sí	Si	No
SAFP	Mujer	Alto	No	Alto	Sí	Si	No
SAFP	Varon	No	Alto	No	Sí	Si	No
SAFS	Mujer	Bajos	No	Alto	No	Si	No
SAFS	Mujer	No	Alto	No	No	Si	No
SAFP	Mujer	No	No	Alto	Sí	No	Si
SAFP	Mujer	Alto	Medios	Alto	No	No	Si

IF-40
PACIENTES CON ARTERITIS DE LA TEMPORAL DIAGNOSTICADOS EN UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL DE BARCELONA

C. Pérez Bocanegra, R. Solans Laqué, J. Pérez López, J. Bosch Gil, C. Simeón Aznar, J. Prieto Toribio, S. Alonso y M. Vilardell Tarres

Servicio de Medicina Interna. Hospital General Vall D'Hebron Area General. Barcelona.

Objetivos. Describir las características de una serie de pacientes diagnosticados de enfermedad de Horton, y seguidos en nuestro centro desde el año 1990 hasta la actualidad.

Material y métodos. Se incluyen un total de 109 pacientes diagnosticados de arteritis de la temporal y seguidos en consultas externas de nuestro centro. Se ha realizado un estudio estadístico descriptivo mediante el programa informático SPSS 13,0 para Windows.

Resultados. La edad media de los pacientes fue de 75,85 años (mínimo 55, máximo 92), del total de pacientes 100 (91,74%) tenían en el momento del diagnóstico 65 años o más, y 59 (54,12%) pacientes más de 75 años de edad. El 73,4% (80) eran mujeres. En el momento del diagnóstico el 82,6% de los pacientes presentaban cefalea, el 54,1% claudicación mandibular, el 36,7% síntomas de polimialgia reumática, el 26,6% hiperestesia del cuero cabelludo, el 10,1% cervicalgia, el 0,9% glosalgia y el 0,9% se presentó con un scalp. En el 37,6% de casos hubo pérdida visual transitoria o permanente. Un 48,6% de pacientes tenía síndrome constitucional y un 22,9% fiebre. El tiempo medio entre el inicio de los síntomas y el diagnóstico fue de 8 semanas (1-40). Como procedimiento diagnóstico se realizó biopsia de la arteria temporal en todos los pacientes, resultando patológica en el 97% de casos. El tratamiento se realizó en todos los pacientes con prednisona inicialmente, otros tratamientos utilizados fueron deflazacort en el 25,7%, azatioprina en el 4%, metotrexato en el 4%. El 27,5% de pacientes presentaron recidivas en forma de polimialgia reumática, ningún paciente presentó nuevas alteraciones visuales durante el seguimiento.

Discusión. La enfermedad de Horton o arteritis de la temporal es una vasculitis sistémica que típicamente aparece en edades avanzadas de la vida. Aunque la esperanza de vida de los pacientes afectados por esta enfermedad es similar a la de la población general, si que puede causar una importante morbilidad, sobre todo por la pérdida de visión secundaria a neuritis óptica isquémica, lo que puede ocasionar un deterioro funcional y dependencia importantes.

Conclusiones. La arteritis de la temporal es una enfermedad propia del paciente de edad avanzada, preferentemente de mujeres, cuya forma de presentación es heterogénea, por lo que en ocasiones el retraso diagnóstico es considerable. El procedimiento diagnóstico de elección sigue siendo la biopsia de la arteria temporal. Con tratamiento adecuado y lo más precoz posible la evolución es buena, con buen pronóstico funcional.

IF-41
ARTERITIS DE TAKAYASU Y EMBARAZO

O. Gasch Blasi¹, A. Vidaller Palacín¹, J. Lora-Tamayo¹, V. Pac Ferraz¹, J. Closas Mestre², A. Requena Méndez¹, A. Ribera Puig¹ y R. Pujol Farriols¹

¹Servicio de Medicina Interna. Hospital Universitari de Bellvitge. Hospitalet de Llobregat, Barcelona. ²Servicio de Medicina Interna. Hospital de Viladecans. Viladecans, Barcelona.

Objetivos. La Arteritis de Takayasu (AT) es una enfermedad que suele presentarse en mujeres jóvenes en edad reproductiva. A menu-

do se ha descrito en embarazadas, condicionando el pronóstico de la gestación. Aquí describimos nuestra experiencia con tres pacientes (cuatro gestaciones) en las que, a pesar de la coexistencia de AT y embarazo, se llegó a un desenlace exitoso.

Material y métodos. Revisión retrospectiva de los cuatro casos de AT en gestantes diagnosticadas y controladas en un hospital de tercer nivel de Barcelona, con especial atención a las complicaciones y al término de las gestaciones.

Resultados. La edad media de diagnóstico AT fue 27,25 años. Los síntomas fueron HTA (1), sd. constitucional (1), sd. febril (2), diferencia de pulsos (1). Parámetros inflamatorios elevados en solo un caso. Las gestaciones se produjeron a los 31,75 años de media. Control de la enfermedad con corticoides en tres casos. En ninguno fueron precisos otros inmunosupresores. Una paciente necesitó antihipertensivos. La AT fue diagnosticada antes del embarazo en tres de los cuatro casos, ninguno presentó empeoramiento clínico de la enfermedad durante o después del embarazo. En un caso se llegó al diagnóstico durante el puerperio. Los partos se produjeron a las 36 semanas de media, todos por cesárea. Las complicaciones gestacionales más destacadas fueron: preeclampsia (1), diabetes gestacional (2), retraso crecimiento uterino (1) e ictericia patológica (1).

Conclusiones. La AT es una enfermedad en la que habrá que pensar ante toda mujer en edad reproductiva y un cuadro clínico compatible. Existe poca información sobre el efecto del embarazo en la AT, como tampoco se conocen con precisión los efectos de la AT sobre la gestación. El diagnóstico de AT no contraindica el embarazo, aunque sí es preciso un control estricto del mismo, así como de la enfermedad y de sus complicaciones.

IF-42

ANÁLISIS DE LA PRESENCIA DE HIPERTENSIÓN ARTERIAL PULMONAR EN UNA MUESTRA DE PACIENTES VIH

I. Villar¹, G. Ruiz-Irastorza¹, K. Aguirrebengoa², J. Goikoetxea², E. Bereciartua², M. Montejo², M. Egurbide¹ y C. Aguirre¹

¹Servicio de Medicina Interna, ²Unidad de Enfermedades Infecciosas. Hospital de Cruces. Barakaldo, Vizcaya.

Objetivos. Determinar la prevalencia de HAP en la población infectada por VIH del Hospital de Cruces. Describir las características de los pacientes VIH e HAP.

Material y métodos. Cohorte prospectiva de 118 pacientes con infección VIH. Se estableció un protocolo de recogida de datos clínicos y analíticos con las siguientes variables: edad, sexo, tiempo desde el diagnóstico del VIH, forma de transmisión, estadio, hábito tabáquico, presencia de cardiopatía, neumopatía o hepatopatía y presencia de disnea, así como la realización de un ecocardiograma-doppler a todos los pacientes. Se definió probable HAP la presencia de una presión pulmonar sistólica calculada superior o igual a 40 mmHg.

Resultados. La edad media (DE) de la muestra fue de 44,65 años (6), 81 hombres y 37 mujeres. Los pacientes presentaban una media de años con infección VIH de 13,18 (6,4) encontrándose en el momento del estudio 40 (34%) pacientes en estadio C3. El 56% había tenido una transmisión del VIH por vía intravenosa (66 pacientes ADVP y 1 paciente hemofílico, mediante transfusión) y el 41% por contacto sexual (35 pacientes por contacto heterosexual y 13 por contacto homosexual). En el momento del estudio, el 9% presentaba una cardiopatía, el 16% una neumopatía y el 36,5% una hepatopatía. De los 118 pacientes estudiados, 11 pacientes (9,3%) presentaron valores de PAP elevados: 8 pacientes asintomáticos, 1 disnea de grado I, 1 disnea de grado II y 1 disnea de grado III (NYHA). De estos 11 pacientes, 5 (4,2%) presentaban cifras calculadas de presión pulmonar superiores a 40 mmHg sin otras causas aparentes que lo justifiquen. 3 presentaban cardiopatía asociada, 2 neumopatía y 1 paciente presentaba ambas.

Discusión. La infección por el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) puede presentar en su evolución una hipertensión arterial pulmonar (HAP) similar en la expresión anatómico-clínica y respuesta al tratamiento a las formas idiopáticas. Se desconoce la incidencia y prevalencia de la HAP asociada a la infección VIH, así como la presencia de factores desencadenantes o relacionados con su aparición. De forma preliminar, se ha estimado una prevalencia de HAP del 4,2% en nuestra cohorte, que debe ser confirmada mediante otras pruebas diagnósticas.

Conclusiones. Los pacientes VIH son una población de riesgo para presentar HAP. La realización de un Ecocardiograma permite el diagnóstico precoz de esta enfermedad.

IF-43

ENFERMEDAD DE BEHÇET: VASCULITIS O ESPONDILOARTROPATÍA

R. Sanz Vila¹, X. García Fabra¹, J. Calvo Catalá², C. Campos Fernández², E. Sánchez Ballester¹, M. González-Cruz Cervellera² y A. Herrera Ballester¹

¹Servicio de Medicina Interna, ²Servicio de Medicina Interna. Sección de Reumatología y Metabolismo óseo. Consorcio Hospital General Universitario de Valencia. Valencia.

Objetivos. Valorar la prevalencia de sacroileítis en pacientes diagnosticados de enfermedad de Behçet en nuestro Hospital, describiendo algunas de las características clínicas de los mismos.

Material y métodos. Para ello realizamos un estudio descriptivo retrospectivo, mediante la revisión de historias clínicas correspondientes a pacientes con diagnóstico de enfermedad de Behçet en seguimiento en consultas externas de Reumatología.

Resultados. Revisamos un total de 39 pacientes que cumplen criterios de Enfermedad de Behçet, 53,8% de ellos mujeres (21) y 46,2% (18) hombres. Con una edad media al diagnóstico de 38,92 ± 11,51 años. En cuanto a la clínica debutó: un 20,5% (8) debutaron con aftas bipolares, 2,6% (1) aftas genitales y 25,6% (10) con aftas orales. En un 15,4% (6) predominó al inicio la clínica articular y un 20,5% (8) presentaron como primera manifestación de la enfermedad afectación ocular, incluyendo uveítis y papilitis. Un 10,3% (4) debutó con eritema nodoso, un 2,6% (1) consultó por primera vez por síndrome constitucional y tan sólo un 2,6% (1) con sacroileítis. El tiempo medio de seguimiento desde el diagnóstico en nuestros pacientes es de 110,92 ± 61,36 meses. Existía sacroileítis en un 35,9% (14) de los pacientes revisados, habiendo sido realizado el diagnóstico bien por radiografía, TAC o IRM. De los pacientes con sacroileítis, 6 eran mujeres y 8 hombres, sin encontrarse diferencias estadísticamente significativas en cuanto a la relación de la sacroileítis con el sexo.

Discusión. En nuestra serie se observa un predominio discreto del sexo femenino a diferencia de otras series revisadas. La edad media al diagnóstico fue de 38,92 años, dato que sí coincide con otras revisiones (3ª-4ª década). La manifestación clínica más prevalente al diagnóstico son las aftas orales. Se observa una destacable incidencia de sacroileítis (35,9%) que no guarda relación con el sexo del paciente.

Conclusiones. Las manifestaciones articulares, en forma de artralgias o artritis aparecen en un 67% de nuestros pacientes diagnosticados de enfermedad de Behçet, afectando principalmente a grandes articulaciones. Hemos evidenciado sacroileítis en un tercio de los pacientes (35,9%). Por la alta prevalencia de sacroileítis, la enfermedad de Behçet ha sido considerada hasta hace unos años, como una espondilartrosis. En la actualidad, por sus características clínico-histológicas, se incluye en el grupo de las vasculitis.

IF-44

EXPLORACIÓN FUNCIONAL PULMONAR Y HEMODINÁMICA EN PACIENTES CON HIPERTENSIÓN ARTERIAL PULMONAR

A. Barnosí Marín, B. Cervantes Bonet, L. Carmona Barnosí, V. Rodríguez Martínez, M. Zamora Salido, I. Reche Molina, L. Leon Ruiz y F. Díez García

Servicio de Medicina Interna. Hospital Torrecárdenas. Almería.

Objetivos. Describir los hallazgos funcionales respiratorios y parámetros hemodinámicos en una serie de 10 pacientes con hipertensión arterial pulmonar y su posible asociación.

Material y métodos. Estudio descriptivo y retrospectivo. Se han revisado las historias clínicas de 10 pacientes diagnosticados de HTP y revisados en nuestro centro desde junio de 2002 hasta julio de 2007. Se han incluido casos de hipertensión arterial pulmonar idiopática (4 pacientes), asociada a colagenosis (5 pacientes) y familiar (1 paciente), según la clasificación de Venecia. Se analiza la edad, sexo, clase funcional de la NYHA, variables de función pulmonar (FVC,

FEV1, TLCO), hemodinámica (PSP, PAPm, IC) y test de la marcha de los 6 minutos.

Resultados. La edad media fue de 52,9 años. El 20% de los pacientes eran hombres y el 80% mujeres. 7 pacientes estaban en clase funcional III de la NYHA y 3 pacientes en clase funcional II. En el grupo estudiado, la media de la FVC fue de $74,18 \pm 19,94\%$, la media del FEV1 fue del $69,7\% \pm 18,27$ y la media de la TLCO $51,38 \pm 18,87\%$. La PSP media fue de $91,5 \pm 15,82$, la media de la PAPm fue de $46,7 \pm 8,03$ mmHg y la media del IC $2,5 \pm 0,5$. La media de la distancia recorrida en el test de la marcha de los 6 minutos fue de 222.24 ± 130.18 metros. Hemos observado una relación inversa entre los valores de la TLCO y el grado funcional, y una relación directa entre los valores de la TLCO y la distancia recorrida en el test de la marcha de los seis minutos. Todos los pacientes que presentan una TLCO por debajo del 40% se encuentran en clase funcional III. No se ha encontrado asociación entre los parámetros funcionales pulmonares y los hemodinámicos.

Conclusiones. 1) Nuestros pacientes con hipertensión arterial pulmonar presentan un patrón espirométrico obstructivo y restrictivo leves y un importante descenso de la TLCO. 2) Aunque el número de casos es muy reducido, se ha encontrado una asociación entre la exploración funcional pulmonar (TLCO), el grado funcional de la NYHA y la distancia recorrida en el test de la marcha de los seis minutos. No se ha encontrado asociación entre la exploración funcional pulmonar y los parámetros hemodinámicos.

IF-45

TABAQUISMO Y ESTRÉS OXIDATIVO: IMPACTO DE LA REDUCCIÓN DEL CONSUMO DE CIGARRILLOS

G. Vera Sempere¹, C. Fernández Rodríguez¹, M. Tormos², F. Chaves³, M. Oltra Sempere¹, E. Solaz Moreno¹, J. Redón i Mas¹ y G. Sáez²

¹Servicio Medicina Interna, ²Departamento de Bioquímica y Medicina Molecular, ³Unidad Central de Investigación. Hospital Clínico Universitario. Valencia.

Objetivos. Estudiar el estado de stress oxidativo en consumidores habituales de tabaco, cigarrillos, y los cambios producidos tras la reducción en el consumo.

Material y métodos. Se estudian 25 pacientes (17 varones, edad media 49 años) habituales consumidores de cigarrillos de tabaco (consumo medio de paquete/año 58,6) en ausencia de hipertensión arterial, diabetes o insuficiencia renal, así como dislipemia. Un grupo de 16 sujetos no fumadores sin otra patología se utilizó como grupo control. A todos los sujetos se les determinó los parámetros de química clínica, glucemia basal, creatinina, colesterol total y fraccionado, triglicéridos y ácido úrico. En células mononucleares de sangre periférica se analizó el estado de estrés oxidativo (GSSG y GSH), productos derivados de la oxidación (malondialdehído, 8-oxo-dG nuclear y mitocondrial), así como la actividad de enzimas antioxidantes (SOD Cu-Zn, catalasa, GPx1). Adicionalmente se determinaron los niveles de 8-oxo-dG en orina. En un subgrupo de 17 las determinaciones se repitieron tras un período entre uno y dos meses de reducción del consumo de cigarrillos. El grado de consumo se monitorizó mediante la medida de cotinina en orina. A todos se les invitó a dejar de consumir tabaco en el comienzo del estudio, mediante consejo médico, definiendo el estado de motivación Test de Richmond (Richmond, R. et al. 1993), dependencia (Fagerström KO, 1989) y supresión (Torrecilla García et al, 2001). Se trataron con fármaco a los que aceptaron tratamiento siguiendo directrices de la FDA.

Resultados. Al inicio del estudio los pacientes tuvieron un mayor grado de estrés oxidativo, mayor concentración de productos derivados de la oxidación y menor actividad antioxidante enzimática en comparación a los controles. Tras el período de intervención en 17 pacientes se observó una reducción significativa del estado de estrés oxidativo (GSSG $4,41$ vs $0,84$ nmol/mg protein, GSH $17,1$ vs $20,34$ nmol/mg protein; $p < 0,01$ para ambas medidas), productos derivados de la oxidación (malondialdehído $1,32$ vs $0,70$ U/mg prot; 8-oxo-dG genómico $11,6$ vs $7,5$ 8-oxodG/106 dG; 8-oxo-dG mitocondrial $13,2$ vs $6,3$ 8-oxodG/106 dG; 8-oxo-dG en orina $6,55$ vs $3,27$ 8-oxodG/mg creatinina; $p < 0,001$) y una mejoría de la actividad antioxidante (SOD Cu-Zn $3,9$ U/mg prot vs $6,0$ U/mg prot;

GPx1 $46,5$ U/mg prot vs $52,0$ U/mg prot; $p < 0,001$).

Discusión. En pacientes fumadores se observa un aumento significativo de los parámetros que indican el estado de estrés oxidativo (valores de GSSG y GSH) así como de los productos derivados de oxidación lipídica (malondialdehído) y reparación de daño de ADN genómico y mitocondrial (8-oxo-dG). Así mismo se observa una reducción de la actividad de los mecanismos antioxidantes enzimáticos posiblemente por consumo. La reducción del consumo mejora rápidamente estos parámetros.

Conclusiones. El tabaquismo se asocia con un elevado grado de estrés oxidativo sistémico que puede contribuir al elevado riesgo cardiovascular en estos pacientes. La reducción del consumo se traduce rápidamente por una mejoría en los parámetros.

IF-46

ÁCIDO MICOFENÓLICO EN EL TRATAMIENTO DE LA NEFRITIS LÚPICA Y OTRAS FORMAS GRAVES DEL LUPUS ERITEMATOSO SISTÉMICO

L. Valiente de Santis¹, N. Macías Vega¹, M. López Carmona¹, A. Martín Gómez², I. Pérez de Pedro¹, M. Frutos Sanz², M. Camps García¹ y E. De Ramón Garrido¹

¹Unidad de Enfermedades Autoinmunes Sistémicas, ²Servicio de Nefrología. Complejo Hospitalario Carlos Haya. Málaga.

Objetivos. Evaluar la efectividad y seguridad del Ácido Micofenólico (MPA), Micofenolato de Mofetilo (MMF) y Micofenolato Sódico (MS), en el tratamiento de la Nefritis Lúpica (NL) y otras formas graves del Lupus Eritematoso Sistémico (LES).

Material y métodos. Estudio prospectivo observacional de la práctica clínica. Seguimiento del curso clínico de 28 pacientes, atendidos en un hospital de referencia, afectos de LES (todos cumplían 4 o más criterios ACR), con distintas complicaciones de su enfermedad, tales como NL, trasplante renal, Síndrome de Colapso Pulmonar y afectación del estado general, tratados con MPA, durante el período transcurrido entre los años 2001 y 2007. En el caso de la NL se estableció como respuesta completa, la normalización del sedimento y disminución de la proteinuria, < 500 mg/24 horas.

Resultados. Se incluyeron en el estudio 24 (86%) mujeres y 4 (14%) hombres, con una edad media al comienzo del estudio de $37,2 \pm 12,8$ años y un tiempo medio de evolución de la enfermedad de $13,5 \pm 7,4$ años. Junto con la Prednisona ($0,5$ mg/kg/día), 26 pacientes fueron tratados con una dosis de MMF, 1 gramo oral cada 12 horas, y 2 pacientes con MS, 720 mg oral cada 12 horas, durante un tiempo medio de $30,9 \pm 23,5$ meses, con un total de 72 pacientes-año-1. Once (39%) pacientes fueron tratados con MMF para inducir la remisión de su proceso y el resto, 17 (61%) pacientes, con el objetivo de mantener la remisión. Diecisiete (61%) pacientes, presentaron respuesta completa, 6 (21%) pacientes, respuesta parcial y 3 (11%) pacientes, no respondieron. Los 7 pacientes que recibieron MMF por motivos distintos a la NL, evolucionaron satisfactoriamente presentando respuesta completa, 6 de ellos; el otro paciente tuvo una respuesta parcial a los 6 meses de tratamiento. Estos tratamientos permitieron reducir la dosis media de prednisona de $25,4 \pm 10,2$ mg a $7,6 \pm 12,7$ mg/día. No hubo citopenias, ni alteraciones digestivas de importancia clínica (tres pacientes, una de ellas en dos ocasiones, hubieron de reducir la dosis de MMF a la mitad durante 1 semana por diarrea, y dispepsia pudiendo volver a la dosis inicial posteriormente). Una paciente presentó un episodio de Herpes Zóster oftálmico izquierdo, con buena evolución, otros 3 presentaron también Herpes Zóster con afectación de nervios raquídeos, una de las cuales quedó con una neuralgia post-herpética de 2 años de evolución. Un paciente, trabajador del campo, presentó una Leishmaniasis del vestíbulo nasal, que mejoró con el tratamiento de Anfotericina B, aunque recidivó posteriormente, obteniéndose respuesta nuevamente con otro ciclo de tratamiento a dosis bajas.

Conclusiones. A pesar de tratarse de un estudio de práctica clínica, sin criterios uniformes de inclusión, y no controlado, los resultados obtenidos apoyan la idea de que el MPA, puede ser efectivo y seguro como tratamiento de las formas graves del LES, tanto en la inducción como en el mantenimiento de la remisión de la enfermedad.

IF-47
ASPECTOS CLÍNICOS DE LA ENFERMEDAD DE BEHÇET EN NUESTRO SERVICIO

F. Puchades Gimeno¹, J. Todolí Parra¹, I. Mayo Pampín², I. Calatayud Marín¹ y J. Calabuig Alborch¹

¹Servicio de Medicina Interna, ²Servicio de Oftalmología. Hospital Universitario La Fe. Valencia.

Objetivos. La enfermedad de Behçet (EB) es un trastorno inflamatorio de etiología desconocida que se caracteriza por presentar una evolución en brotes, con ataques recurrentes de inflamación aguda. Las manifestaciones clínicas de la enfermedad afectan a numerosos órganos entre los que se encuentran el aparato locomotor, el aparato digestivo, la piel y anejos cutáneos, los ojos, el sistema nervioso central y los grandes vasos. Nuestro objetivo es estudiar la frecuencia cada una de las manifestaciones clínicas de los pacientes vistos en nuestro servicio. **Material y métodos.** Se incluyeron 21 pacientes con enfermedad de Behçet vistos en el servicio de Medicina Interna desde el 2000. Se les realizó un cuestionario sobre factores clásicos de riesgo vascular, su la fecha de debut y las manifestaciones clínicas acontecidas a lo largo de toda su evolución. Se completaron los datos con las historias clínicas del hospital. Todos los pacientes cumplían los criterios del "Grupo de estudio Internacional para la EB".

Resultados. La edad media de los pacientes de nuestro servicio era de 41 años, con una predisposición por el sexo masculino (76%). El 9,5% eran Hipertensos, el 9,5% eran diabéticos y el 23% presentaban dislipemia. Un 42,8% eran fumadores, y la media de Índice de masa corporal (IMC) fue de 24,76 kg/m². Los pacientes tenían una edad media al debut de 22 años. Todos los pacientes presentaban lesiones mucocutáneas, incluyendo úlceras orales (100%), genitales (57%). La afectación ocular esfué la segunda más frecuente (66%), y se caracterizó fundamentalmente por episodios de uveitis posterior, vasculitis e uveitis anterior (78%, 28% y 21% respectivamente). La tercera manifestación más frecuente fue la dermatológica, (66%); En su práctica mayoría (90%) se trató de episodios de foliculitis acneiforme y hasta en un 45% de estas manifestaciones fueron "Eritema nodoso". El 28% de pacientes presentó manifestaciones articulares, aunque en su mayoría (83%) eran artralgias; tan solo un paciente presentó artritis franca. El 9,5% presentó trombosis venosa profunda y el 18% tuvo episodios de trombosis venosa superficial. El 24% de pacientes tuvo episodios de NeuroBehçet (5 pacientes presentaron Meningitis y en 4 se pudo demostrar la existencia de vasculitis). Todos los paciente con Neurobehçet precisaron ingreso en el hospital.

Conclusiones. En nuestra serie, las manifestaciones más frecuentes fueron las mucocutáneas, y las oftalmológicas. Las más graves desde el punto de vista del pronóstico vital fueron las Neurológicas.

Tabla 1. (IF-47).

Manifestaciones clínicas	
Úlceras orales	100
Oftalmológicas	66,6
Dermatológicas	66,6
Úlceras genitales	57
Trombosis	28
Articulares	28
Neuro-Behçet	24
Digestivas	19
Afectación ocular	
Uveitis anterior	21
Uveitis posterior	78
Vasculitis	28

IF-48
SÍNDROME DE SJÖGREN EN PACIENTES MAYORES DE 65 AÑOS

R. Solans Laqué, J. Bosch Gil, C. Pérez Bocanegra, A. Selva O'Callaghan, J. Prieto Toribio, F. Martínez Valle y M. Villardell Tarres

Servicio de Medicina Interna. Hospital General Vall d'Hebron Área General. Barcelona.

Objetivos. Investigar la forma de presentación del síndrome de Sjögren primario en pacientes mayores de 65 años, así como

su asociación con afección extraglandular y procesos linfoproliferativos.

Material y métodos. Revisión de los datos de todos los pacientes mayores de 65 años diagnosticados de síndrome de Sjögren primario en un Servicio de Medicina Interna de un Hospital Universitario, y seguidos hasta la actualidad. Los datos se recogieron en una base Acces (Microsoft 2000).

Resultados. De un total de 221 pacientes diagnosticados de síndrome de Sjögren primario, 64 (28,4%) eran mayores de 65 años en el momento del diagnóstico de la enfermedad, si bien el 30% había iniciado la sintomatología más de 5 años antes del diagnóstico. La edad media al diagnóstico fue de 67,5 años (rango 65-86 años). La manifestación inicial más frecuente de la enfermedad fue el síndrome seco (xerostomía y xeroftalmia), presente en el 75% de los casos. El 87% de los enfermos presentó ANA positivos, el 6,3% anti-Ro positivos y el 25% anti-La positivos. Seis pacientes (9,4%) presentaron úlceras corneales y 37 (54,8%) blefaritis de repetición. Veintitres pacientes (35,9%) presentaron afección neurológica; 21 (32,8%) afección respiratoria (fibrosis pulmonar, bronquiectasias), 9 (14%) hipotiroidismo, 4 (5,9%) vasculitis y 1 (1,5%) afección renal en forma de tubulopatía distal. La afección pulmonar fue significativamente mayor en los pacientes mayores de 65 años. Tres pacientes (4,7%) presentaron un linfoma, 2 de parótida y uno mesentérico. El 18% de los pacientes recibió pilocarpina oral, con buena tolerancia y mejoría sintomática. Una paciente falleció a causa de un linfoma parotídeo.

Discusión. El síndrome de Sjögren primario es la enfermedad autoinmune más frecuente después de la artritis reumatoidea. Afecta predominantemente a mujeres (9: 1), entre la 5ª y 6ª décadas de la vida. Las manifestaciones extraglandulares (respiratorias, neurológicas y hematológicas) son las que condicionan el pronóstico de la enfermedad. Su diagnóstico en pacientes mayores de 65 años no es inusual (en nuestra serie un 28,9% de los pacientes), si bien en un porcentaje importante de casos existe un importante retraso diagnóstico (de hasta 10 años), ya que los síntomas del enfermo son infravalorados por el mismo y por el propio médico, dado que la prevalencia de xerostomía aumenta con la edad y a menudo se atribuye a otras causas. Las complicaciones oculares (blefaritis de repetición, úlceras corneales) son más frecuentes en pacientes mayores, y también la afección pulmonar en forma de fibrosis. La pilocarpina es en general bien tolerada por estos pacientes. El manejo de la enfermedad no difiere del recomendado en pacientes más jóvenes, si bien a menudo los pacientes ancianos reciben tratamientos que empeoran claramente sus síntomas de sequedad (diuréticos, antidepressivos, psicofármacos). **Conclusiones.** El diagnóstico del síndrome de Sjögren en pacientes mayores de 65 años no es inusual. Las complicaciones oculares (blefaritis de repetición, úlceras corneales) son más frecuentes en pacientes mayores que en pacientes jóvenes, y también la afección pulmonar en forma de fibrosis. El manejo de la enfermedad no difiere del recomendado en pacientes más jóvenes.

IF-49
EVALUACIÓN A LARGO PLAZO DEL DESARROLLO DE MACULO PATÍA POR HIDROXICLOROQUINA EN PACIENTES LÚPICOS

I. Pérez Valero, J. Rios Blanco, C. Soto Abanades, A. Robles Marhuenda y A. Gil Aguado

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

Objetivos. Valorar de forma retrospectiva la frecuencia de maculopatía por depósito de hidroxicloroquina (HCQ) en pacientes lúpicos, su reversibilidad, el tiempo hasta su aparición y su posible asociación con factores propios la enfermedad de base.

Material y métodos. Se incluyeron en el estudio todos los pacientes pertenecientes a la cohorte GESAF, con criterios clasificatorios de Lupus Eritematoso Sistémico (LES), en tratamiento con HCQ (200 mg/d), con controles oftalmológicos al menos una vez al año desde el inicio del tratamiento. Los exámenes oftalmológicos incluyeron la valoración de la agudeza visual, de la visión de colores, el test de Amsler-Grid y una valoración corneal. Los datos clínicos fueron recogidos de la base de datos de la cohorte GESAF e incluyeron, inicio y fin del tratamiento con HCQ, causa de finalización, ultimo control oftalmológico realizado, edad, sexo, Valores de ANA, ds-DNA, Sm, RNP, Ro, La, aCL, aPT y anticoagulante lúpico, actividad de la enfermedad y tratamiento con corticoides o inmunosupresores. El

manejo la base de datos se realizaron con mantenimiento de la confidencialidad del paciente (L. O. 15/1999). El análisis estadístico se realizó con el programa SPSS, versión 14.

Resultados. 75 pacientes cumplieron criterios de inclusión en el estudio. El 81% fueron mujeres. El tiempo medio de seguimiento fue de 69 ± 66 meses. La frecuencia de aparición de maculopatía por HCQ fue del 8%. El tiempo medio de aparición de maculopatía fue de 53 ± 52 meses (mediana de 47). La maculopatía fue leve y reversible en todos los casos. De los 6 pacientes afectados, 5 suprimieron de forma definitiva el tratamiento con HCQ y 1 reintrodujo la HCQ tras la normalización del estudio oftalmológico, sin evidencia de nuevas alteraciones tras 68 meses de seguimiento. 3 de los casos se produjeron antes del primer año de tratamiento y 2 antes de los 2 primeros años de tratamiento. No se evidenció ningún caso de maculopatía tras 2,5 años de seguimiento. 13 pacientes presentaron un tiempo de seguimiento superior a 2,5 años. No se encontró relación entre el desarrollo de maculopatía y la presencia de ningún autoanticuerpo (ANA, Ro, La, ds-DNA, Sm, RNP, aCL, aPT), la edad o el sexo, el grado de actividad de la enfermedad o el tratamiento concomitante con corticoides o inmunosupresores ($p > 0,05$).

Conclusiones. La maculopatía secundaria al tratamiento con HCQ es una complicación relativamente frecuente y potencialmente reversible si se detecta a tiempo. Para prevenir su aparición, de acuerdo a nuestra experiencia, recomendamos la realización de controles oftalmológicos semestrales durante los dos primeros años de tratamiento y de forma anual a partir de entonces. La aparición de maculopatía no parece relacionarse con el tiempo de tratamiento, la actividad de la enfermedad de base, sus marcadores ni con los tratamientos empleados para controlar la misma. Es probable que su aparición dependa de factores individuales de cada paciente que deben ser dilucidados en futuros estudios.

IF-50

SARCOIDOSIS HEPATOESPLÉNICA

M. Mialdea¹, F. Ferrere¹, J. Fresneda¹, M. Soto¹, A. Trueba¹, A. Moreno² y J. Calleja¹

¹Servicio de Medicina Interna. ²Servicio de Anatomía Patológica. Hospital Ramón y Cajal. Madrid.

Objetivos. Describir de forma retrospectiva las características clínico-patológicas, y procedimientos diagnósticos de tres casos de sarcoidosis hepatoesplénica.

Material y métodos. Se revisaron 40 casos de sarcoidosis diagnosticados en el servicio de Medicina Interna desde 1998 a 2007 de forma consecutiva. De estos, 29 pacientes (72%) presentaban manifestaciones extratorácicas. Tres debutaron con sarcoidosis hepatoesplénica, definida como aquella que se presenta como manifestación clínica exclusiva de enfermedad sarcoidea. Sólo se incluyeron los pacientes con diagnóstico obtenido por biopsia hepática o esplénica. **Resultados.** Dos de los tres casos eran mujeres. La edad media era 50 años. La presentación inicial fue de dolor abdominal (asociado a coledocistitis) en dos pacientes y sintomatología constitucional en uno. En la analítica todos mostraban un patrón de colestasis en el perfil hepático y la ECA estaba elevada en dos. En todos ellos, la radiografía de tórax fue normal y solo uno captaba Galio 67 en la gammagrafía pulmonar. La TAC mostró afectación hepatoesplénica en dos casos con lesiones nodulares esplénicas; adenopatías abdominales en dos y mediastínicas en uno. El diagnóstico clínico de sospecha era de linfoma en dos casos. El diagnóstico definitivo se obtuvo mediante biopsia hepática realizada en el transcurso de colecistectomía laparoscópica en dos pacientes y por punción de nódulo esplénico en el tercero. Un paciente recibió tratamiento esteroideo, y los otros dos presentaron una evolución favorable sin tratamiento. Ninguno desarrolló afectación de otros órganos en la evolución.

Discusión. Aunque se describe con frecuencia afectación microscópica hepatoesplénica (25-50%) en la sarcoidosis clásica, su presentación clínica como manifestación exclusiva de la enfermedad es muy infrecuente. A pesar del curso clínico benigno, los hallazgos radiológicos de la TAC, obligan a descartar un proceso linfoproliferativo por lo que es necesario el diagnóstico histológico. Lo que hace nuestra serie inusual es que en todos presentaron radiografía de tórax normal. El curso clínico es favorable incluso sin tratamiento. La asociación con coledocistitis en dos de nuestros casos probablemente fue una mera coincidencia.

IF-51

PERICARDITIS EN MEDICINA INTERNA

M. Abínzano Guillén¹, M. Echegaray Agara² y A. Suárez²

¹Servicio de Medicina Interna. Hospital Virgen del Camino. Pamplona/Iruña, Navarra. ²Servicio de Medicina Interna. Hospital de Navarra. Pamplona/Iruña, Navarra.

Objetivos. La pericarditis aguda es una afección inflamatoria del pericardio cuyo diagnóstico clínico se efectúa generalmente en Urgencias, instaurándose un tratamiento antiinflamatorio y no requiriendo ingreso la mayoría de las veces. En algunas ocasiones por la gravedad de la clínica inicial, el carácter recidivante, o las dudas acerca del diagnóstico requieren ingreso en Medicina Interna. El objetivo de esta comunicación es analizar las características de los ingresos por pericarditis en una sección de un Servicio de Medicina Interna. **Material y métodos.** Se recogieron los datos retrospectivos de los ingresos en Medicina Interna cuyo diagnóstico final fue de pericarditis aguda, pertenecientes a los ingresos asignados a un adjunto de Medicina Interna entre enero de 2002 y agosto de 2006. Se recogieron en total 8 pacientes. De los 8 pacientes, 7 eran mujeres. Las edades estaban comprendidas entre los 35 y los 83 años. El diagnóstico fue sospechado en Urgencias en 2 de ellos. Los otros 6 casos ingresaron como dolor torácico 4 de ellos, como fiebre sin especificar 2 de ellos. Había enfermedades predisponentes, sólo en el único hombre que padecía una AR. En el estudio etiológico del resto se hizo el diagnóstico de pericarditis lúpica en 2 mujeres, y de pericarditis viral y/o idiopática en los 5 restantes. De estos 5, 2 se comportaron como pericarditis recidivantes. Respecto al tratamiento, el paciente con AR sólo requirió AINE, añadido a su tratamiento de base, las pacientes diagnosticadas de LEs requirieron tomar corticoide que en una de ellas pudo suspenderse sin problemas, siendo más costoso en el segundo caso, que se estabilizó al añadir hidroclicloroquina. De las 5 restantes se trataron con AINE inicialmente: 2 de ellas fueron bien con ácido acetilsalicílico, otra requirió cambio a naproxeno, otra que se comportaba como recidivante fue bien tras cambio a ibuprofeno y mantenimiento con colchicina, y en la última también con carácter recidivante, requirió corticoide a dosis baja con retirada lenta, influenciado todo el tratamiento también por intolerancia digestiva.

Resultados. El diagnóstico de pericarditis no se sospechó como causa de síndrome febril y síntomas torácicos desde Urgencias, debido a que los síntomas son superponibles a otras entidades lo que ocasionó en varios de nuestros pacientes el retraso en el inicio del tratamiento adecuado. Por otra parte el comportamiento en cuanto a remisión de los síntomas, recidiva de la clínica y diagnóstico de enfermedades asociadas no difiere de las series publicadas en la literatura.

Conclusiones. Debe tenerse en cuenta el diagnóstico de pericarditis en pacientes atendidos en el área de urgencias que acuden con síntomas torácicos como opresión precordial o dolor y fiebre. Se ha de instaurar un tratamiento antiinflamatorio temprano, valorando su respuesta, siendo en ocasiones necesarios un cambio de AINE para la curación. Los pacientes con pericarditis asociada a enfermedades reumáticas requieren con más frecuencia corticoides para controlar el brote. En las pericarditis recidivantes tal como está indicado se ha de instaurar tratamiento de mantenimiento con colchicina.

IF-53

UTILIZACIÓN DE TERAPIAS BIOLÓGICAS EN ENFERMEDADES AUTOINMUNES SISTÉMICAS. DESCRIPCIÓN DE 1.139 CASOS (REGISTRO INTERNACIONAL DE AGENTES BIOLÓGICOS EN LAS EAS, IBIOGEAS)

M. Ramos Casals¹, J. Sánchez Román², A. Martínez Berriotxo³, L. Pallarés⁴, A. Selva O'Callaghan⁵, J.L. Callejas⁶, A. Colodro⁷, F. Medrano⁸ y Grupo de Estudios BIOGEAS de la SEMI

¹Servicio de Enfermedades Autoinmunes. Hospital Clínic i Provincial de Barcelona. Barcelona. ²Unidad de Colagenosis, Servicio de Medicina Interna. Hospital Virgen del Rocío. Sevilla. ³Servicio de Medicina Interna. Hospital de Cruces. Barakaldo, Vizcaya. ⁴Servicio de Medicina Interna. Hospital Son Dureta. Palma de Mallorca, Illes Balears. ⁵Servicio de Medicina Interna. Hospitals Vall d'Hebron. Barcelona. ⁶Servicio de Medicina Interna. Hospital Universitario Virgen de las Nieves. Granada. ⁷Servicio de Medicina Interna. Complejo Hospitalario Universitario de Albacete. Albacete. ⁸Servicio de Medicina Interna. Complejo Hospitalario de Jaén. Jaén.

Objetivos. Analizar la evidencia disponible actualmente sobre el uso fuera de indicación aprobada ("off-label use") de las terapias biológicas en pacientes con enfermedades autoinmunes sistémicas (EAS). **Material y métodos.** En 2006, el Grupo de Estudio de las enfermedades autoinmunes Sistémicas de la SEMI (GEAS) puso en marcha el proyecto BIOGEAS, un estudio multicéntrico cuyo objetivo es la recogida de datos respecto al uso de terapias biológicas en pacientes con EAS en España. Las fuentes de información incluían aquellos pacientes tratados por los integrantes del GEAS, además de la revisión sistemática de los casos publicados en la literatura (búsqueda en Medline actualizada hasta 31-12-2006). El análisis incluyó un total de 19 EAS y 6 agentes biológicos.

Resultados. Se han sido incluido en el Registro un total de 1.139 pacientes (529 tratados con infliximab, 328 con rituximab, 260 con etanercept, 13 con anakinra, 8 con adalimumab y 1 con ocrelizumab). Las EAS incluían pacientes con síndrome de Sjögren (216 casos), granulomatosis de Wegener (183), sarcoidosis (181), LES (149), Behçet (132), enfermedad de Still del adulto (92), crioglobulinemia (86) y otras (98). El mayor porcentaje de respuesta terapéutica favorable (remisión completa/parcial) se obtuvo para el uso de rituximab en LES (92%), Sjögren (90%), SAF (100%), miopatías inflamatorias (100%) y vasculitis sistémicas (100%). Respecto a infliximab, se obtuvieron los mejores resultados en sarcoidosis (99%), enfermedad de Still del adulto (89%) y policondritis recidivante (86%), mientras que el mejor resultado para etanercept se obtuvo en el Behçet (96%). Los resultados procedentes de estudios controlados han demostrado la ausencia de respuesta terapéutica para el uso de infliximab en Sjögren y de etanercept en Sjögren, Wegener y sarcoidosis. Además, se observó un exceso de efectos adversos (> 50% de los casos analizados) para el uso de infliximab en miopatías inflamatorias y sarcoidosis y para el uso de etanercept en polimiositis. No se dispone de datos suficientes para evaluar la eficacia y seguridad de adalimumab, anakinra y ocrelizumab en pacientes con EAS.

Conclusiones. Existen resultados prometedores en la utilización de terapias biológicas en pacientes con EAS refractarios o intolerantes a los tratamientos convencionales. Los resultados más destacables incluyen el uso de rituximab en LES, Sjögren y crioglobulinemia, infliximab para sarcoidosis y enfermedad de Still y etanercept para el Behçet. De todas formas, son necesarios estudios controlados que evalúen el perfil de eficacia y seguridad de estos nuevos fármacos en el campo de las enfermedades autoinmunes.

IF-54

EFICACIA, BIOSEGURIDAD Y CUMPLIMIENTO TERAPÉUTICO EN EL USO DEL ÁCIDO MICOFENÓLICO EN PACIENTES CON ENFERMEDADES AUTOINMUNES SISTÉMICAS

N. Soria, A. Bové, P. Brito Zerón, S. Muñoz, J. Plaza, G. Delgado, G. Espinosa y R. Cervera

Servicio de Enfermedades Autoinmunes. Hospital Clínic i Provincial de Barcelona. Barcelona.

Objetivos. Determinar la eficacia, la bioseguridad y el cumplimiento terapéutico del tratamiento inmunodepresor con ácido micofenólico (Myfortic®) en pacientes con enfermedades autoinmunes sistémicas. **Material y métodos.** Se incluyeron 22 pacientes con enfermedades autoinmunes sistémicas visitados consecutivamente entre enero del 2006 y junio del 2007 en el Servicio de Enfermedades Autoinmunes Sistémicas del Hospital Clínic de Barcelona. Todos ellos recibieron como tratamiento inmunodepresor ácido micofenólico, bien como tratamiento de inducción a la remisión (en dosis de 720 mg/12h) bien como tratamiento de mantenimiento de la remisión (en dosis de 360 mg/12h). A todos los pacientes se les realizó un perfil analítico básico previo al inicio del tratamiento, a las 4 semanas y después cada 6 meses. Se analizó el desarrollo de efectos adversos y el cumplimiento terapéutico mediante el cuestionario de Morisky-Green.

Resultados. Fueron tratados 20 mujeres y 2 hombres, con una edad media de 30,86 años. Los pacientes estaban diagnosticados de las siguientes enfermedades: lupus eritematoso sistémico (n = 18), granulomatosis de Wegener (n = 2), enfermedad de Behçet (n = 1) y vasculitis crioglobulinémica asociada al VHC (n = 1). Todos los pacientes estaban en tratamiento con corticoides, y la mayoría había recibido inmunodepresores previos (ciclofosfamida en 13, micofenolato de mofetilo en 10, metotrexato en 4 y leflunomida en 1). Tras

un período de seguimiento medio de 5,25 meses, no se observó reactivación grave de la enfermedad en ningún caso. Dos pacientes (9%) presentaron efectos adversos (síndrome diarreico y meningoencefalitis aséptica), en ambos casos sin repercusiones. En dos pacientes (9%) se retiró la medicación (en relación a diarreas y por deseo de embarazo). En los controles analíticos se detectó discreto descenso en las cifras de hemoglobina (n = 5) y de leucocitos (n = 2), sin alteraciones en el resto de parámetros hematológicos o bioquímicos. La adhesión al tratamiento fue excelente de acuerdo al cuestionario de Morisky-Green: todos los pacientes tomaron la medicación tal como se les había indicado y ninguno la dejó de tomar según su estado de salud, aunque tres pacientes (14%) reconocieron haberse olvidado de tomar alguna dosis ocasionalmente.

Conclusiones. El ácido micofenólico ha mostrado un buen perfil de eficacia, seguridad y adhesión terapéutica como terapia inmunodepresora en pacientes con enfermedades autoinmunes sistémicas.

IF-55

SÍNDROME DE SJÖGREN PRIMARIO. CARACTERIZACIÓN CLÍNICA E INMUNOLÓGICA DE 1.010 PACIENTES (PROYECTO GEMESS)

M. Ramos Casals¹, R. Solans², J. Rosas³, M.T. Camps⁴, A. Gil⁵, J. Del Pino⁶, J. Calvo Alen⁷, J. Jiménez Alonso⁸ and The GEMESS Study Group

¹Servicio de Enfermedades Autoinmunes. Hospital Clínic i Provincial de Barcelona. Barcelona. ²Servicio de Medicina Interna. Hospital General Vall d'Hebron - Área General. Barcelona. ³Unidad de Reumatología. Hospital de la Marina Baixa. Villajoyosa/Vila Joiosa (Ia), Alicante. ⁴Servicio de Medicina Interna. Complejo Hospitalario Carlos Haya. Málaga. ⁵Servicio de Medicina Interna. Hospital Universitario la Paz. Madrid. ⁶Servicio de Medicina y Reumatología. Hospital Universitario de Salamanca. H. Virgen de la Vega. Salamanca. ⁷Sección de Reumatología. Hospital Sierrallana. Torrelavega, Cantabria. ⁸Servicio de Medicina Interna. Hospital Universitario Virgen de las Nieves. Granada.

Objetivos. Definir la presentación clínica del síndrome de Sjögren (SS) primario en una amplia cohorte de pacientes españoles, analizando la forma en que las características epidemiológicas, clínicas o inmunológicas pueden modular la expresión de la enfermedad.

Material y métodos. El Grupo de Estudio GEMESS se constituyó en 2005, e incluye actualmente doce centros nacionales de referencia para el estudio del SS. En marzo de 2007, la base de datos incluía un total de 1010 pacientes recogidos consecutivamente desde 1994, incluyendo tanto casos incidentes como prevalentes.

Resultados. De los 1.010 pacientes, 937 eran mujeres y 73 hombres (relación de 13: 1), con una edad media de 53 años al diagnóstico y de 59 en el momento de inclusión en el registro. El análisis estadístico multivariante mostró que los varones presentaban una menor frecuencia de tiroiditis, fenómeno de Raynaud y ANA. Los pacientes con un inicio de la enfermedad por debajo de los 35 años mostraron un menor grado de afectación de las glándulas salivares (xerostomía y parotidomegalia) y una mayor prevalencia de alteraciones inmunológicas positivas (anticuerpos anti-Ro/SS-A y niveles bajos de C4), mientras que los pacientes con diagnóstico en edad geriátrica presentaron una menor frecuencia de parotidomegalia, Raynaud, artralgias y anti-Ro/SS-A. El subgrupo de pacientes con anticuerpos anti-Ro/La presentó la mayor frecuencia en las principales manifestaciones sistémicas, hematológicas e inmunológicas (como Raynaud, gammagrafía parotídea alterada, biopsia salivar positiva, neuropatía periférica, plaquetopenia y FR). La presencia de hipocomplementemia se asoció a una mayor frecuencia de vasculitis y linfoma, y la crioglobulinemia con una mayor prevalencia de parotidomegalia, vasculitis y leucopenia.

Conclusiones. Las características epidemiológicas, clínicas y analíticas ejercen un impacto significativo en la presentación clínica del SS primario, al influir en los resultados de las principales pruebas diagnósticas, la prevalencia y diversidad de la afectación sistémica y la frecuencia de los marcadores inmunológicos. El SS primario debe ser considerada una enfermedad autoinmune sistémica capaz de presentarse de forma muy diversa, más allá de los síntomas de sequedad de mucosas.

IF-56

¿ESTÁN PROTEGIDOS LOS PACIENTES CON SÍNDROME DE SJÖGREN PRIMARIO PORTADORES DE DEFICIENCIA GENÉTICA DE LA LECTINA FIJADORA DE MANANO (MBL) DE UNA MAYOR AFECCIÓN SISTÉMICA DE LA ENFERMEDAD?

P. Brito Zerón¹, A. Bové¹, N. Soria¹, N. Nardi¹, A. Vargas¹, S. Muñoz¹, A. Ibáñez² y B. Suárez²

¹Servicio de Inmunología. Hospital Clínic i Provincial de Barcelona. Barcelona. ²Laboratorio de Enfermedades Autoinmunes "Josep Font", Depart. Instituto de Investigaciones Biomédicas "August Pi i Sunyer" (IDIBAPS). Barcelona.

Objetivos. Analizar la asociación de los genotipos relacionados con deficiencia en la producción de la lectina fijadora de manano (MBL) con la expresión clínica, histopatológica e inmunológica del síndrome de Sjögren (SS) primario.

Material y métodos. Se estudiaron 127 pacientes con SS primario. Los polimorfismos del gen que codifica la MBL se analizaron mediante secuenciación del DNA de las regiones del promotor y el exon 1 del gen MBL2. Los genotipos 0/0, 0/LXA and LXA/LXA se consideraron bajos productores de MBL. Los grupos controles incluyeron 114 pacientes con lupus eritematoso sistémico (LES) y 104 controles sin enfermedades autoinmunes.

Resultados. Los pacientes con SS primario presentaron una menor frecuencia del genotipo 0/0 (0% vs 7%, $p = 0,002$) y una mayor frecuencia del genotipo LXA/A (28% vs 17%, $p = 0,047$) respecto a los grupos controles. No observamos diferencias en las principales manifestaciones epidemiológicas de acuerdo a la presencia o no de genotipos deficientes de MBL. Los pacientes con SS primario portadores de genotipos deficientes presentaron una menor frecuencia en la alteración de las principales pruebas diagnósticas, especialmente una menor frecuencia de mayor infiltración linfocitaria (grados 3/4 de la clasificación de Chisholm-Mason) en las biopsias de glándulas salivares menores (44% vs 79%, $p = 0,04$). La presencia de afección sistémica fue significativamente inferior en los pacientes con genotipos deficientes de MBL (11% vs 47%, $p = 0,004$). Estos pacientes también presentaron una menor frecuencia de autoanticuerpos positivos y de hipocomplementemia. Así, ninguno de los pacientes con genotipo deficiente presentó niveles bajos de C4 (0% vs 16%, $p = 0,06$) o crioglobulinas positivas (0% vs 14%, $p = 0,07$). Además, los pacientes con genotipos deficientes presentaron una menor frecuencia de anticuerpos anti-Ro/SS-A (11% vs 35%, $p = 0,035$) y anti-La/SS-B (6% vs 30%, $p = 0,02$) frente a los pacientes portadores de genotipos no relacionados con deficiencia de MBL.

Conclusiones. Los pacientes con SS primario portadores de genotipos relacionados con un déficit en la síntesis de MBL presentan una expresión atenuada de la enfermedad, tanto clínica, histopatológica como inmunológica, frente a los portadores de genotipos saciados a valores normales de MBL. Los resultados sugieren que la existencia de niveles insuficientes de MBL circulante podría ser un factor protector para el desarrollo de una presentación más agresiva del SS primario.

factorial. Diversos estudios, indican que el tratamiento con anti-TNF, contribuye a mejorar la masa ósea de los pacientes tratados, reduciendo el riesgo de fracturas. Con estas dos premisas, los hospitales de la Comunidad Valenciana, hemos desarrollado el estudio MOTRABI (masa ósea en pacientes con tratamiento biológico), teniendo como objetivo primario valorar la evolución de la densidad mineral ósea (BMD) al año de tratamiento con infliximab. El objetivo secundario es valorar las variaciones de los biomarcadores de formación y resorción.

Material y métodos. Hemos realizado un estudio de cohortes prospectivo y observacional, incluyendo 80 pacientes de ambos sexos diagnosticados de AR, APs. y EA, que cumplían los criterios de la SER para ser tratados con anti-TNF, utilizando las dosis y pautas habituales. Se excluyen pacientes con tratamiento antiosteoporosis previo, a excepción del calcio y vitamina D. El 66,7% eran mujeres. Edad media 48,46 años. Distribución por diagnósticos: 52,9% AR, 27,5% EA y 19,6% APs. Se constatan los tratamientos concomitantes, valorando sobre todo el uso de fármacos osteopenizantes. Efectuamos densitometría de columna y cadera al inicio y a los doce meses, así como valoración analítica con marcadores de formación y resorción al inicio, seis y doce meses. También se evaluó la calidad de vida de los pacientes mediante EVA. Al inicio del estudio, un 35% de pacientes tenían criterios de osteoporosis y un 27,4% de osteopenia. **Resultados.** Se incluyeron 80 pacientes en el estudio, siguiendo en él 77, tres se retiraron por reacciones cutáneas con la administración del fármaco (2 pacientes) y otro por cuadro vasovagal. Hasta la fecha, se han analizado a los 6 meses 51 pacientes, con una mediana de edad 48,46 ± 11,38 años, el 66,7% eran mujeres y el 33,3% hombres. El diagnóstico más frecuente fue la artritis reumatoide 52,9%, espondilitis anquilosante 27,5%, y artropatía psoriásica 19,6%. La mediana de años de evolución de las enfermedades fue 9,33 ± 8,57 años. Los fármacos modificadores de la enfermedad más utilizados fueron el metrotexate 74,5% de los pacientes, con una mediana de dosis 10,87 ± 4,25 mg, y una duración 42,64 meses; seguido de corticoides 47,1%, con una mediana de dosis 10,08 ± 7,34 mg, y una duración 31,78 meses, y por último leflunomida 27,3%, con una mediana de dosis 18,95 ± 3,15 mg, con una duración de 16,73 meses. El 84,3% de los pacientes asociaron AINES. Se valoró la calidad de vida de los pacientes a través de la escala analógica del dolor (EVA), siendo la basal 7,61, y a los 6 meses 4,08, y el EVA del paciente basal 7,04, y a los 6 meses 3,98; sin encontrar diferencias estadísticamente significativas, pero con una tendencia clara a la disminución del dolor. El EVA del médico basal 6,92, y a los 6 meses 3,78, siendo estadísticamente significativo el descenso. El 27,45% de los pacientes tenía osteopenia al inicio del estudio, y de ellos el 35% sufría osteoporosis. El calcio y el fósforo en orina disminuyeron con respecto a la visita basal, sin diferencias estadísticamente significativas, pero con una clara tendencia a la significación. El marcador de formación osteocalcina, presenta una disminución a los 6 meses sin ser estadísticamente significativa, pero con clara tendencia. Los marcadores de resorción (fosfatasa ácido tartrato resistente, deoxipiridolina) no existen diferencias entre la visita basal y los 6 meses.

Conclusiones. El uso de infliximab en las enfermedades reumáticas inflamatorias, parece detener la resorción ósea esperada en los pacientes estudiados tras seis meses de tratamiento. Los resultados a los 12 meses, junto al estudio densitométrico comparativo, nos aportarán mejores datos. Se confirma la mejoría de calidad de vida de los pacientes con el tratamiento, así como la buena tolerancia, pues solo 3 pacientes (3,7%) abandonaron el tratamiento y por efectos adversos no graves.

OSTEOPOROSIS

O-1

ESTUDIO DE MASA ÓSEA EN PACIENTES CON TRATAMIENTO BIOLÓGICO (ESTUDIO MOTRABI). VARIACIÓN DE LOS BIOMARCADORES TRAS SEIS MESES DE TRATAMIENTO

J. Pérez Silvestre¹, J. Calvo Catalá², J. García Borrás³ y Grupo MOTRABI

¹Servicio de Medicina Interna, ²Sección Reumatología y Metabolismo Óseo. Medicina Interna. Consorcio Hospital General Universitario de Valencia. Valencia. ³Unidad Reumatología y Metabolismo Óseo. Hospital Universitario La Fe. Valencia.

Objetivos. Es un hecho constatado, que las enfermedades reumáticas inflamatorias, cursan con osteoporosis, siendo su etiología multi-

O-3

RELACIÓN ENTRE EL PAPEL DE LA LUMBALGIA Y LA PRESENCIA DE OSTEOPENIA/OSTEOPOROSIS-ARTROSIS EN NUESTRA CONSULTA DE MEDICINA INTERNA PATOLOGÍA OSTEOMUSCULAR

M. Escobar, J. Bernal, S. Romero, J. Puerto, C. Asencio, P. Ruiz, A. García y F. Gómez

Servicio de Medicina Interna. Hospital Universitario Puerto Real. Puerto Real, Cádiz.

Objetivos. Un motivo frecuente de derivación a nuestra consulta desde Atención Primaria sigue siendo la lumbalgia. La relación entre

ésta y la presencia de osteopenia/osteoporosis y/o artrosis ha sido objeto de distintos estudios. Nuestros objetivos serían conocer los datos relativos al motivo de consulta (lumbalgia) y la presencia de osteopenia/osteoporosis y/o artrosis en el momento de la consulta. **Material y métodos.** Del total de pacientes valorados en nuestra consulta durante 2 meses; seleccionamos los pacientes remitidos a por lumbalgia y valoramos la presencia de osteopenia/osteoporosis mediante técnica radiológica/densitometría ósea. Además valoramos también la presencia de lumboartrosis. **Resultados.** Del total de 725 pacientes valorados en nuestra consulta, 113 acudieron por lumbalgia (80 inespecíficas, 33 lumbociatagias). Osteopenia/osteoporosis se objetivaron en 19 pacientes con lumbalgia (16,8% del total de lumbalgias, 2,6% del total de pacientes valorados). Además, 161 pacientes del total presentaban artrosis (78 artrosis generalizada, 57 columna lumbar, 26 columna mixta) y el 11,8% de éstos presentaban osteopenia/osteoporosis. Por último, 70,78% de las lumboartrosis presentaban lumbalgia. **Discusión.** Distintos estudios han tratado de relacionar la inmovilización que causa la lumbalgia (falta de ejercicio), el grado de pérdida de masa ósea-calidad ósea y el nivel de intensidad del dolor lumbar. La osteoporosis, como tal enfermedad, es asintomática. La lumbalgia aparecería como complicación de fracturas vertebrales. **Conclusiones.** Nuestro estudio presenta los datos de prevalencia siendo necesarios otros diseños para demostrar correlación etiopatogénica entre la presencia de osteopenia/osteoporosis y el síntoma lumbalgia.

O-4
FRACTURA DE CADERA: FACTORES EPIDEMIOLÓGICOS GENERALES Y FACTORES DE RIESGO DE FRACTURA. UN ESTUDIO PROSPECTIVO

J. Blázquez¹, I. Hermida¹, Y. Santisteban¹, J. Llabrés¹, C. Albaladejo¹, L. Sáez¹, F. Doñate² y F. Medrano¹

¹Servicio de Medicina Interna, ²Servicio de Traumatología. Complejo Hospitalario Universitario de Albacete. Albacete.

Objetivos. Fundamento: la fractura de cadera, principal consecuencia de la osteoporosis, tiene una repercusión muy importante en forma de morbimortalidad, discapacidad y coste sanitario. Resulta útil conocer los datos epidemiológicos acerca de esta patología. **Objetivo:** evaluar los factores epidemiológicos generales y factores de riesgo de fractura en los pacientes que han ingresado por fractura de cadera desde principios de año. **Material y métodos.** El Servicio de Medicina Interna de nuestro hospital realiza una labor de asistencia protocolizada al paciente con fractura de cadera durante el ingreso, principalmente enfocada a la detección y tratamiento de los problemas médicos agudos. Hemos recogido y analizado los datos del protocolo referentes a los factores epidemiológicos generales y factores de riesgo de fractura, durante el período enero-junio de 2007. Se trata de un estudio descriptivo. **Resultados.** Características generales. N° de pacientes estudiados: 225. Sexo: 154 mujeres (68,4%) y 71 varones (31,6%), relación mujeres/varones 2,2. Edad: 47-98 años, media 81,3 ± 8 años, con diferencia entre mujeres (82,6 ± 7,7 años) y varones (78,6 ± 10 años): p < 0,05. Institucionalizados: 35 (15,6%). Índice de comorbilidad de Charlson (N = 209): mediana 1 (0-10) y ajustado con la edad 4 (1-12). Escala de Barthel, previo a la factura (N = 221): mediana 90 (0-100). Estado mental al ingreso (Pfeiffer, N = 213): mediana 3 (0-10). Tenían factores relacionados con osteoporosis y riesgo de fractura 117 casos (52%), con la siguiente distribución. Antecedentes familiares de fractura: 10 (4,4%). Historia personal de fracturas: 82 (36,4%), con 100 fracturas en total: cadera 27 (12,0%), dos de ellas dobles; muñeca 19 (8,4%), hombro-clavícula 5 (2,2%); húmero 10 (4,4%); codo-cúbito-mano: 6 (2,7%); tibia-peroné 6 (2,7%); tobillo 7 (3,1%); costillas 5 (2,2%); vertebral 4 (1,8%), pelvis 1 (0,4%);

no especificada 9 (4,0%): 14 pacientes (6,2%) habían tenido más de una fractura. Otros factores de riesgo de osteoporosis: menopausia precoz 9 (4,0%), tratamiento con corticoides: 7 (3,1%), otros: 2 (0,9%). Factores relacionados con las caídas: historia de caídas (evaluada en 190 casos): 60 (31,6%); psicofármacos (evaluada en 162 casos): 27 (16,7%); problemas de visión: 3 (1,3%), neurológicos 3 (1,3%).

Conclusiones. 1) En los pacientes con fractura de cadera estudiados encontramos un cociente mujer/varón de 2,2, que está entre los más bajos de los publicados. 2) La media de edad de los varones coincide con la descrita en los últimos estudios, mientras que la de las mujeres es ligeramente más baja. 3) Entre los factores de riesgo destacan la historia personal de fracturas y el antecedente de caídas previas.

O-5
FRACTURA DE CADERA: TIPOS DE FRACTURA Y MECANISMO DE PRODUCCIÓN

I. Hermida¹, J. Blázquez¹, Y. Santisteban¹, P. García Mas¹, E. Sánchez Tejero¹, L. Sáez¹, B. González Montero² y F. Medrano¹

¹Servicio de Medicina Interna, ²Servicio de Traumatología. Complejo Hospitalario Universitario de Albacete. Albacete.

Objetivos. Fundamento: La fractura de cadera, principal consecuencia de la osteoporosis, tiene una repercusión muy importante en forma de morbimortalidad, discapacidad y coste sanitario. Resulta útil conocer la incidencia de los distintos tipos de fractura, así como el mecanismo de producción. **Objetivo:** 1) Evaluar la incidencia de los distintos tipos de fractura de cadera en los pacientes que han ingresado por este motivo desde principios de año; 2) Conocer el mecanismo de producción de la fractura.

Material y métodos. El Servicio de Medicina Interna de nuestro hospital realiza una labor de asistencia protocolizada al paciente con fractura de cadera durante el ingreso, principalmente enfocada a la detección y tratamiento de los problemas médicos agudos. Hemos recogido y analizado los datos del protocolo referentes a los distintos tipos de fractura de cadera en los pacientes ingresados durante el período enero-junio de 2007. También hemos analizado las circunstancias en que se produjo la fractura en cada caso. Se trata de un estudio descriptivo.

Resultados. Características generales. N° de pacientes: 225. Sexo: 154 mujeres (68,4%) y 71 varones (31,6%). Edad: 47-98 años, media 81,3 ± 8 años. Institucionalizados: 35 (15,6%). Índice de comorbilidad de Charlson (N = 209): mediana 1 (0-10) y ajustado con la edad 4 (1-12). Escala de Barthel, previo a la factura (N = 221): mediana 90 (0-100). Estado mental al ingreso (Pfeiffer, N = 213): mediana 3 (0-10). Según la localización, en primer lugar, distinguimos entre fractura intracapsular (102 casos, 45,3%) y extracapsular (123 casos, 54,7%). La distribución según la localización específica aparece en la tabla. En el apartado de "otras" se incluyen fractura periprotésicas (3) y cotilo (2). Cuatro pacientes tuvieron fracturas concomitantes: húmero (1), radio (2) y olécranon (1). Lacircunstancia en que se produjo la fractura se recogió en 188 casos (83,6%), con el siguiente resultado: resbalón 56 (29,8%), fallo 61 (32,4%), tropiezo 41 (21,8%), no caída previa -el paciente nota un "crack" y seguidamente cae-15 (8,0%), mareo 2 (1,1%), traumática 5 (2,7%) Otra 8 (4,3%).

Conclusiones. 1) Existe un ligero predominio de las fracturas extracapsulares, entre las cuales destacan las pertrocantéreas. Dentro de las intracapsulares, la mayor parte son subcapitales. 2) En cuanto al mecanismo de fractura, hay que destacar el resbalón, fallo y tropiezo. 3) El conocimiento de dichos mecanismos es importante de cara a poner en práctica medidas que disminuyan la incidencia de caídas y, por lo tanto, de fracturas.

Tabla 1. Tipos de Fractura de Cadera (N = 225) (O-5).

Tipo	Subcapital	Basicervical	Transcervical	Pertrocantérea	Subtrocantérea	Per-subtrocantérea	Otras
SN	87	15	2	77	18	20	6
%	38,7	6,7	0,9	34,2	8	8,9	2,7

O-7

OSTEOPOROSIS Y ENFERMEDAD DE PAGET EN PACIENTES DIAGNOSTICADOS DE HEMOCROMATOSIS GENÉTICA
A. Del Castillo Rueda, A. Torres do Rego, T. Fernández Amago, E. Bello Martínez, D. Micheloud y L. Alvarez-Sala Walther

Unidad de Ferropatología y Radicalosis Medicina Interna 2B. Hospital General Universitario Gregorio Marañón. Madrid.

Objetivos. La hemocromatosis genética (HG) es una enfermedad de sobrecarga de hierro (Fe) que puede causar osteoporosis (OP) por hipogonadismo, diabetes o cirrosis (Guggenbuhl et al. Osteoporosis Int 2005), aunque también puede provocar alteraciones óseas por efecto tóxico directo (Guggenbuhl et al. Calcif Tissue Int 2006) que podría estar implicado en la enfermedad de Paget (EP) de pacientes con HG, aunque no se ha descrito hasta la fecha. En este trabajo comunicamos la asociación de sobrecarga de hierro, determinada genéticamente, con patología ósea.

Material y métodos. Pacientes que acuden a una consulta monográfica de patología asociada a sobrecarga de hierro durante 4 años (años 2002 a 2005) por sospecha de hemocromatosis, bien casos índice o familiares de pacientes ya diagnosticados de HG. A todos se les realiza estudio fenotípico y genotípico de hemocromatosis y se recogen antecedentes de osteoporosis y enfermedad de Paget, así como tratamientos de su osteopatía al inicio de sangrías terapéuticas. **Resultados.** Se incluyen 100 pacientes con diagnóstico de HG que además precisaron sangrías para su tratamiento. De ellos, 4 pacientes estaban diagnosticados de osteopatía: 2 de OP y otros 2 de EP, los cuatro en tratamiento con bisfosfonatos. La edad media de los 100 pacientes era de 53 años (rango: 16-81 años), 59% varones y 41% mujeres. Los 2 pacientes con OP eran una mujer de 66 años y un varón de 70 y los dos con EP eran dos varones de 70 y 73 años. Ninguno de los cuatro presentaban datos clínicos o analíticos de hipogonadismo, hepatopatía ni diabetes. La osteopatía aparece en el 4% de los pacientes diagnosticados de sobrecarga genética de Fe en probable relación con efecto tóxico directo.

Discusión. Hasta 34% de pacientes con HG presentan OP en relación con hipogonadismo, diabetes o cirrosis, asociación que se conoce desde hace unos 50 años (Delbarre F. Semin Hop Paris 1960). En nuestra serie, al no realizar una búsqueda activa de casos, es sólo del 2%, pero describimos por primera vez su asociación con EP, también en el 2% de los pacientes con HG. El diagnóstico precoz de HG y el desarrollo de modelos experimentales han demostrado que el depósito de Fe afecta a la actividad y número de osteoblastos y osteoclastos, alterando el remodelado y siendo una causa probable de osteopatía, demostrado en el caso de OP y probable en el de EP, junto con factores genéticos y ambientales, en relación con la teoría radicalaria por efecto oxidativo tóxico del Fe como radical libre.

Conclusiones. Al menos, el 4% de los pacientes con HG tienen enfermedad metabólica ósea no asociada a cirrosis, hipogonadismo ni diabetes, ya que las células óseas pueden ser diana del efecto radicalario de la sobrecarga de Fe, de la misma manera que lo son las del hígado, gónadas y páncreas y en los que produce cuadros clínicos específicos.

O-9

VITAMINA D, CALCIO Y ALBÚMINA: ¿HAY RELACIÓN CON EL RIESGO DE FRACTURA?

B. Retana Fernández¹, I. López Isidro¹, S. Arponen¹, J. Navarro Laredo², G. Martín Peña³ y P. Sánchez Molini¹

¹Servicio de Medicina Interna, ²Servicio de Microbiología, ³Servicio de Endocrinología y Nutrición. Hospital Universitario de la Princesa. Madrid.

Objetivos. Comparar los niveles de albúmina, calcio y vitamina D en los pacientes ingresados en el Servicio de Traumatología por fractura y un grupo control. Ver si existen diferencias entre dichos niveles en ambos grupos.

Material y métodos. Estudio comparativo de dos cohortes de pacientes. Se midieron los niveles de albúmina (alb), calcio total (Ca) y vitamina D (vit D) en un grupo de pacientes ingresados en el Servicio de Traumatología a consecuencia de fracturas, y en un grupo control, de pacientes ingresados en el Servicio de Medicina Interna. Se obtuvieron los resultados analíticos en 52 pacientes in-

gresados en Traumatología (grupo 0) y en 43 ingresados en Medicina Interna (grupo 1). Se comparan las variables entre los dos grupos con el paquete estadístico SPSS 15.0.

Resultados. Todas las variables del estudio seguían una distribución normal a excepción de la vitamina D. Los niveles normales en el laboratorio de las variables son los siguientes: alb 3,4-4,8, Ca 8,1-10,5 y vit D 20-75. Grupo 0: 52 pacientes, 9 varones y 43 mujeres, con una media de edad de 82,98 años. Niveles de alb 3,2, Ca 8,5 y vit D 10,6 (7,4-17,7). Grupo 1: 43 pacientes 8 varones y 35 mujeres, con una media de edad de 83,35 años. Niveles de alb 2,9, Ca 8,4 y vit D 10,9 (8-18,8). No se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre ambos grupos al comparar la media de edad o la distribución por sexos, ni tampoco entre los niveles de calcio y vitamina D. Únicamente se vio un menor valor de los niveles de albúmina en el grupo 1 respecto al grupo 0, que sí fue estadísticamente significativo ($p = 0,01$).

Discusión. Nos planteamos si la desnutrición (valorada como los niveles plasmáticos de albúmina) y los niveles de calcio y vitamina D en los pacientes que presentan fracturas son diferentes a los que presentan pacientes de las mismas características demográficas (sexo y edad) en los que éstas no se han producido. El calcio y la vitamina D son factores claves en el metabolismo óseo, de manera que bajas concentraciones los mismos podrían suponer una mayor tendencia a la fractura. En el estudio, los niveles de calcio permanecían dentro de los niveles de normalidad en ambos grupos, pero no era así en el caso de la vitamina D, que en los 2 grupos de estudio se encontraba en rango inferior a la normalidad, si bien no presentaba diferencias estadísticamente significativas entre los pacientes con fractura y los controles. Por otro lado, tomamos la albúmina como marcador del estado nutricional de los pacientes. En este estudio ambos grupos de pacientes presentaban estado nutricional deficiente, si bien era significativamente peor entre los pacientes controles que en los casos, por lo que no parece ser un factor de riesgo de fractura.

Conclusiones. Los niveles de calcio no presentan diferencias estadísticamente significativas entre los pacientes con fracturas y los pacientes controles. Tampoco hay diferencias estadísticamente significativas en los niveles de vitamina D entre ambos grupos, aunque en los dos éstos se encontraban por debajo del rango de la normalidad. La desnutrición no constituye un factor de riesgo de fractura.

O-10

ANÁLISIS DE LA PRÁCTICA CLÍNICA EN PREVENCIÓN TERCIARIA REALIZADA EN NUESTRA ÁREA DE SALUD
R. Tirado Miranda¹, R. Gallardo López², M. Alba Herrero², B. Nicot Casas², N. Alba², R. Recio Barba³ y F. Ibáñez Bermúdez¹

¹Servicio de Medicina Interna, ²MIR de Medicina Familiar y Comunitaria, ³Servicio de Traumatología. Hospital Infanta Margarita. Cabra, Córdoba.

Objetivos. Conocer la práctica clínica realizada en nuestra área de salud en pacientes en prevención terciaria atendidos en nuestro hospital por fractura de Colles secundaria a un traumatismo de baja intensidad.

Material y métodos. Se realizó un estudio descriptivo mediante la realización de una encuesta personal a los pacientes mayores de 50 años o mujeres posmenopáusicas de cualquier edad diagnosticados de fractura de Colles en nuestro hospital durante un período de tres meses. Finalmente se realizó una determinación de la densidad mineral ósea mediante accu-DEXA®.

Resultados. De los 42 pacientes entrevistados 7 (16%) fueron hombres. La edad media fue mayor entre las mujeres (68,9 años) que entre los hombres (66 años). Solo nueve pacientes (21,42%) fueron informados de la posibilidad de que la fractura fuera debida a osteoporosis, en todos los casos por el traumatólogo que los valoró en consultas externas, aunque en ninguno de ellos se consideró indicado la determinación de la densidad mineral ósea. Aunque en estos nueve pacientes se indicó algún tipo de tratamiento antifractorario, generalmente calcio y vitamina D, ninguno recibió información antifractoraria ni sobre la osteoporosis. La determinación de la densidad mineral ósea por accu-DEXA, demostró la existencia de osteopenia severa-osteoporosis en el 45% de los pacientes y osteopenia leve en otro 20%.

Discusión. La mayoría de los pacientes valorados presentaron una disminución en la densidad mineral ósea medida mediante accu-DEXA®. A pesar de ello la instauración de un tratamiento para prevención terciaria se realizó en un porcentaje escaso de pacientes. La sensibiliza-

ción del personal médico con la enfermedad osteoporótica es escasa y el acto médico se limitó al tratamiento agudo y seguimiento de la evolución de la fractura, sin realizar un despistaje de osteoporosis y sin establecer medidas de prevención ni evaluación del riesgo fracturario. **Conclusiones.** La mayoría de los pacientes valorados presentaron una disminución en la densidad mineral ósea medida mediante accuDEXA®. A pesar de ello la instauración de un tratamiento para prevención terciaria se realizó en un porcentaje escaso de pacientes. La sensibilización del personal médico con la enfermedad osteoporótica es escasa y el acto médico se limitó al tratamiento agudo y seguimiento de la evolución de la fractura, sin realizar un despistaje de osteoporosis y sin establecer medidas de prevención ni evaluación del riesgo fracturario.

O-11

ENCUESTA DE SALUD RELACIONADA CON LA OSTEOPOROSIS EN UNA POBLACIÓN DE RIESGO

R. Tirado Miranda¹, B. Nicot Casas², M. Alba Herrero², N. Alba², R. Gallardo López² y F. Luna³

¹Servicio de Medicina Interna, ²MIR de Medicina Familiar y Comunitaria, ³Unidad del Aparato Locomotor. Hospital Infanta Margarita. Cabra, Córdoba.

Objetivos. La osteoporosis es una enfermedad de gran prevalencia en los países desarrollados y se asocia a una alta morbilidad, por lo que las estrategias preventivas son probablemente las más eficaces. Conocer la percepción que tienen los pacientes afectados de fractura de colles secundaria a un traumatismo de baja intensidad de la osteoporosis y de los factores de riesgo asociados a dicha enfermedad, con el objetivo de implementar estrategias de prevención primaria y secundaria que ayuden a disminuir el riesgo fracturario en la población de nuestra área de salud.

Material y métodos. Se realizó un estudio descriptivo mediante la realización de una encuesta personal a los pacientes mayores de 50 años o mujeres posmenopáusicas de cualquier edad diagnosticados de fractura de Colles en nuestro hospital durante un período de tres meses.

Resultados. De los 42 pacientes entrevistados 7 (16%) fueron hombres. La edad media fue mayor entre las mujeres (68,9 años) que entre los hombres (66 años). Un 45% de los pacientes entrevistados referían conocer lo que era la osteoporosis y casi el 40% relacionaban la fractura sufrida con la falta de calcio en el hueso. Prácticamente todos los pacientes conocían algún factor con efecto beneficioso para el hueso, como la ingesta de calcio, los baños de sol o la actividad física. Un 60% de los pacientes entrevistados pensaban que tenían una probabilidad mayor de sufrir nuevas fracturas, pero no habían sido informados sobre posibles estrategias para reducir ese riesgo. Un 83% de los entrevistados, consideraban muy interesante la asistencia a charlas educativas sobre la osteoporosis.

Conclusiones. Aunque la mayoría de los pacientes entrevistados no tenían una idea clara acerca de la osteoporosis, sí mostraban una predisposición a mejorar la salud de su esqueleto y prevenir la aparición de nuevas fracturas. En nuestra área de salud las políticas poblacionales que mejoren el conocimiento sobre la osteoporosis y sus factores de riesgo son probablemente las más coste-efectivas tanto en prevención primaria como secundaria.

RIESGO VASCULAR

RV-1

DISLIPEMIA Y VIH

J. Blanch Falp, J. Torné Cachot, J. Baucells Azcona, D. Blancas Altabella, G. Claver Cercos, J. García Pont, M. Picón Cabrera y N. Gorbíg Romeu

Servicio de Medicina Interna. Hospital Residència Sant Camil. Sant Pere de Ribes, Barcelona.

Objetivos. Conocer la prevalencia de dislipemia y de otros factores de riesgo cardiovascular (FRCV) en los pacientes infectados por el

virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) en el Hospital Sant Camil durante el período de estudio. Com objetivo secundario identificar las variables de riesgo de dislipemia en relación con la infección VIH.

Material y métodos. Durante de 1 año se incluyeron 77 pacientes, que representaban el total de la población controlada. El diseño del estudio fue observacional y prospectivo. Se recogieron variables clínicas en relación con el riesgo cardiovascular y la infección VIH, y analíticas. Se realizó un análisis descriptivo, univariado (t de Student y el test de Fisher según procediera), y multivariado con una regresión logística (Backward Wald) para identificar las variables predictoras de dislipemia.

Resultados. De los 77 pacientes incluidos en el estudio el 77,9% fueron varones, con una edad media de 42 (24-66) años. El 55,8% tenía antecedentes de UDVP, de los cuales un 3,9% consumía cocaína y 11,7% seguía tratamiento con metadona. El 84,4% seguía tratamiento antirretroviral (el 51,9% con ITIANN y el 29,9% con IP), con un 61% en estadio clínico A. La cifra media de CD4 fue de 739 (35-2332) mm³ y la carga viral de 7561 (< 50-371334) copias. El 58% tenía una hepatitis vírica crónica. La media de FRCV fue de 3,34 (0-10), el 85,7% tenía 2 o más FRCV. El 71,4% eran fumadores, el IMC era > 25 en el 35,1% y > 30 en el 2,6%, se detectó sedentarismo en el 61% y el 9,1% tenían antecedentes familiares de enfermedad cardiovascular prematura. El 7,8% tenía HTA, el 5,2% diabetes y el 6,5% HTA y diabetes. El 28,6% tenía alteraciones morfológicas de lipodistrofia, cifra que se elevaba al 51,7% en los pacientes que seguían o habían seguido tratamiento con IP p 0,000. El 23,4% cumplía criterios de síndrome metabólico y dentro del subgrupo tratado con IP el 31,7%. El 51,2% tenían dislipemia (hipocolesterinemia el 1,3%, h. límite el 14,3%, mixta el 19,5% y hipertrigliceridemia el 16,9%). La media de colesterol fue de 193 (90-322), la de HDL de 38 (22-69), la de LDL de 121 (33-239) y la de triglicéridos de 225 (35-1503) mg/dl. El 64,5% tenía una cifra de HDL baja, el 40% un LDL entre 130-159 y el 13,5% > de 160 mg/dl. La cifra de triglicéridos fue superior a 200 mg/dl en el 31,1% de los pacientes. Cálculo del riesgo cardiovascular (RCV) media: Score 1% (92% < 3%), Regicor 4,53% (95% < 10%) y Framingham 10,7% (58,5% < 10%). En el análisis univariado y multivariado solo fueron significativas como variables predictoras de dislipemia la hepatitis crónica p 0,033 OR 0,32 (0,11-0,91), el tratamiento antirretroviral p 0,023 OR 7,05 (1,30-38,23) y la lipodistrofia en el límite de la significación p 0,081. Los pacientes con hepatitis crónica presentaban una menor cifra de colesterol p 0,011 y de LDL p 0,012.

Discusión. En nuestra serie se evidencia una elevada prevalencia de dislipemia. El 65% de nuestros pacientes tenía una cifra baja de HDL, cifra que duplica la prevalencia de HDL baja en la población general de Estados Unidos. La mayoría de nuestros pacientes tenían 2 o más FRCV, destacando el tabaquismo, el sedentarismo y la obesidad a expensas del sobrepeso. La prevalencia observada de HTA y diabetes es algo superior a la descrita en la literatura. El cálculo del RCV a través de las tablas Score y Regicor, infravalora el RCV en relación con la edad, lo que implicaría que más del 90% de los pacientes tuviera un RCV bajo en una población con múltiples FRCV. La prevalencia de síndrome metabólico es similar al 40% descrito en la literatura en los pacientes tratados con IP. El tratamiento antirretroviral y la lipodistrofia en el límite de la significación se han relacionado con la presencia de dislipemia, la hepatitis crónica es un factor protector.

Conclusiones. 1) Los pacientes VIH tienen una elevada prevalencia de dislipemia y de FRCV. 2) El tratamiento antirretroviral es un factor de riesgo de dislipemia. 3) La hepatitis crónica es un factor protector 4) El cálculo del RCV a través de las tablas Score y Regicor probablemente no sea adecuado en los pacientes VIH.

RV-2

ESTUDIO CORONARIO POR TAC MULTICORTE EN DIABÉTICOS CON ENFERMEDAD RENAL CRÓNICA

C. Huergo, C. Llapur, B. Pérez, J. González y Y. Otero

Servicio de Medicina Interna. Centro Internacional de Retinosis Pigmentaria "Camilo Cienfuegos".

Objetivos. 1) Cuantificar el número de placas de ateroma en las arterias coronarias. 2) Evaluar el Calcio score en dichas arterias. 3) Evaluar el número de estenosis coronarias significativas por pacien-

tes. 4. Correlacionar angina o sus equivalentes, electrocardiograma, rayos X de tórax, creatinina sérica y ecocardiograma con el estado coronario. 5. Correlacionar grado de retinopatía diabética con estenosis coronaria significativa.

Material y métodos. Se realizó un estudio descriptivo prospectivo en 5 pacientes que ingresaron en el servicio de retina con diferentes grados de retinopatía, más de 10 años de evolución, microalbuminuria, creatinina normal o ligeramente elevada y se evaluaron los siguientes parámetros: angina o sus equivalentes, rayos X de tórax, electrocardiograma, ecocardiograma, microalbuminuria, creatinina sérica. Se les realizó TAC multicorte coronarios haciéndoles Calcio score y coronariografía por medio de contraste. Se hizo reconstrucción de la imagen calcica, radiográfica, tridimensional y endoluminal. Resultados. No fue significativa la frecuencia de angina y sus equivalentes, ni específicos los rayos X de tórax, ni los electrocardiogramas, ni los ecocardiogramas. El TAC multicorte mostro un Calcio score que varió entre 300 y 2.826. Las estenosis coronarias significativas fluctuaron entre 2 y 3 arterias coronarias. Un paciente tenía stent y era permeable. La retinopatía diabética varió desde no proliferativa moderada hasta proliferativa ligera.

Discusión. Desde 1952 se reporta la asociación entre retinopatía diabética con microaneurisma y glomeruloesclerosis intercapilar difusa por Kimmestiel y Wilson con una clínica de ascitis e hipertensión arterial en diabéticos. En los últimos 20 años diversos estudios muestran la mortalidad en diabéticos con enfermedad renal crónica de hasta el 50% por eventos coronarios oclusivos. La presencia en diabéticos de larga fecha de neuropatía visceral explica la ausencia de síntomas. Sin embargo resulta alarmante la poca sensibilidad y especificidad de los estudios cardíacos frecuentes en la práctica médica con los hallazgos angiográficos coronarios encontrados en este estudio. Resalta la correlación entre retinopatía diabética no proliferativa moderada o mayor y la presencia de estenosis coronarias en dos o más arterias susceptibles de tratamiento intervencionista. Destacamos la importancia del TAC multicorte en la detección no invasiva de estenosis coronarias significativas asintomáticas, que a pesar de ser pocos casos recomendamos realizar estudios en todo paciente diabético con enfermedad renal crónica y retinopatía diabética no proliferativa moderada o mayor.

Conclusiones. 1) Existe una estrecha relación en diabéticos con enfermedad renal crónica entre la retinopatía diabética no proliferativa y la estenosis coronaria multivasos.

RV-3 DISFUNCIÓN RENAL MODERADA-SEVERA EN LA POBLACIÓN LABORAL ESPAÑOLA: SU RELACIÓN CON LOS FACTORES DE RIESGO CARDIOVASCULAR Y EL RIESGO CARDIOVASCULAR GLOBAL

M. Sánchez Chaparro, E. Calvo Bonacho, M. Cabrera Sierra, J. Sainz Gutiérrez, F. Sánchez Acosta, J. Sánchez Vicente, M. López Coronado y J. Román García

Mutua de Accidentes de Trabajo y Enfermedades Profesionales. Ibermutuamur. Madrid.

Objetivos. Analizar la prevalencia de disfunción renal moderada-severa (FG < 60 ml/min/1,73 m²) en presencia y ausencia de determinados parámetros de riesgo y en los diferentes estratos de riesgo cardiovascular (RCV).

Material y métodos. Del total de 831.674 reconocimientos realizados en Ibermutuamur entre 3/5/2004 y 31/12/2006, se incluyen 570.444 trabajadores que cumplían con los requisitos para valorar el riesgo cardiovascular y la función renal. El RCV se calculó mediante el modelo Score europeo para países de bajo riesgo. También se consideró como de alto riesgo a los que tenían un riesgo relativo superior a 4. Se siguió la definición de Síndrome Metabólico (SM) del ATP III, 2001. Para la estimación del filtrado glomerular (FG) se utilizó la fórmula abreviada del estudio Modified diet in Renal Disease (MDRD-4). **Resultados.** La prevalencia de FG < 60 ml/min/1,73 m² fue del 3,7%, mayor en la mujer (6,1%), que en los hombres (2,7%), aumentando con la edad. Su prevalencia (%) en presencia/ausencia de antecedentes de enfermedad vascular (EV) y factores de riesgo (FRV) fue: EV: 9,3/3,7; tabaquismo: 2,9/4,4; HTA: 9,6/3,4; Dislipemia: 4,7/2,6; Diabetes tipo 1: 5,0/3,7; Diabetes tipo 2: 6,4/3,6. La prevalencia en presencia/ausencia de parámetros de riesgo y SM (medidas antropométricas y bioquímicas): PA ≥ 140 mmHg o ≥ 90 mmHg;

5,0/3,4; IMC ≥ 30 kg/m²: 5,0/3,7; Glucemia ≥ 126 mg/dl: 5,8/3,7; Dislipemia: 4,7/2,6; SM: 7,3/4,2; y en los distintos estratos de RCV: Alto (7,7%); moderado (8,6%) y bajo (3,5%). La asociación con el RCV alto se confirma tras ajustar por edad, sexo, IMC, sector de actividad y área de mortalidad cardiovascular (OR 1,09 IC 95% 1,04-1,15).

Discusión. Este estudio permite establecer que alrededor del 4% de la población laboral española presenta disfunción renal moderada-severa (FG < 60 ml/min/1,73 m²), siendo la prevalencia mayor en las mujeres, en el sector Industria, seguido del sector Servicios, y en el área de mortalidad cardiovascular baja; incrementándose con la edad. La mayor prevalencia en mujeres ya ha sido descrita en un estudio poblacional de Coresh y col. Ajustados por edad, sexo, IMC, sector de actividad y área de mortalidad cardiovascular, el FG estimado < 60 ml/min/1,73 m², se asocia con riesgo cardiovascular alto. **Conclusiones.** La prevalencia de FG < 60 ml/min/1,73 m² es mayor en asociación a los FRV (excepto tabaquismo), SM y estratos de RCV alto y moderado. Su detección y tratamiento precoces en la población laboral pueden contribuir a disminuir su impacto.

RV-4 SEGURIDAD DE LAS HEPARINAS DE BAJO PESO MOLECULAR EN PACIENTES ANCIANOS CON DETERIORO DE LA FUNCIÓN RENAL

G. Pérez Vázquez¹, L. García Aragón¹, A. Fernández Alamán¹, E. Iglesias Quirós¹, A. Gascón Mariño², S. Zabala López¹, R. Dolz Aspas¹ y M. Díaz Hurtado³

¹Servicio de Medicina Interna, ²Servicio de Nefrología.

Hospital Obispo Polanco. Teruel. ³Servicio de Medicina Interna. Clínica Montserrat-Alianza M.L., S.A. Lleida.

Objetivos. Describir cuatro casos de hematoma de pared abdominal, secundario al uso de heparinas de bajo peso molecular (HBPM) en pacientes ancianos con insuficiencia renal, ingresados en nuestro hospital entre 2000-2006.

Material y métodos. En los cuatro pacientes se realizó estudio analítico y radiológico para confirmar el diagnóstico clínico, así como para su control posterior.

Resultados. Caso A: varón 74 años, con obesidad, hernia hiatal, EPOC e institucionalizado. Ingresó por trombosis venosa profunda confirmada con ecodoppler venoso iniciándose tratamiento con HBPM dosis anticoagulante. Analítica: urea 67 mg/dl, creatinina 1,6 mg/dl, Dímero D 1.721 y actividad de protrombina 84%. Al sexto día de tratamiento con HBPM se evidenció hematoma de pared abdominal que se confirma en TC, con evolución clínica favorable. Caso B: varón 75 años, con DM2 con nefropatía diabética en hemodiálisis, HTA, dislipemia y adenocarcinoma de próstata. Ingresó procedente de unidad de hemodiálisis por infección respiratoria. Analítica: urea 89 mg/dl, creatinina 4,7 mg/dl y TTPA alargado. Al segundo día de ingreso sufre episodio de SCASEST que requiere traslado a UCI y tratamiento anticoagulante con HBPM. A las 48 horas del inicio de HBPM sufre episodio de anemización aguda, que precisa transfusión, por hematoma de pared abdominal, confirmado ecográficamente. Evolución a éxitus por el proceso infeccioso. Caso C: Varón 82 años, con hipotiroidismo, EPOC, fibrilación auricular y anemia ferropénica. Ingresó por reagudización de su EPOC. Analítica: urea 92 mg/dl, creatinina 0,9 mg/dl y actividad de protrombina 87%. Debido a la fibrilación auricular se inicia tratamiento anticoagulante con HBPM con desarrollo de hematoma de pared abdominal al séptimo día de ingreso, que se confirma con estudio ecográfico y TC. Evolución a éxitus por coma hipericápico. Caso D: mujer 76 años, con HTA, hiperuricemia, hipotiroidismo primario, asma bronquial e insuficiencia renal crónica. Ingresó por infección respiratoria no neumónica. Analítica: urea 128 mg/dl, creatinina 1,5 mg/dl, sin otras alteraciones. Al segundo día de tratamiento con HBPM a dosis profiláctica, presenta episodio de anemización aguda, que precisa transfusión, secundaria a hematoma de pared abdominal, confirmado con estudio ecográfico, con empeoramiento de IRC (urea 287 mg/dl, creatinina 4,1 mg/dl), requiriendo tratamiento hemodializador, presentando episodio de síndrome coronario agudo con éxitus.

Discusión. Las HBPM han demostrado ser efectivas y seguras en el tratamiento y profilaxis de la ETEV. Debido a sus características farmacodinámicas producen una respuesta anticoagulante predecible, no requiriendo monitorización. Esta descrita la baja incidencia de hemorragias (4,6-9%), siendo severas en tratamientos prolongados. Se con-

sideran factores de riesgo el sexo femenino, la edad mayor 65 años, la presencia de insuficiencia renal (creatinina mayor 1,5 mg/dl, Clr menor 30 ml/min), la duración del tratamiento superior a 3 días y el uso concomitante de antiagregantes plaquetarios. En estos casos se recomienda ajustar dosis en función de la actividad del factor anti Xa. **Conclusiones.** Las HBPM presentan eliminación renal, y en pacientes con deterioro de la función renal (aclaramiento de creatinina inferior a 30 ml/min), por lo que en su empleo se han de valorar los factores de riesgo hemorrágico y realizar ajuste de dosis en función de los mismos, sobre todo en pacientes mayores de 65 años y con insuficiencia renal crónica.

RV-5

ESTUDIO DE LA PRESIÓN ARTERIAL DE 24 H EN PACIENTES CON ICTUS ISQUÉMICO VS HEMORRÁGICO

J. Rodríguez García, J. Gallardo Sancha, E. Botia

Paniagua y M. Villanueva Terrazas

Servicio de Medicina Interna. Hospital General La Mancha Centro. Alcázar de San Juan, Ciudad Real.

Objetivos. Se han analizado diferentes variables clínicas, en particular el comportamiento de la PA de 24 h, y de estudios complementarios (datos analíticos y ecocardiográficos) en una serie amplia de pacientes ingresados por ictus isquémico y hemorrágico en un período de cuatro años.

Material y métodos. Se estudió un total de 495 pacientes, 434 con ictus isquémico (ACV-i) y 61 con hemorragia cerebral (ACV-h). De los pacientes con ACV-i, 90 tenían un infarto total de la circulación anterior (ITCA), 99 un infarto parcial de la circulación anterior (IPCA), 73 un infarto de la circulación posterior (ICP) y 172 un infarto lacunar (IL). La valoración de la severidad neurológica del ictus se realizó mediante la escala de severidad clínica NIHSS. Se realizó un holter de PA de 24 h, determinaciones analíticas y un estudio ecocardiográfico en todos los pacientes. Para comparar los diferentes grupos se emplearon los estadísticos de la t de Student y ANOVA. **Resultados.** Las variables clínicas en pacientes con ACV-i vs ACV-h fueron las siguientes: edad (años) 72 ± 8 vs 71 ± 9 (n. S.), severidad del ictus (escala NIHSS) $8,27 \pm 6,9$ vs $10,0 \pm 6,7$ (0,06), PAS 24 h 138 ± 21 mmHg vs 148 ± 22 (0,002), PAD 24 h 72 ± 11 mmHg vs 81 ± 13 (0,000), FC 74 ± 13 vs 74 ± 15 lpm (n. S.). En los pacientes con ACV-i, los valores de PAS de 24 h por subgrupos fueron los siguientes: ITCA 149 ± 21 mmHg, IPCA 137 ± 21 mmHg, ICP 138 ± 22 mmHg, IL 134 ± 20 mmHg; los valores de PAD de 24 h: ITCA 74 ± 12 mmHg, IPCA 72 ± 11 mmHg, ICP 71 ± 12 mmHg, IL 71 ± 11 mmHg. Los valores NIHSS fueron los siguientes: ITCA $19,2 \pm 4,4$, IPCA $8,0 \pm 3,4$, ICP $6,3 \pm 6,2$, IL $3,6 \pm 1,7$. Los niveles de VSG, LDH y de colesterol total y triglicéridos séricos fueron significativamente más elevados en los pacientes con ACV-i. No se observaron diferencias en los datos ecocardiográficos entre pacientes con ictus isquémico y hemorrágico.

Discusión. Continúa existiendo controversia sobre el comportamiento de la presión arterial (PA) y el significado de su elevación en los pacientes con ictus, y la necesidad de su control en las primeras horas tras el evento, en gran medida por el hecho de tratarse de estudios basados en tomas aisladas (o clínicas) de la PA. En este sentido, existen pocos estudios sobre grupos amplios de pacientes con ictus estudiados con holter de PA de 24 h. En nuestra serie hemos observado como, globalmente, los pacientes con ACV hemorrágico presentan niveles superiores de PA respecto de aquéllos con infarto cerebral. Además, cuando se analiza a los pacientes con ictus isquémico se observa que la elevación de la presión arterial guarda relación con la severidad del accidente vascular cerebral. Estos datos apoyan que la elevación de la PA en el infarto cerebral es un mecanismo protector frente a la isquemia, y no requiere habitualmente tratamiento. En el ictus hemorrágico la elevación de la PA formaría parte de la patogenia del evento, y por tanto podría aconsejarse una política más liberal de tratamiento antihipertensivo.

Conclusiones. Globalmente, los pacientes con ictus hemorrágico presentan valores superiores de PA en las primeras horas tras el evento respecto a aquéllos con infarto cerebral. A su vez, en los pacientes con ictus isquémico, la severidad neurológica guarda relación con el grado de elevación de la presión arterial. Estos hallazgos sostienen que deban seguirse actitudes terapéuticas particulares en el manejo de la PA en función del tipo de accidente vascular cerebral.

RV-6

HIPERFILTRADO GLOMERULAR EN LA POBLACIÓN LABORAL ESPAÑOLA: DISTRIBUCIÓN GEOGRÁFICA, POR SECTORES DE ACTIVIDAD Y PERFIL DE RIESGO ASOCIADO

M. Sánchez Chaparro, A. Fernández Meseguer, C. Fernández Labandera, M. Ruiz Moraga, S. Morán Fernández, J. Reyes López, P. Murillo Martínez y A. González Quintela

Mutua de Accidentes de Trabajo y Enfermedades Profesionales. Ibermutuamur. Madrid.

Objetivos. Conocer la prevalencia del hiperfiltrado glomerular, su distribución geográfica y por sectores de actividad en la población laboral española.

Material y métodos. De los 831,674 reconocimientos realizados desde 3/5/2004 a 31/12/2006 en Ibermutuamur, en todas las delegaciones distribuidas en todas las CC.AA. del estado Español, se incluyeron 570,444 trabajadores que cumplían con los requisitos para valorar la función renal. Para la estimación del filtrado glomerular (FG) se utilizó la fórmula abreviada del estudio Modified Diet in Renal Disease (MDRD-4). Se definen Area de mortalidad cardiovascular (AMCV) Baja (B) ($< 175/100.000$ p. A): Aragón, Cantabria, Castilla-León, Cataluña, La Rioja, Comunidad de Madrid, Comunidad Foral de Navarra y País Vasco; AMCV Intermedia (I) ($175-200/100.000$ p. A.): Principado de Asturias, Extremadura, Castilla-La Mancha y Galicia; AMCV Alta (A) ($> 200/100.000$ p. A.): Andalucía, Islas Baleares, Canarias, Comunidad Valenciana y Región de Murcia. El riesgo cardiovascular (RCV) se calculó mediante el modelo Score europeo para países de bajo riesgo. Por la edad, mayoritariamente joven de la población laboral, también se consideró como de alto riesgo a los trabajadores que tenían un riesgo relativo > 4 .

Resultados. Un 0,76% de la población laboral española tiene un FG > 130 ml/min/1,73 m². Fue más prevalente en jóvenes, con una edad media de 29,0 años, en varones (0,87%) respecto de la mujeres (0,47%), en los sectores agrario (1,3%) y Construcción (1,1%) respecto de la Industria (0,64) o Servicios (0,61%); mayor en el AMCV (I): 1,0%, seguido del AMCV (A): 0,85% y (B): 0,58% y en sujetos de riesgo bajo (0,74), seguido de aquellos con riesgo alto (0,52%) y moderado (0,14%). Al ajustar por edad, sexo, IMC, sector de actividad laboral y AMCV, y tomando como referencia el FG normal ($90-130/130$ ml/min/1,73 m²), existe asociación entre el hiperfiltrado (FG > 130 ml/min/1,73 m²) y el RCV alto (OR 1,46 IC 95% 1,23-1,73).

Discusión. El hiperfiltrado glomerular (FG > 130 ml/min/1,73 m²) traduce una alteración de la función renal (hipertensión glomerular) que antecede a la aparición de la microalbuminuria en la diabetes y estados de resistencia a la insulina (obesidad, hipertensión y síndrome metabólico). Puede ser un marcador precoz de disfunción endotelial y alto riesgo, potencialmente reversible con la pérdida de peso. Según nuestros resultados, el hiperfiltrado, comparado con un filtrado glomerular normal ($90-129,9$ ml/min/1,73 m²), se asocia a riesgo cardiovascular alto, una vez ajustado por edad, sexo, IMC, sector de actividad y área de mortalidad cardiovascular.

Conclusiones. El conocimiento de la prevalencia de hiperfiltrado glomerular, su distribución geográfica y por sectores de actividad, contribuye al mapa de riesgo y a orientar estrategias preventivas en la población laboral española. Más de 150.000 trabajadores españoles se pueden beneficiar de la detección precoz de esta alteración funcional, potencialmente reversible mediante la modificación del estilo de vida.

RV-7

EL GEN DE LA PERILIPINA ¿CANDIDATO PARA DISEÑAR DIETAS PERSONALIZADAS?

P. Pérez Martínez¹, A. García Ríos¹, J. Delgado Lista¹, F. Fuentes¹, J. Ruano¹, J. Ordovás², F. Pérez Jiménez¹ y J. López Miranda¹

¹Unidad de Lípidos y Arteriosclerosis. Medicina Interna.

²Hospital Universitario Reina Sofía. Córdoba. ³Nutrition and Genomics Laboratory. USDA Human Nutrition Research Center on Aging at Tufts University, Boston, MA. USA

Objetivos. Dado que la relación entre lipemia alimentaria y enfermedad coronaria es un tópico de gran interés, por las evidencias epidemiológicas y experimentales que la apoyan, en los últimos años se

han estudiado la influencia de diferentes polimorfismos relacionados con el metabolismo postprandial. El gen de la perilipina (PLIN), proteína clave en el adipocito, juega un papel fundamental en el depósito y movilización de los triglicéridos (TGs), y recientemente se ha demostrado que ciertas variaciones genéticas en dicho gen se asocian a un menor riesgo de obesidad. Así nuestro objetivo fue determinar si la presencia de los polimorfismos (SNPs) en el locus de la PLIN: (PLIN1: 6209T > C, PLIN4: 11482G > A, PLIN5: 13041A > G, y PLIN6: 14995A > T) podrían influir en el metabolismo postprandial.

Material y métodos. 88 voluntarios normolipémicos, (37 T/T, 40 T/C y 11 C/C para PLIN1), (40 G/G, 41 G/A y 7 A/A para PLIN4), (38 A/A, 31A/G y 19 G/G para PLIN5) y (12 A/A, 39 A/T, y 37 T/T para PLIN6) recibieron una comida grasa (1 g/kg de peso corporal, 60.000 unidades de vitamina A por m² de superficie corporal y 7 mg de colesterol/kg de peso). Se realizaron extracciones en el tiempo 0 y cada hora hasta las 6 horas y otras dos últimas a las 8,5 y 11 horas, determinándose los niveles de colesterol total (CT) y TGs en plasma y TGs en las lipoproteínas ricas en triglicéridos (LRT) grandes y pequeñas.

Resultados. Los portadores del genotipo 1/1 (1 para el alelo mayoritario y 2 para el alelo minoritario) para PLIN1 y PLIN4 presentaron mayores concentraciones postprandiales de TGs vehiculizados en las LRT grandes (p = 0,024 y p = 0,015, respectivamente) y pequeñas (p = 0,020 y p = 0,008, respectivamente) que los portadores del alelo minoritario 2. Además, los sujetos 1/1 también presentaron mayores concentraciones de TGs plasmáticos en las horas 3,4 y 5 que los portadores del alelo 2 para dichos SNPs. El área bajo la curva para los TGs en las LRT grandes y pequeñas fue mayor en los 1/1 que en los portadores del alelo minoritario 2 para PLIN1 (p = 0,05 and p = 0,033) y PLIN4 (p = 0,05 and 0,036). No se objetivó ninguna asociación significativa para los SNPs PLIN5 y PLIN6.

Discusión. Nuestros datos, junto con evidencias previas, sugieren que los portadores del alelo minoritario 2 presentan una mayor actividad lipolítica adipocitaria, un contenido reducido de perilipina y una menor respuesta postprandial de TGs en las LRT grandes y pequeñas. Estos datos indican que el alelo minoritario 2 modula la expresión adipocitaria de PLIN, facilitando el aclaramiento de dichas partículas.

Conclusiones. La presencia del alelo minoritario 2 para PLIN1 y PLIN4 se asocia con una menor respuesta postprandial de los TGs en las LRT grandes y pequeñas, lo que unido al menor riesgo de obesidad descrito previamente, podría explicar el efecto protector atribuido a dicho alelo. Por tanto el gen de la PLIN es un buen candidato a tener en cuenta para el diseño de las dietas personalizadas.

RV-8

FACTORES PREDICTORES DE PATRÓN DE PRESIÓN ARTERIAL NO REDUCTOR EN EL SÍNDROME CORONARIO AGUDO

A. Zamora Cervantes, G. Vázquez Oliva, G. Paluzie Ávila, M. Crespo Planas, A. Gibert Rabassa, M. Vilaseca Corbera, A. García Flores y A. Rivera Austri

Servicio de Medicina Interna. Cardiología. Hospital Comarcal de Blanes. Blanes, Girona.

Objetivos. Definir factores predictores de patrón de presión arterial (PA) no reductor mediante holter de PA de 24 horas en pacientes ingresados con Síndrome Coronario Agudo (SCA) Establecer determinantes clínicos y analíticos de patrón de PA no reductor persistente en fase estable tras un SCA.

Material y métodos. Se reclutaron 50 pacientes con una media de edad de 73,6 ± 11 ingresados de forma consecutiva con el diagnóstico de SCA. Se recogieron los antecedentes clínicos, tratamiento médico administrado, analítica general, presencia de síndrome metabólico (según definición ATP-III), proteína C-reactiva, fibrinogeno y microalbuminuria. Se practica un primer Holter de PA de 24 horas (MAPA) durante el ingreso por SCA, sin medicación endovenosa y una vez iniciado deambulación y un segundo MAPA de 24 horas de forma ambulatoria a los 3 meses del evento. Acontecimientos de interés: Éxito (general o cardiovascular) y/o ingreso de causa cardiovascular (SCA, revascularización miocárdica, insuficiencia cardíaca o accidente cerebro-vascular).

Resultados. El 46,8% de los pacientes presentaron en el MAPA realizado durante el ingreso por SCA, un patrón circadiano de PA tipo riser, el 44,7% tipo no-dipper y el 8,5% tipo dipper. La presencia de

síndrome metabólico fue la única variable que se asoció de forma independiente (p = 0,02) con al presencia de un patrón no reductor de PA durante el SCA. En el MAPA de seguimiento el 60% de pacientes mantiene un patrón de PA no reductor. La presencia de síndrome metabólico (p: 0,002) y los valores de HbA1c (p: 0,03) se asociaron con la persistencia de patrón de PA no reductor en fase ambulatoria. **Discusión.** La presencia de síndrome metabólico puede ser un marcador clínico de la presencia de un patrón de PA no reductor en holter de PA de 24 horas en pacientes con SCA y en pacientes con enfermedad coronaria establecida. Estos datos apuntarían al posible efecto regulador del metabolismo hidrocarbonado y la resistencia a la insulina en la variabilidad circadiana de la PA en el contexto de enfermedad arteriosclerótica. Teóricamente el abordaje cronoterapéutico de pacientes con SCA y patrón de PA no reductor puede mejorar el pronóstico cardiovascular de estos pacientes.

Conclusiones. La presencia de síndrome metabólico se comportan como marcador de ausencia de descenso de PA en el período de descanso en pacientes ingresados con SCA. Las alteraciones del metabolismo hidrocarbonado y el síndrome metabólico se asocian a patrón de PA no reductor persistente en pacientes que han tenido un evento coronario.

RV-9

PREVALENCIA Y DETERMINANTES DE LA ARTERIOSCLEROSIS SUBCLÍNICA CAROTÍDEA EN PACIENTES CON ARTRITIS REUMATOIDE

A. López de Guzmán¹, J. García Díaz¹, M. Díez-Pérez de las Vacas², J. Hernández Rey¹, A. Culebras¹, G. Marabé Carretero¹ y E. Cuende³

¹Servicio de Medicina Interna, ²Servicio de Radiología, ³Servicio de Reumatología. Hospital Universitario Príncipe de Asturias. Alcalá de Henares, Madrid.

Objetivos. En la artritis reumatoide (AR) existe un incremento de la morbimortalidad cardiovascular, que se ha relacionado con la inflamación sistémica. Nuestro objetivo fue cuantificar la arteriosclerosis subclínica carotídea en pacientes con AR y su relación con las características de la enfermedad.

Material y métodos. Se estudiaron 73 pacientes con AR y 73 controles con artrosis, emparejados por edad y sexo, todos ellos sin historia de enfermedad vascular. Se midió su grosor íntima-media (GIM) carotídeo y la presencia de placas de ateroma mediante ecografía. Se analizó la relación de los hallazgos ecográficos con los factores de riesgo vascular, las características de la enfermedad y los parámetros analíticos inflamatorios.

Resultados. Los controles presentaban mayor índice de masa corporal (IMC) (media de 29,0 frente a 27,3, p = 0,04) y una tendencia a mayor perímetro de cintura (media de 101,2 frente a 97,6 cm, p = 0,10). También fue más frecuente en ellos la dislipemia (25% frente a 9%, p = 0,002). No se encontraron diferencias significativas entre ambos grupos en el resto de los factores de riesgo o en los valores del GIM. La edad (p = 0,001), el sexo femenino (p = 0,02), el IMC (p = 0,002), el perímetro abdominal (p = 0,001) y la hipertensión arterial (p = 0,005) se relacionaron con el GIM. El tiempo desde el diagnóstico fue la única característica de la AR que se relacionó con el GIM.

Conclusiones. No se ha encontrado una frecuencia aumentada de ateromatosis subclínica carotídea en los pacientes con AR, por lo que el efecto de los mecanismos inflamatorios puede haberse diluido por el atribuible a los factores de riesgo vascular clásicos.

RV-10

DETECCIÓN DE ARTERIOPATÍA PERIFÉRICA SUBCLÍNICA MEDIANTE EL ÍNDICE TOBILLO-BRAZO EN PACIENTES CON ARTRITIS REUMATOIDE

J. García Díaz¹, A. López de Guzmán¹, M. Díez-Pérez de las Vacas², A. Culebras¹, G. Marabé Carretero¹, J. Hernández Rey¹ y A. Sánchez Atrio³

¹Servicio de Medicina Interna, ²Servicio de Radiología, ³Servicio de Reumatología. Hospital Universitario Príncipe de Asturias. Alcalá de Henares, Madrid.

Objetivos. La artritis reumatoide (AR) es una enfermedad sistémica inflamatoria caracterizada por una alta mortalidad cardiovascular

(CV), probablemente por un mecanismo inflamatorio. Existen evidencias que la enfermedad arterial periférica es un predictor de enfermedad aterosclerótica carotídea y coronaria. A su vez, el Índice tobillo-brazo (ITB) es considerado como el método diagnóstico no invasivo de elección de enfermedad arterial periférica (EAP) subclínica. Nuestro objetivo es identificar arteriosclerosis subclínica periférica en pacientes con AR, analizando su relación con las características de la enfermedad.

Material y métodos. Se incluyeron 73 pacientes con AR y 73 pacientes con artrosis como grupo control. Ambos grupos se emparejaron por edad y sexo según un diseño observacional transversal. Ambos grupos carecían de eventos clínicos CV previos. El ITB fue medido en las arterias tibial posterior y pedía, y se escogieron sus valores menor y medio. Se analizó su relación con las características de la AR, factores de riesgo y marcadores inflamatorios.

Resultados. Los pacientes con AR tuvieron valores más bajos del ITB menor ($p = 0,001$) y medio ($p = 0,003$) que el grupo control. Además, mostraron mayor tendencia a presentar obstrucción periférica subclínica ($ITB \leq 0,9$). La edad y el sexo femenino fueron los que más se relacionaron con el ITB menor ($p = 0,003$ y $0,009$ respectivamente). Entre los pacientes con AR, sólo el tratamiento con metotrexate se relacionó con valores de ITB menores.

Conclusiones. Los pacientes con AR presentan mayor aterosclerosis subclínica periférica y se relaciona con el tratamiento con metotrexate.

RV-11 CARACTERÍSTICAS ELECTROCARDIOGRÁFICAS, VALORES DE BNP Y CALCIFICACIÓN CORONARIA POR TC EN PACIENTES CON ARTRITIS REUMATOIDE

A. López de Guzmán¹, J. García Díaz¹, M. Díez-Pérez de las Vacas², G. Marabé Carretero¹, A. Culebras¹, J. Hernández Rey¹ y A. Pérez Gómez³

¹Servicio de Medicina Interna, ²Servicio de Radiología, ³Servicio de Reumatología. Hospital Universitario Príncipe de Asturias. Alcalá de Henares, Madrid.

Objetivos. La artritis reumatoide (AR) es una enfermedad sistémica inflamatoria caracterizada por una alta mortalidad cardiovascular (CV), probablemente por un mecanismo inflamatorio. Existen evidencias que la calcificación coronaria detectada por tomografía computarizada (TC) multicorte y el alargamiento de intervalo QT en el electrocardiograma (ECG) son predictores de mayor riesgo de enfermedad coronaria. Nuestro objetivo es identificar arteriosclerosis subclínica coronaria en pacientes con AR, analizando su relación con las características de la enfermedad.

Material y métodos. Se incluyeron 73 pacientes con AR y 73 pacientes con artrosis como grupo control. Ambos grupos se emparejaron por edad y sexo según un diseño observacional transversal. Ambos grupos carecían de eventos clínicos CV previos. Se realizó un ECG, se midió el score de calcio coronario por TC y niveles de péptido natriurético ventricular (proBNP). Se analizó su relación con las características de la AR, factores de riesgo y marcadores inflamatorios.

Resultados. La mayoría de los pacientes no mostraron calcificación coronaria. En cambio, los pacientes con AR mostraron en mayor proporción valores de calcio indicativos de enfermedad coronaria subclínica (score > 100). El tiempo de evolución ($p = 0,008$), el tratamiento con esteroides ($p = 0,010$) y metotrexate ($p = 0,049$) fueron las características de la enfermedad que se relacionaron con valores de calcio coronario más altos. A su vez, el alargamiento del QT ($p = 0,001$) y cualquier alteración ECG ($p = 0,023$) fueron más prevalentes en la AR. Los pacientes con signos ECG de infarto antiguo mostraron valores de calcio coronario patológicos ($p < 0,001$). Los niveles de proBNP fueron también mayores en la AR ($p = 0,002$).

Conclusiones. La prevalencia de calcificación coronaria por TC y el alargamiento del QT está aumentada en pacientes con AR y se relaciona con la duración de la enfermedad y con el tratamiento con metotrexate y esteroides.

RV-12

RELACION ENTRE ÍNDICE TOBILLO-BRAZO (ITB) SUPERIOR A 1,4 Y RIESGO CARDIOVASCULAR MEDIDO POR LA ESCALA DE FRAMINGHAM AJUSTADA PARA LA POBLACIÓN ESPAÑOLA

M. Budiño Sánchez¹, D. Sánchez Fuentes¹, J. Barragán Casas¹, L. Manzano Espinosa², C. Suárez Fernández³ y J. Mostaza Prieto⁴

¹Servicio de Medicina Interna. Hospital Nuestra Señora de Sonsoles. Ávila. ²Servicio de Medicina Interna. Hospital Ramón y Cajal. Madrid. ³Servicio de Medicina Interna. Hospital Universitario de la Princesa. Madrid. ⁴Servicio de Medicina Interna. Hospital Carlos III. Madrid.

Objetivos. Analizar las características clínicas de los pacientes con índice tobillo- brazo (ITB) superior a 1,4 y su relación con la escala de Riesgo Cardiovascular de Framingham ajustada para la población española.

Material y métodos. Se analizaron los pacientes de nuestro centro y de los estudios VITAMIN y MERITO. En pacientes de nuestro hospital se realiza para valorar relación de ITB y riesgo cardiovascular en población mayor de 50 años sin eventos vasculares previos. El estudio VITAMIN se realizó para valorar la relación entre el ITB y el riesgo vascular en población mayor de 45 años sin eventos cardiovasculares previos. El estudio MERITO valoraba la relación entre ITB y riesgo vascular en pacientes entre 50 y 80 años de edad que presentaban diabetes mellitus o SCORE > 3% sin eventos cardiovasculares previos. Se presentan las características generales de la muestra y la relación del ITB con la escala de riesgo cardiovascular de Framingham ajustada para la población española.

Resultados. Total pacientes: 2.100. Pacientes con ITB > 1,4 = 95 (4,52%). Media de edad 69 ± 9 años. Varones 62 (65,3%) y mujeres 33 (34,7%). Pacientes diabéticos: 53 (55,8%). Los síntomas de claudicación típica se presentaron en 7 (7,4%), como claudicación atípica 6 (6,3%) y sin síntomas de claudicación 82 (86,3%). La relación del riesgo de la escala de Framingham en esta población es la siguiente: Riesgo bajo (< 5%): 16 (16,8%); Riesgo ligero (5-9%): 51 (53,7%); Riesgo moderado (10-19%): 24 (25,3%); Riesgo alto (20-39%): 3 (3,1%); Riesgo muy alto (> 40%): 1 (1,1%)

Discusión. Llama la atención que aunque recientes estudios sugieren que individuos con ITB > 1,4 tienen un riesgo de mortalidad cardiovascular equiparable a la de aquellos con un ITB < 0,9, en nuestro estudio se observa una alta prevalencia de pacientes catalogados como de bajo riesgo vascular.

Conclusiones. La prevalencia de ITB > 1,4 en las poblaciones descritas es del 4,52%. Predomina en varones en una relación 3: 1. El 55% son diabéticos. El 89% de la población con ITB > 1,4 tenían un riesgo cardiovascular ligero o moderado por la escala de Framingham.

RV-13

PREVENCIÓN SECUNDARIA EN ENFERMEDAD CARDIOVASCULAR

E. Ferrer Cobo, M. Vila Vall-Ilobera, E. Sánchez Pujol y E. Llargués Rocabruna

Unitat de Risc Cardiovascular - Servei de Medicina Interna. Hospital General de Granollers. Granollers, Barcelona.

Objetivos. Analizar el grado de control de los principales factores de riesgo cardiovascular (FRCV) en pacientes con enfermedad cardiovascular según la manifestación inicial y sexo. Determinar si existen diferencias en la prescripción de tratamiento farmacológico según sexo.

Material y métodos. Estudio descriptivo, retrospectivo. Se analizaron los pacientes controlados en la Unidad de Riesgo Vascular de un Hospital Comarcal con antecedente de enfermedad cardiovascular (Enfermedad cerebrovascular -ECV o Cardiopatía isquémica -CI). Se excluyeron los pacientes que habían presentado tanto eventos cardíacos como cerebrales. Se revisaron los datos registrados en el programa VisualCor de los pacientes visitados en el último año (1/06/2006 a 31/05/2007). Se recogieron datos demográficos de los pacientes, manifestación de debut de la enfermedad cardiovascular, factores de riesgo, tratamiento farmacológico y control de los principales FRCV.

Tabla 1. Control de los factores de riesgo (RV-13).

	CI-V	CI-M	p	ECV-V	ECV-M	p
Tabaquismo	78,4%	19,6%	< 0,0001	65,8%	16,7%	< 0,0001
Fumadores activos	12,4%	4,3%	NS	15,8%	11,1%	NS
Obesidad	48,5%	56,5%	NS	31,6%	44,4%	NS
Diagnóstico HTA	63,9%	80,4%	0,07	86,8%	91,7%	NS
TAS < 140 y TAD < 90	50%	45,9%	NS	45,4%	33,3%	NS
Diagnóstico DM2	78,4%	71,7%	NS	71,1%	44,4%	< 0,05
HbA1c < 8%	69,7%	39,4%	< 0,01	81,5%	62,5%	NS
Diagnóstico DLP	91,7%	78,3%	< 0,05	73,7%	64,3%	NS
LDL < 100 mg/dl	64%	63,9%	NS	58,3%	23,8%	< 0,01

Resultados. Se incluyeron en el análisis 217 pacientes. Presentaban antecedente de CI 143 pacientes (67,8% varones) con edad media de 62,6 ± 9,8 años los varones y 66,6 ± 9,9 las mujeres. Tenían antecedente de ECV 74 pacientes (51,4% varones) con edad de 66,2 ± 9,2 años los varones y 67,9 ± 9,1 las mujeres. Los datos referentes a tabaquismo, obesidad, hipertensión arterial (HTA), diabetes mellitus 2 (DM2) y dislipemia (DLP) se recogen en la tabla adjunta. Recibían tratamiento con hipolipemiantes el 91% de los varones y el 75% de las mujeres con antecedente de CI (p < 0,05) y el 86,1% de los varones y el 54,5% de mujeres con antecedente de ECV (p < 0,01). El 95,6% de varones y el 83,7% de mujeres con antecedente de CI recibían tratamiento con antiagregantes o dicumarínicos (p < 0,05). En pacientes con antecedente de ECV, seguían estos tratamientos el 94,4% de varones y el 88,2% de mujeres (p = NS). **Conclusiones.** El control la HTA, DL, HTA y obesidad en pacientes en prevención secundaria es bajo. Las mujeres con CI y diabetes, y las mujeres con ECV e HTA o DL presentan un peor control de los FRCV que los hombres. Las mujeres también reciben menos tratamiento hipolipemiente y antiagregante que los varones.

**RV-14
HOSPITALIZACIÓN POR ICTUS. ANÁLISIS DESCRIPTIVO DE 5 AÑOS DE EXPERIENCIA**

J. Castiella Herrero, F. Sanjuán Portugal, L. Sánchez Muñoz, J. Naya Manchado y J. Lajusticia Aisa
Unidad de Medicina. Fundación Hospital Calahorra. Calahorra, La Rioja.

Objetivos. La Unidad de Medicina de la Fundación Hospital Calahorra da cobertura sanitaria especializada a casi 61.000 personas mayores de 14 años de la comarca de La Rioja Baja (Censo INE 2004). El Ictus es un motivo de ingreso cada vez más frecuente en nuestra Unidad de Hospitalización, situándose entre las 3 primeras causas de ingreso.

Objetivos. Conocer los indicadores de hospitalización más relevantes de los pacientes dados de alta con el diagnóstico Ictus (isquémico, hemorrágico o transitorio) entre los años 2001 a 2005.

Material y métodos. Se realiza un análisis de 6.221 pacientes dados de alta de la Unidad de Hospitalización de Medicina entre 2001-05, utilizando los datos procedentes de CMBD (codificación del 100%), según los códigos de la Clasificación Internacional de Enfermedad, 9ª Revisión, Modificación Clínica de la OMS (ICD-9-CM). Se analizan los códigos diagnósticos 431; 432,9; 433.00-01-10-11-20-21-30-31-80-81-90-91; 434.00-01-10-11-90-91; 435,0-1-2-3-8-9; 436 y 437,0-1-7-8-9, agrupados en los GRDs 014, 015, 532, 533 y 810, correspondientes a la CDM 01.

Resultados. 777 pacientes (52,3% hombres) dados de alta por Ictus (12,5% del total). La edad media fue 75,1 años (73,5 en hombres y 76,8 en mujeres, p = 0,005). La estancia media fue de 7 días y la

mortalidad bruta del 11,2% (11,3% en hombres y 11,1% en mujeres; p = NS). El 86,2% fueron ictus isquémicos y el 13,8% hemorrágicos. La fibrilación o el flutter auricular estaban presentes en el 28,4%. El 96,6% (751) tenían el TC craneal realizado en el momento del ingreso. El mayor número de ingresos se produjo en primavera (224) con diferencias con respecto al resto de estaciones: invierno (182), verano (181) y otoño (190). Los datos por tipo de ictus se pueden ver en la tabla 1.

Conclusiones. En nuestra Unidad, el ictus es la segunda causa de ingreso hospitalario (después de la EPOC reagudizada). Son personas de edad avanzada, especialmente las mujeres. Dos de cada 3 son ictus establecidos y uno de cada 5 son AIT. La mortalidad es ligeramente superior al 10%, si bien uno de cada 3 hemorragias cerebrales fallecen. Casi todos los pacientes tienen realizados el TC craneal antes del ingreso

**RV-15
REDUCCIÓN DE LOS NIVELES DE ANTICUERPOS A PROTEÍNAS DE CHOQUE TÉRMICO MEDIANTE TRATAMIENTO CON ESTATINAS EN SUJETOS DISLIPÉMICOS**

M. Guisasaola

Unidad de Medicina y Cirugía Experimental. Hospital General Universitario Gregorio Marañón. Madrid.

Objetivos. La aterosclerosis es una enfermedad en cuya patogenia participan mecanismos inflamatorios e inmunológicos, incluyendo una reacción autoinmune contra las proteínas de choque térmico (heat shock proteins, Hsps). El objetivo de este estudio fue analizar si el tratamiento con estatinas modifica los niveles de anticuerpos antiHSP70 y antiHSP60, previamente relacionados con la enfermedad vascular.

Material y métodos. Se estudiaron 198 sujetos de entre 40-60 años, seleccionados de forma aleatoria para un estudio epidemiológico sobre la incidencia de factores de riesgo vascular: 92 mujeres (edad 49,01 ± 6,5) y 106 varones (edad 48,05 ± 6,8). A todos los participantes, se les realizó un perfil lipídico completo tras 12 horas de ayuno, que comprendía colesterol total, triglicéridos (TG), HDL-colesterol, LDL-colesterol y cuantificación de glucosa por métodos enzimáticos convencionales. La proteína-C-reactiva (PCR), y los títulos de anticuerpos (Abs) antiHSP70 y antiHSP60, se cuantificaron mediante técnica de ELISA. Análisis estadístico: las medias de las variables, se compararon con el test no paramétrico de Mann-Whitney para 2 muestras independientes. Nivel de significación estadística elegido, p < 0,05. El análisis estadístico se realizó con el programa SPSS 12.0 para Windows.

Resultados. 1) Los sujetos con hipercolesterolemia (mayor de 200 mg/dl, o LDL-colesterol mayor de 135 mg/dl) presentaron títulos de anticuerpos HSP70 mayores (472,27 ± 27,38 microg/ml) que los sujetos con valores de colesterol normal (431,16 ± 30,05 microg/ml). 2) Los pacientes tratados con 10 mg diarios de Sim-

Tabla 1. Control de los factores de riesgo (RV-14).

	N (%)	% de mujeres	Edad media (años)	Estancia media (días)	Éxito (%)
Ictus establecido	515 (66,3)	50,9	75,8	7,8	9,5
AIT	155 (20)	43,2	73,2	3,9	0
Hemorrágico	107 (13,7)	39,2	74,2	7,8	35,5
Total	777	47,7	75,1	7	11,2

vastatina presentaron una reducción significativa de sus niveles de Abs HSP70 circulantes ($p = 0,011$), y una reducción biológicamente relevante pero sin significación estadística de Abs HSP60 ($63,42 \pm 4,44$ vs $54,19 \pm 7,44$ microg/ml). 3) El tratamiento con estatinas produjo una reducción del 11,63% y del 15,3% del colesterol total y del colesterol LDL, respectivamente ($p = 0,005$ y $p = 0,017$). 4) Los pacientes bajo tratamiento con 10 mg/d de Simvastatina muestran los valores más altos de glucemia y de PCR, probablemente porque acumulan varios factores de riesgo vascular.

Discusión. La aterosclerosis es una enfermedad crónica inflamatoria y autoinmune, caracterizada por una alteración del metabolismo de las lipoproteínas que conduce a la formación de lípidos pro-inflamatorios y pro. Oxidativos, y una respuesta inmune tanto innata como adaptativa. Los principales antígenos identificados en la aterosclerosis son: LDL-oxidadas, HSPs y la b2 Glicoproteína 1 (b2GP1). Anticuerpos (Abs) antiHSP70 y antiHSP60, han sido previamente relacionados con factores de riesgo coronario, aumento del riesgo de desarrollar enfermedad vascular, y punto final en pacientes con enfermedad establecida. Diversos estudios han demostrado que las estatinas no sólo reducen los niveles de colesterol sino que poseen propiedades antiinflamatorias, disminuyendo el número de células inflamatorias y la expresión de citoquinas por las células de la placa (Sikhova GK y cols, 2002; Shimizu K et al, 2003), y antioxidantes (Wassmann S y cols, 2002), así como un efecto directo inmunomodulador (Wan MX y cols, 2003).

Conclusiones. Dado que el tratamiento con estatinas reduce no sólo el perfil lipídico, sino también los niveles de Abs HSP70 y HSP60 circulantes sin modificar los valores de la PCR, se sugiere que dicho efecto no puede ser plenamente explicado por sus propiedades antiinflamatorias. Podría estar en relación con sus propiedades inmunomoduladoras directas, quizá a través de sus efectos sobre la función linfocitaria: las estatinas pueden interactuar directamente con el antígeno linfocitario asociado a función (lymphocyte function-associated antigen, LFA-1) y prevenir su unión con el receptor de la ICAM-1 en las células T. Estudio financiado por la Fundación Mutua Madrleña.

RV-16 ESTUDIO TRANSVERSAL DE LOS FACTORES DE RIESGO CARDIOVASCULAR EN UNA CONSULTA MONOGRÁFICA DE ENFERMEDAD ARTERIAL PERIFÉRICA

F. Martínez Peñalver¹, I. Pérez Camacho², R. Domínguez Álvarez¹, R. Aguilar Velasco¹, J. De la Vega Sánchez¹, M. Rico Corral¹, A. De la Cuesta Díaz³ y R. Pérez Cano¹

¹Servicio de Medicina Interna B, ²Servicio de Rehabilitación, ³Servicio de Cirugía General. Hospital Virgen Macarena. Sevilla.

Objetivos. Describir los distintos factores de riesgo y su distribución en una población de pacientes con Arteriopatía Periférica diagnóstica evaluando futuras modificaciones terapéuticas a aplicar en la misma. Definir las características más significativas de dicha población y examinar, aunque sea de manera retrospectiva, la utilidad de determinadas medidas de prevención.

Material y métodos. Hemos realizado un seguimiento a nuestros 298 pacientes con Arteriopatía Periférica en la Consulta Monográfica del Hospital de San Lázaro de Sevilla, donde fueron revisados por un internista, un cirujano general, una rehabilitadora y residentes de Medicina Interna. Los datos fueron tomados de las historias clínicas y de las distintas revisiones a las que los pacientes fueron sometidos. Se realizaron consultas de seguimiento a estos pacientes entre los meses de enero de 2006 y marzo de 2007 con un mínimo de tres consultas por enfermo. El análisis estadístico de los datos se llevó a cabo con el paquete estadístico SPSS v 14.0.

Resultados. La edad media poblacional fue de 71,5 años, con un 75,7% de hombres y un 25,3% de mujeres. Los factores de riesgo cardiovascular más prevalentes fueron el tabaquismo (69,9%), la hipertensión arterial (60,6%), la Diabetes Mellitus (78,7%) y la dislipemia (50,6%). En su primera visita el 72% de los pacientes ya estaban diagnosticados de Enfermedad Arterial Periférica. En dicha primera visita, se observó entre los actos quirúrgicos previos de estos pacientes que un 23,7% había sufrido al menos la amputación de un dedo, un 30,9% una amputación supracondílea unilateral y un 4,8% una amputación supracondílea bilateral.

Discusión. El estudio INTERHART es uno de los trabajos más recientes y amplios que establecen la participación de los diferentes

factores de riesgo vascular conocidos. En dicho estudio se demuestra a nivel mundial que más del 90% del riesgo vascular atribuible poblacional se explica por nueve factores: Dislipemia, tabaquismo, hipertensión arterial, diabetes, obesidad abdominal, bajo consumo de frutas y vegetales, consumo de alcohol y escasez de ejercicio físico. Los factores principalmente implicados en que el diagnóstico de la arteriopatía periférica sea cada vez más frecuente son la aplicación de nuevas medidas diagnósticas (ITB, grosor íntima-media,...), la creciente longevidad de la población, y el incompleto control de los factores previamente mencionados. En cuanto a las nuevas tecnologías en el diagnóstico de la Arteriopatía Periférica la determinación que realizamos del Grosor íntima-media parece presentar prometedores resultados. Esta circunstancia se da con el ITB, si bien el tiempo necesario para un investigador no entrenado hace que sea una técnica muy poco practicada en todos los ámbitos. Todo esto nos debe llevar tanto en Atención Primaria como en Unidades Especializadas, a extremar las medidas de control haciendo hincapié en la coordinación entre los diferentes niveles asistenciales, con el fin de acercarnos a un objetivo aún lejano.

RV-17 ENCUESTA SOBRE UNA ALIMENTACIÓN SANA EN EL ÁREA DE SALUD DE CÁCERES

M. Martín Martín, N. Pacheco Gómez, J. Luengo Álvarez, L. Vicente Domínguez, F. Álvarez García, P. Barquilla Cordero, J. Sánchez Muñoz-Torrero y A. Costo Campoamor

Servicio de Medicina Interna. Hospital San Pedro de Alcantara. Cáceres.

Objetivos. Evaluar los patrones de alimentación de la población en general del área de salud de Cáceres, para saber si nos alejamos o no de las directrices de la dieta mediterránea. Comparar los hábitos de alimentación de la población sana frente a los pacientes de alto riesgo vascular (ARV)

Material y métodos. Se realizó un estudio descriptivo observacional. La muestra seleccionada fue de 388 individuos, dividida en 187 Casos (pacientes de la consulta de Alto riesgo Vascular) y 201 Controles (población sana del área de salud de Cáceres). Para la obtención de la información se utilizó la encuesta de alimentación recomendada por la Sociedad Española de Arteriosclerosis (14 ítems) y se añadieron datos sobre, edad, peso, talla, medio del que provienen, nivel académico junto con valores de TA, glucosa, colesterol y triglicéridos. El estudio estadístico se realizó mediante el sistema informático de SPSS 14,0

Resultados. La edad media del grupo de los sanos fue de 42,62 años frente a 58,33 años de los del grupo de ARV. En le referente a la distribución por sexos obtuvimos un predominio de mujeres en el grupo control (59,2%), al contrario que en el grupo de casos, con un 59,9% de varones. Vivían en medio rural el 39,9% de los controles frente al 47,1% de los casos. Encontramos diferencias estadísticamente significativas a favor del grupo de los sanos ($p < 0,0001$) tanto en el IMC (25,8 vs 30,3), como en TAS (131,6 vs 153,98 mmHg), Glucemia (93,53 vs 111,69 mg/dl) y TG (93 vs 154,41 mg/dl). Con respecto al consumo de alimentos, las recomendaciones dietéticas que más siguen ambos grupos son: consumo diario de aceite de oliva (93% vs 95%), de fruta (70% vs 83%), así como evitar bebidas alcohólicas (70% vs 83%). Tanto los pacientes de ARV como los sanos, presentaron un consumo deficiente de cereales integrales (aproximadamente 25%), frutos secos (30%) y hortalizas (50%). Encontramos diferencias estadísticamente significativas ($p < 0,05$) a favor del grupo de ARV en lo referente al consumo de frutas (82% vs 69%), ingesta de pescado superior a 3 veces por semana (70% vs 49%) y evitar el consumo de carnes rojas y embutidos (70% vs 41%), bebidas alcohólicas (89% vs 73%), bollería industrial (82% vs 51%) y refrescos (71% vs 35%). En cuanto al seguimiento de las recomendaciones dietéticas, los pacientes de la consulta de ARV siguen el 69% de éstas, frente al 54,6% de la población sana, con una diferencia estadísticamente significativa ($p < 0,001$).

Discusión. Los resultados de este trabajo coinciden con los diferentes estudios al demostrar que el patrón alimentario de nuestros encuestados se aleja del modelo de dieta mediterránea tradicional. Destaca un consumo insuficiente de hortalizas y verduras, productos lácteos desnatados, cereales integrales y frutos secos en ambos grupos. El con-

sumo adecuado de aceite de oliva, frutas, legumbres y pescado por parte de los pacientes de la consulta de ARV es similar a los datos arrojados por estudios previos, y aún siendo superior a la población sana, sigue resultando insuficiente para un adecuado control de sus factores de riesgo cardiovascular. De esto se deduce que son necesarias estrategias educativas sobre la necesidad de adoptar hábitos alimentarios correctos tomando como modelo la dieta mediterránea.

Conclusiones. La población sana del área de salud de Cáceres sólo sigue el 50% de las recomendaciones de una alimentación saludable. Al comparar ambos grupos observamos que los pacientes de ARV siguen una alimentación más adecuada pero insuficiente. El resultado de nuestro estudio junto con otros de similares características ponen de manifiesto que nos alejamos progresivamente del papel protector de la dieta mediterránea, por lo que deberíamos instaurar programas de información dirigidos a la población general con la finalidad de modificar los hábitos de alimentación y reconducirnos paulatinamente hacia hábitos de vida más saludables. Son necesarias estrategias educativas para sensibilizar a los pacientes de la necesidad de adoptar hábitos alimentarios correctos tomando como modelo la dieta mediterránea.

**RV-18
EVALUACIÓN RETROSPECTIVA DE LA FUNCIÓN RENAL EN LOS PACIENTES SOMETIDOS A CATETERISMO CARDÍACO DURANTE EL AÑO 2006 EN EL HUIGC
E. Bosch Benítez-Parodi¹, M. Glucksmann¹, A. Ramírez Puga¹, R. Guerra Rodríguez¹, C. Culebras Cáceres², R. Chirino³ y M. Checa Andrés¹**

¹Servicio de Nefrología, ²Servicio de Cardiología. Hospital Universitario Insular de Gran Canaria. Las Palmas de Gran Canaria. ³Unidad de Fisiología. Hospital Universitario Materno-Infantil de Canarias. Las Palmas de Gran Canaria.

Objetivos. Determinar la prevalencia de nefropatía por contraste y los factores de riesgo asociados al desarrollo de la misma, así como la insuficiencia renal oculta en los pacientes sometidos a cateterismo cardíaco. **Material y métodos.** Se analizó de forma retrospectiva la función renal pre y post cateterismo así como la prevalencia de los factores de riesgo cardiovascular en un total de 198 pacientes. Los factores de riesgo analizados fueron: HTA, Diabetes, dislipemia y tabaquismo, determinándose así la asociación entre dichos factores y las medidas de nefroprotección con el desarrollo de nefropatía por contraste. **Resultados.** De los 198 pacientes estudiados (79% varones, 21% mujeres) con edad media de 60 años, el 56,6% eran hipertensos, 36,7% diabéticos, 39,9% presentaban dislipemia y 63,5% eran fumadores. La prevalencia de insuficiencia renal crónica estimada por la creatinina sérica fue de un 11,6% y estimada por la tasa de filtrado glomerular según la fórmula MDRD 4 fue del 21,1%, objetivándose entonces una prevalencia de insuficiencia renal oculta de 9,5%. De los pacientes estudiados el 8,5% desarrolló nefropatía por contraste, observándose asociación estadísticamente significativa con hipertensión, creatinina pre-cateterismo cardíaco y aclaramiento de creatinina. **Discusión.** La insuficiencia renal es el factor predictor más importante para el desarrollo de nefropatía por contraste tras el cateterismo cardíaco, de ahí la importancia de valorar la función renal y adoptar medidas de nefroprotección previa a la realización de dicha intervención. Dada la elevada prevalencia de insuficiencia renal oculta, sería recomendable el estudio de función renal mediante la tasa de filtrado glomerular previa a la administración de contraste. **Conclusiones.** La insuficiencia renal es el factor predictor más importante para el desarrollo de nefropatía por contraste tras el cateterismo cardíaco, de ahí la importancia de valorar la función renal y adoptar medidas de nefroprotección previa a la realización de dicha

intervención. Dada la elevada prevalencia de insuficiencia renal oculta, sería recomendable el estudio de función renal mediante la tasa de filtrado glomerular previa a la administración de contraste.

**RV-19
VARIABLES ANTROPOMÉTRICAS ASOCIADAS AL ANTECEDENTE FAMILIAR DE DIABETES MELLITUS EN MUJERES NORMOGLUCÉMICAS**

B. Escolano Fdez.¹, J. Reveriego Blanes², F. Guerrero Igea², P. Retamar Gentil², J. Oliván Martínez², J. Serrano Carrillo de Albornoz², L. Orbea Ríos² y M. Aguayo Canela²
¹Servicio de Medicina Interna. Hospital de la Serranía. Ronda, Málaga. ²Servicio de Medicina Interna A. Hospital Virgen Macarena. Sevilla.

Objetivos. Detectar las alteraciones antropométricas tempranas ligadas a la presencia de antecedentes familiares de Diabetes Mellitus.

Material y métodos. Diseño transversal, analizando a mujeres normogluécicas premenopáusicas que acudieron a la consulta de medicina interna, descartándose aquellas con tratamiento medicamentoso o sintomatología clínica en las 2 semanas previas a la consulta. Se analizaron las siguientes variables: Antecedente o no de Diabetes Mellitus (hermano/a y/o padre o madre), edad, peso, talla y perímetro de cintura. Estadística: comparación de variables cualitativas. Regresión logística.

Resultados. Se adjunta tabla con resultados generales. Se analizó también (por regresión logística múltiple) el grado de asociación de diversas variables (edad, peso, talla y perímetro de cintura) con el antecedente familiar de Diabetes Mellitus; únicamente el incremento del perímetro de cintura (*Odds ratio* = 1.07 IC 95% 1.01 - 1.14) y la disminución de la talla (*Odds ratio* = 1.10 IC 95% 1.03 - 1.16) se asociaron independientemente a la carga familiar de Diabetes.

Discusión. El antecedente familiar se relaciona con una serie de alteraciones antropométricas, sin poder descartar un condicionamiento ambiental (hábitos dietéticos, sedentarismo) asociado.

Conclusiones. Las mujeres premenopáusicas normogluécicas con antecedentes familiares de diabetes mellitus exhiben un fenotipo diferencial, con aumento del perímetro de cintura y disminución en la talla.

**RV-20
DESCRIPCIÓN DE LA INFLUENCIA DE LA ARTERIOPATÍA PERIFÉRICA EN LA INCIDENCIA DE LOS EVENTOS CARDIOVASCULARES EN LA POBLACIÓN ESPAÑOLA. RESULTADOS DEL REGISTRO FRENA**

F. Martínez Peñalver¹, M. Rico Corral¹, C. Sanclemente², G. Tiberio³, J. Toril⁴, C. Suárez⁵, L. López Jiménez⁶, M. Monreal⁷ y el Grupo FRENA

¹Servicio de Medicina Interna B. Hospital Virgen Macarena. Sevilla. ²Servicio de Medicina Interna. Hospital General de Vic. Vic, Barcelona. ³Servicio de Medicina Interna. Hospital Virgen del Camino. Pamplona/Iruña, Navarra. ⁴Servicio de Medicina Interna. Centro Médico y de Rehabilitación. Castelldefels, Barcelona. ⁵Servicio de Medicina Interna. Hospital Universitario de la Princesa. Madrid. ⁶Servicio de Medicina Interna. Hospital Universitario Reina Sofía. Córdoba. ⁷Servicio de Medicina Interna. H. Universitari Germans Trias i Pujol. Badalona, Barcelona.

Objetivos. Descripción de la aparición de eventos isquémicos en la población diagnosticada de Enfermedad Arterial Periférica incluida en el registro nacional y multicéntrico de Factores de Riesgo De

Tabla 1. Comparación de las variables según la existencia o no de carga familiar de Diabetes Mellitus (RV-19).

Variables	Carga familiar de DM (N = 80)	No carga familiar de DM (N = 163)	Valor de p
Edad (años)	32,4 ± 8,2	29,2 ± 8,1	< 0,01
CI (cm)	84,5 ± 16	76,1 ± 9,5	< 0,01
Peso (kg)	68,8 ± 17	62,8 ± 11,5	< 0,01
Talla (cm)	156,8 ± 6,9	160,7 ± 5,8	< 0,01
IMC (kg/m ²)	28,0 ± 7	24,40 ± 4	< 0,01
Glucemia basal (mg/dl)	95,5 ± 7,7	94,3 ± 7,3	NS

Tabla 1. (RV-20).

	EAP	EC	ECV	OR EAP vs EC	OR EAP vs ECV
Número de pacientes	417	474	374		
IAM	13 (3.1%)	19 (4%)	2 (0.5%)	0.8 (0.4-1.6)	6 (1.3-27)
Ictus isquémico	11 (2.6%)	6 (1.3%)	18 (4.8%)	2.1 (0.8-5.8)	0.5 (0.3-1.2)
Isquemia crítica de MMII	42 (10%)	3 (0.6%)	5 (1.3%)	18 (5.4-57)	8.3 (3.2-21)
Muerte de origen cardiovascular	14 (3.4%)	8 (1.9%)	12 (3.2%)	1.8 (0.8-4.2)	1 (0.5-2.3)
Muerte de cualquier causa	31 (7.4%)	1 (3.2%)	14 (3.7%)	2.5 (1.3-4.6)	2.1 (1.1-3.9)
Eventos vasculares mayores	61 (15%)	32 (6.8%)	30 (8%)	2.4 (1.5-3.7)	2 (1.2-3.1)
Tasa de incidencia	17 (13-22)	7.9 (5.5-11)	8.9 (6.1-13)		

enfermedad Arterial (FRENA) egún el estadio de la enfermedad. Comparación de la Enfermedad Arterial Periférica con otros eventos cardiovasculares a la hora de determinar la aparición de nuevos eventos cardiovasculares en los 12 meses de seguimiento.

Material y métodos. FRENA es un registro observacional de pacientes consecutivos con un episodio reciente de isquemia coronaria, cerebral o EAP. Analizamos la incidencia de ECV (infarto de miocardio, ictus isquémico, isquemia crítica en las piernas o muerte cardiovascular) durante 12 meses en una serie de pacientes ambulatorios con EAP. **Resultados.** En diciembre de 2006, 417 pacientes con EAP habían finalizado los 12 meses de seguimiento. De ellos, 61 (15%) presentaron ECV graves: 13 (3,1%) un infarto de miocardio, 11 (2,6%) un ictus isquémico, 42 (10%) isquemia crítica en las piernas y 14 (3,4%) muerte cardiovascular. En total, la incidencia de ECV graves fue de 17 por 100 pacientes y año (IC 95%: 13-22). Esta incidencia aumenta con la gravedad de los síntomas, siendo de 8,7 (IC 95%: 5,3-13) en los pacientes con estadio de Fontaine IIa, 25 (IC 95%: 16-38) en estadio IIb, 26 (IC 95%: 13-47) en estadio III, y de 42 (IC 95%: 24-67) en los pacientes con estadio IV. La comparación de incidencia intercurrente entre la arteriopatía periférica y el resto de grandes síndromes vasculares puede observarse en la tabla anexa.

Discusión. Nuestros datos confirman la elevada incidencia de ECV graves en los pacientes con EAP, así como su correlación con la gravedad de los síntomas. Los factores principalmente implicados en que el diagnóstico de la arteriopatía periférica sea cada vez más frecuente son la aplicación de nuevas medidas diagnósticas (ITB, grosor íntima-media,...), la creciente longevidad de la población, y el incompleto control de los factores previamente mencionados.

RV-21

OBJETIVOS CONSEGUIDOS EN EL CONTROL DE LOS FACTORES DE RIESGO CARDIOVASCULAR DESPUÉS DE UN ICTUS EN UNA UNIDAD DE LÍPIDOS

C. Sanclemente Ansó¹, F. Alonso Valdés¹, M. Castells² y J. Vilaró Pujals¹

¹Servicio de Medicina Interna. Clínica de Vic. Vic, Barcelona.

²Servicio de dietética. Hospital General de Vic. Vic, Barcelona.

Objetivos. Ver el grado de control de los factores de riesgo cardiovascular (FRCV), de los pacientes controlados en nuestra Unidad de Lípidos después de haber padecido un evento cardiovascular en forma de enfermedad vasculocerebral.

Material y métodos. Se recogieron pacientes de forma consecutiva ingresados por un ictus y en el momento del alta se les asignó de forma aleatoria a un grupo de intervención terapéutica o a un grupo control. El grupo intervención fue controlado en la consulta externa de la unidad y se les aplicó un programa de prevención secundaria de los FRCV, que incluía seguimiento de los hábitos higiénico-dietéticos así como control de los diferentes FRCV, realizando una visita control cada 3 meses y el grupo control se derivó al médico de familia correspondiente para que hiciera el seguimiento, transcurrido un año del evento a los 2 grupos se les realizaba analítica completa y visita para poder comparar. Para el tratamiento de las dislipemias se aplicó la tabla de tratamiento publicada por Masana et al. En medicina Clínica, Para el tratamiento del resto de FRCV se siguieron las guías de las diferentes sociedades, ajustando el tratamiento hasta conseguir el objetivo terapéutico.

Resultados. El número total de pacientes fue de 190;96 del grupo intervención controlados de forma ambulatoria en la consulta de nuestra unidad y que habían padecido en el año anterior un episodio

de enfermedad cerebro vascular y se comparó con 94 pacientes controlados en sus respectivos Centros de Asistencia Primaria. La edad media fue similar para los dos grupos: 74 años, (55,3% eran varones y 44,6% mujeres). Los FRCV se distribuyeron: un 68% eran diabéticos, 59% presentaban hipertensión arterial, 58% dislipemia con un perfil lipídico: colesterol total (mg/dl): 185 ± 40,7, c-LDL: 132 ± 33,9, c-HDL: 43 ± 10. Triglicéridos: 139 ± 73,3 y un 43% eran fumadores. Conseguimos el control de la dislipemia en un 65,5% de los pacientes, llevando el 100% tratamiento hipolipemiente, con colesterol LDL < 100 mg/dl, en un 50% de estos pacientes se consiguió un c-LDL < 70 mg/dl, siendo el hipolipemiente utilizado la atorvastatina ± ezetimiba, al comparar estos resultados con los pacientes seguidos en sus centros de asistencia primaria solamente un 7,7% consiguieron un colesterol LDL < de 100 mg/dl, llevaban tratamiento hipolipemiente un 78,8%, siendo el fármaco más utilizado en el grupo control la simvastatina 46,2%, el IMC fue de 28 ± 11 en el grupo intervención y de 28,8 ± en el grupo control, consiguiendo una reducción de 8% del peso tan solo en el 10% de los pacientes del grupo intervención y de un 2% en el grupo control. La HTA se consiguieron objetivos en el 85% de los pacientes seguidos en consultas y del 27% de los seguidos en atención primaria.

Conclusiones. El control de la dislipemia y del resto de FRCV fue significativamente mejor en una unidad especializada p < 0,001. La utilización de un protocolo de actuación de los FRCV ayudó significativamente al buen control de los mismos. Destaca la alta prevalencia de diabetes versus hipertensión. La utilización de las estatinas a dosis adecuadas mejora el control de la dislipemia. Los pacientes controlados en la unidad presentaron menos eventos cardiovasculares en los 12 meses siguientes al primer episodio p < 0,03.

RV-22

EVALUACIÓN DE LAS HIPERTRIGLICERIDEMIAS SEVERAS EN UNA UNIDAD DE LÍPIDOS

M. Mauri Pont, R. Borralló Almansa, J. Torviso, M. Andrés Santamaria y M. Muñoz Fernández

Servicio de Medicina Interna. Hospital de Terrassa. Terrassa, Barcelona.

Objetivos. Conocer la etiología de las hipertrigliceridemias (HTG) severas de pacientes atendidos en la Unidad de lípidos (UL) del Hospital de Terrassa, sus características clínicas y evolución.

Material y métodos. Se analizan retrospectivamente las historias clínicas de todos los pacientes con determinación de triglicéridos (TG) superior a 500 mg/dl en dos extracciones separadas al menos un mes, visitados en la consulta externa de nuestra UL, coordinada por internistas, desde el inicio de su funcionamiento el año 2.000.

Resultados. Se incluyeron 48 pacientes, que representan el 18% de las alteraciones lipídicas valoradas en la UL en estos siete años. La edad media fue de 46,1 ± 13 años y el 77% eran varones. Habían padecido pancreatitis atribuida a la hipertrigliceridemia 9 pacientes, 8 de ellos varones, todos con TG superiores a 1.000 mg/dl. Tenían esteatosis hepática el 89% de los 27 pacientes a los que se les practicó ecografía abdominal. Dos pacientes presentaban xantomas cutáneos, coincidiendo con TG > 2.000 mg/dl. La media de las cifras de lípidos fueron: colesterol 301 ± 102 mg/dl, TG 1140 ± 694 mg/dl, HDL-colesterol 40 ± 19 mg/dl. Sólo el 10% de pacientes seguía previamente algún tipo de dieta y 14% efectuaba ejercicio de forma regular. Recibían tratamiento hipolipemiente el 83% del total (38% con estatinas, 35% con fibratos y 10% con ambos). Respecto al riesgo cardiovascular, 7 pacientes habían presentado alguna manifestación de enfermedad cardiovas-

cular, 11 se consideraron de alto riesgo por ser diabéticos y 3 tenían un riesgo intermedio valorado por SCORE de 3-4%. El índice de masa corporal era normal en el 13,5% de los pacientes, 40,5% cumplían criterios de sobrepeso y 46,0% de obesidad. Superaban los 94 cm de perímetro de cintura, 7 de los 15 varones con sobrepeso y 16 de los 17 obesos. En cuanto al diagnóstico etiológico de la hipertrigliceridemia el 31% presentaban HTG primarias de origen genético (25% Hipercolesteolemia familiar combinada y 6% Hipertrigliceridemia familiar) y el 16% otras HTG primarias (14% HTG poligénica y 2% hiperquilomicronemia). Entre los factores asociados a HTG secundarias se registraron: consumo excesivo de alcohol 34%, obesidad 27%, síndrome metabólico 23%, diabetes 10%, fármacos (antiretrovirales, raptiva) 4% e hipotiroidismo 4%. Hay que destacar que 44% de los pacientes presentaban 2 o más causas de hipertrigliceridemia. Después de intervención con consejos sobre hábitos de vida saludable, se añadieron hipolipemiantes a 20 pacientes. De los 30 pacientes que han efectuado más de dos visitas en la UL, 16 (40%) han alcanzado los objetivos marcados en las guías de práctica clínica y en 12 de ellos (30%) se han normalizado en algún momento los TG.

Discusión. Nuestro estudio demuestra, una vez más, que las causas secundarias de las HTG graves son las más frecuentes, por lo que el tratamiento debería centrarse inicialmente en los cambios de hábitos dietéticos y del estilo de vida. Sin estas medidas, el tratamiento farmacológico es poco eficaz. Sin embargo, muchos pacientes acuden por primera vez a la UL con tratamiento farmacológico y sin intervenciones previas sobre estilo de vida.

Conclusiones. 1) La HTG severa representa un porcentaje no despreciable (18%) de las dislipemias atendidas en nuestra UL. 2) Mayoritariamente afecta a varones. 3) Las HTG secundarias son las más frecuentes, sobre todo las asociadas a obesidad y consumo de alcohol. 4) Las HTG determinadas genéticamente representan una tercera parte del total.

RV-23

EPIDEMIOLOGÍA DE LOS FACTORES DE RIESGO VASCULAR CLÁSICOS, HOMOCISTEINEMIA Y ANTICUERPOS A PROTEÍNAS DE CHOQUE TÉRMICO

M. Guisasaola¹, E. Dulin², M. Desco¹, M. Sánchez¹ y P. García Barreno¹

¹Unidad de Medicina y Cirugía Experimental, ²Dpto de Bioquímica Clínica. Hospital General Universitario Gregorio Marañón. Madrid.

Objetivos. 1) Estudio epidemiológico de factores de riesgo vascular (FRV) "clásicos" (colesterol, HDL-colesterol, LDL-colesterol, triglicéridos, glucosa y Proteína-C-Reactiva, PCR). 2) Estudio epidemiológico de FRV independientes (homocisteína) y su relación con factores clásicos de riesgo vascular. 3) Analizar si en la enfermedad vascular existe un componente inmunológico que incluya reactividad a las proteínas de choque térmico (Hsps).

Material y métodos. Se estudiaron 198 sujetos de entre 40-60 años, seleccionados de forma aleatoria: 92 mujeres (M) (edad 49,01 ± 6,5) y 106 varones (V) (edad 48,05 ± 6,8). A todos ellos se les realizó: Análisis epidemiológico, estudio bioquímico de FRV "clásicos": perfil lipídico y glucemia, homocisteína plasmática ([tHcy] por HPLC, clasificación de los participantes en grupos según su riesgo vascular, aplicando la carta de riesgo coronario (Task Force), cuantificación de anticuerpos (Abs) circulantes antiHSP70 y antiHSP60 y PCR por ELISA. Análisis estadístico: las medias de las variables, se compararon con test no paramétricos. Para las variables cualitativas se empleó la U de Mann-Whitney para 2 muestras independientes o Anova de un factor con corrección de Bonferroni para tres muestras independientes o el Test de Kruskal Wallis. Las variables cuantitativas se analizaron mediante el test de correlación de Spearman's). Nivel de significación estadística elegido, $p < 0,05$. El análisis estadístico se realizó con el programa SPSS 12.0 para Windows.

Resultados. 1) Se dividieron en tres grupos: G0 (sin factores de riesgo vascular) [n = 113 (60 M, 53 V)], G1: personas con riesgo vascular del 10% (riesgo moderado), que no han desarrollado enfermedad aterosclerótica, [n = 55 (21 M, 34V)] y G2: pacientes con enfermedad aterosclerótica declarada, [n = 30 (11M, 19 V)]. 2) En la población general de 40-60 a., las M tienen cifras de colesterol discretamente superiores a los V, que son estadísticamente significativas al segmentarlos por grupos, 3. Los V presentan cifras basales de glu-

cemia superiores a las M en todos los grupos. 3) Se demuestra una correlación directa ($p < 0,05$) entre el consumo de tabaco, alcohol, glucemia y triglicéridos (TG) en la población general. 4) Existe una correlación directa entre [tHcy] y TG ($p = 0,004$) y entre [tHcy] y PCR ($p = 0,002$). 5) Los pacientes con enfermedad vascular presentan los mayores valores de [tHcy] y de PCR, los menores de AbsHSP70 y una correlación inversa entre [tHcy] y AbsHSP60.

Discusión. La aterosclerosis es una enfermedad inflamatoria crónica, en la cual la disfunción endotelial parece ser el primer paso. Esta se produce en respuesta a la acción de los llamados FRV (Cairros y cols, 2003); tabaquismo, niveles elevados de colesterol total y LDL, diabetes, hipertrigliceridemia, marcadores inflamatorios, hiperhomocisteinemia o factores genéticos. La inflamación de las lesiones ateroscleróticas podrían deberse a una respuesta inmune excesiva, y entre los antígenos propuestos como dianas de dicha respuesta inmune, las Hsps son firmes candidatos (Kaperonis et al, 2006).

Conclusiones. 1) Se demuestra que la presencia de varios FRV "clásicos" aumenta su riesgo según un efecto multiplicativo. 2) Existe una estrecha correlación entre la [tHcy] y los FRV "clásicos". 3) Los niveles elevados de [tHcy] y PCR pueden considerarse excelentes predictores de la progresión aterosclerótica: tHcy porque es un FRV independiente para la enfermedad vascular y PCR porque es un sensible biomarcador de la inflamación en la aterosclerosis. 4) En la enfermedad vascular existe un componente inmunológico que incluye reactividad a las Hsps. La menor concentración sérica de Abs Hsps en el grupo de enfermos con aterosclerosis instaurada puede deberse a la formación de inmunocomplejos. Este mecanismo podría ser objeto de futuras investigaciones. Trabajo financiado por la Fundación Mutua Madrileña.

RV-24

CORRELACIÓN ENTRE INTERVENCIONISMO CORONARIO Y COMORBILIDAD EN PACIENTES INGRESADOS POR SÍNDROME CORONARIO AGUDO EN UN HOSPITAL COMARCAL

A. Rivera Austrui¹, A. Zamora Cervantes¹, A. García Flores¹, G. Vázquez Oliva², M. Crespo Planas², A. Gibert Rabassa², A. García Hinojo¹ y R. Massa Puig¹

¹Servicio de Medicina Interna, ²Servicio de Cardiología. Hospital Comarcal de Blanes. Blanes, Girona.

Objetivos. El objetivo del presente trabajo es analizar el grado de correlación entre Índice Charlson (iCH) e intervencionismo coronario en pacientes ingresados por síndrome Coronario Agudo (SCA) en un Servicio de Medicina Interna de un hospital comarcal.

Material y métodos. Inclusión de pacientes con el diagnóstico al alta de SCA en un Hospital Comarcal (sin unidad de cuidados intensivos cardiológicos ni unidad de hemodinámica). Se realiza la recogida de antecedentes y datos clínicos, datos analíticos, fracción de eyección (FE), TIMI score, valoración Killip e iCH. Eventos de interés: éxitus de causa general o cardiovascular y/o reingreso de causa cardiovascular (angor pectoris, IAM; revascularización miocárdica, accidente cerebro-vascular e insuficiencia cardíaca). El iCH se clasificó en 4 categorías: categoría 1 con iCH = 0, categoría 2 con iCH = 1, categoría 3 con iCH = 2, y categoría 4 con iCH ≥ 3.

Resultados. Se recogieron 83 pacientes (29 mujeres/ 54 varones) ingresados con SCA (17 con SCAEST y 66 con SCASEST) con una media de edad de 73,45 ± 11,02 años. Las entidades comórbidas fueron: IAM previo (37,3%); enfermedad pulmonar crónica (18,1%); enfermedad cerebrovascular (16,9%), vasculopatía periférica (9,6%); úlcera péptica (8,4%); neoplasia (7,2%); insuficiencia cardíaca congestiva (6%); diabetes con complicaciones crónicas (3,6%), demencia (3,6%), enfermedad renal avanzada (2,4%); enfermedad hepática leve (2,4%) y tumor sólido metastático (1,2%). La distribución de la muestra fue: categoría 1 (20,5%); categoría 2 (30,1%), categoría 3 (27,7%) y categoría 4 (21,7%). Se observa una correlación positiva del iCH con: niveles de VSG, fibrinógeno, creatinina, glucemia basal, Killip, TIMI score y una correlación inversa con los valores de FE. Se derivaron a hospitales de tercer nivel para la realización de cateterismo cardíaco: pacientes de la categoría 1 (23,5%), de la categoría 2 (20%), de la categoría 3 (13%) y de la categoría 4 (5,6%).

Discusión. El Índice de Charlson es un indicador de predicción de mortalidad general a largo plazo en función de la comorbilidad presente. En pacientes ingresados por Síndrome Coronario Agudo es necesario mejorar la estratificación pronóstica con el fin de decidir el

grado de intervencionismo coronario y el lugar de ingreso. Actualmente no está generalizado el uso de indicadores de comorbilidad en la toma de decisiones en pacientes con SCA. Los datos del presente trabajo sugieren que existe correlación entre el grado de comorbilidad y el intervencionismo coronario. Incluir una valoración de comorbilidad del paciente con SCA podría ser de utilidad a la hora de tomar decisiones terapéuticas.

Conclusiones. 1) Existe una alta comorbilidad en pacientes que quedan ingresados por SCA. 2) Hay un elevado porcentaje de pacientes con SCA sin comorbilidad asociada que quedan ingresados en hospitales de primer nivel. 3) El grado de intervencionismo coronario es bajo en pacientes con poca comorbilidad. 4) Destaca el grado de intervencionismo coronario en pacientes con elevada mortalidad general por la comorbilidad asociada.

RV-25

ANTIAGREGACIÓN DEL DIABÉTICO: ¿ES EL ENTORNO MÉDICO UN FACTOR DETERMINANTE?

V. Navarro Pérez¹, F. Jódar Morente¹, W. Audi Alamir³, A. Ruiz Albacete³, M. Millán Montilla², J. Navarro Herrera¹, A. Moreno⁴ y N. Marín Gámez¹

¹Servicio de Medicina Interna, ²Servicio de Medicina de Familia, ³Servicio de Endocrinología. Hospital Universitario Médico-Quirúrgico. Jaén. ⁴Servicio de Medicina de Familia. Hospital San Juan de la Cruz. Úbeda, Jaén. ⁵Servicio de Medicina de Familia. Hospital Universitario Materno-Infantil. Jaén.

Objetivos. Numerosos estudios han demostrado la necesidad de la antiagregación en pacientes diabéticos tipo 1 y 2. En una revisión de la literatura podemos resumir las indicaciones de la antiagregación en todo paciente diabético mayor de 40 años (nivel de evidencia A en diabéticos tipo 2 y nivel C en tipo 1), en pacientes menores de 40 años con factores de riesgo (hipertensión, tabaquismo, dislipemia, microalbuminuria) y en pacientes con antecedentes de enfermedad cardiovascular, en este último caso como prevención secundaria.

Material y métodos. Se examinaron los informes de alta de pacientes hospitalizados del servicio de M. Interna, así como los de consultas de Endocrinología y Nefrología del Complejo Hospitalario Ciudad de Jaén, comprendidos en los últimos tres meses. De estos datos fueron recogidos la edad y el sexo del paciente, presencia de factores de riesgo cardiovascular, el número absoluto de medicación que tomaba y el número de fármacos por persona de dicha medicación, quedando excluidos únicamente aquellos enfermos en los que dichos datos aparecieran incompletos o dieran lugar a error. Se emplearon métodos informáticos y estadísticos para el análisis de los datos obtenidos. **Resultados.** De un total de 106 pacientes que fueron atendidos por los servicios de Medicina interna, Endocrinología y Nefrología del Compl. Hosp. de Jaén, entre los meses de abril de 2007 a junio de 2007, la distribución por sexos fue de 58 hombres y 48 mujeres. El tanto por ciento de antiagregación de los pacientes diabéticos según el servicio por el que fuera aprendido de 75% para Endocrinología, 45% para Medicina Interna y 41% para Nefrología. El media de fármacos por persona fue de 6,7 medicaciones/día en pacientes de M. Interna, 5,08 en Nefrología y de 4,1 en Endocrinología. En el análisis de los factores de riesgo vascular, el 64% fueron hipertensos, el 12% eran fumadores, el 47% presentaban dislipemia, el 23% tenía microalbuminuria y un 6% eran obesos. En cuanto a la medicación para control de la diabetes, un 50% de diabéticos tipo 2 tomaban antidiabéticos orales (68% metformina, 18% sulfonilureas, 3: 7% glitidas y 9% otros). De los pacientes diabéticos tipo 2 que no presentaban contraindicación para la toma de metformina y la tomaban, la distribución fue de 68% en Endocrinología, 28% en M. Interna. En los pacientes de nefrología su uso fue de 16% condicionado por la insuficiencia renal. En cuanto a las necesidades de insulina, el 44% la necesitaba para el control de su diabetes.

Discusión. Existe una menor antiagregación de pacientes en servicios de M. Interna y Nefrología en comparación con endocrinología, posiblemente por resistencia por parte de algunos especialistas al inicio de la antiagregación de los pacientes diabéticos. Esta "resistencia" puede ser debida a una falta de información o quizá de concienciación de los profesionales a pesar de las evidencias científicas que confirman la necesidad de antiagregar a estos pacientes de alto riesgo. También se observa un menor uso de metformina en los diabéticos tipo 2 (cuando no existen contraindicaciones para su uso) cuando

analizamos el servicio de medicina interna en comparación con endocrinología, a pesar de estar indicada por estar demostrado la disminución de eventos cardiovasculares.

Conclusiones. Pensamos que la antiagregación de los pacientes en servicios fuera del especializado es insuficiente por lo que debemos intentar prestar especial sensibilidad a esta cuestión. Lo mismo ocurre con el uso de la metformina, que ha demostrado sus beneficios a medio largo plazo disminuyendo las complicaciones cardiovasculares, por tanto debemos prestar más atención a su uso cuando no existen contraindicaciones.

RV-26

ESTUDIO COMPARATIVO SOBRE LA ANTIAGREGACIÓN EN CARDIOPATÍA ISQUÉMICA, INFARTO CEREBRAL Y DIABÉTICOS

V. Navarro Pérez¹, F. Jódar Morente¹, A. Ruiz Albacete², W. Audi Alamir⁴, M. Millán Montilla², J. Navarro Herrera¹, A. Moreno³ y N. Marín Gámez¹

¹Servicio de Medicina Interna, ²Servicio de Medicina de Familia, ³Servicio de Endocrinología. Hospital Universitario Médico-Quirúrgico. Jaén. ⁴Servicio de Medicina de Familia. Hospital San Juan de la Cruz. Úbeda, Jaén.

Objetivos. En la actualidad los criterios de antiagregación en pacientes con cardiopatía isquémica, infarto cerebral y diabéticos están bien establecidos, con evidencia científica en cuanto a la protección tanto en prevención primaria como en secundaria, con disminución de nuevos eventos y de complicaciones a medio y largo plazo así como de la mortalidad.

Material y métodos. Se examinaron los informes de alta de pacientes hospitalizados del servicio de M. Interna del Complejo Hospitalario Ciudad de Jaén, comprendidos en los últimos tres meses. De estos datos fueron recogidos la edad y el sexo del paciente, presencia de factores de riesgo cardiovascular, motivo de antiagregación y posibles contraindicaciones para la misma, número absoluto de medicación que tomaban y el tipo de antiagregación recibida. Comparamos a 2 grupos de pacientes de M. Interna en los que estaba indicada la antiagregación por motivos de cardiopatía isquémica e infarto cerebral frente a otro grupo en los que el motivo de antiagregar era el ser diabético.

Resultados. De un total de 86 pacientes estudiados que fueron atendidos por el servicio de M. Interna en el Complejo Hospitalario de Jaén, entre los meses de abril y junio de 2007, la distribución por sexos fue de 53 hombres y 33 mujeres, con una media de edad de 76,8 años. Según el motivo de antiagregar, en la cardiopatía isquémica o infarto cerebral el 89% de los pacientes estaban antiagregados frente al 45% de diabéticos en los que también estaba indicada la antiagregación. El media de fármacos por persona fue de 6,1 medicaciones/día. Los factores de riesgo cardiovascular, destacaba la HTA en un 47%, dislipemia 21%, obesos 4%, y tabaquismo 4%. Los contraindicaciones más prevalentes para la antiagregación fue la hemorragia digestiva en 6%.

Discusión. La antiagregación en pacientes diabéticos es mucho menor que cuando el motivo de antiagregación es por cardiopatía isquémica o infarto cerebral. Posiblemente en el segundo de los casos es más fácil ya que estamos ante un tratamiento de prevención secundaria de un hecho que ya se ha constatado y del que se pretende disminuir sus complicaciones frente a la antiagregación del diabético, en el que realizamos una prevención primaria de posibles hechos que aun no han ocurrido. **Conclusiones.** Se pone de manifiesto la necesidad de hacer mayor hincapié en intentar sensibilizarlos sobre la necesidad de antiagregar al diabético ante la evidencia científica que demuestra un claro beneficio al disminuir la morbilidad y mortalidad en estos pacientes.

RV-27

CRISIS HIPERTENSIVAS ATENDIDAS EN UN SERVICIO DE URGENCIAS

M. Herrero Torrés¹, V. Garcés Horna¹, S. Olivera González¹, Á. Cecilio Irazola¹, J. Valle Puey¹, M. Callejo Plazas¹ y A. García Noaín²

¹Servicio de Medicina Interna, ²Servicio de Urgencias. Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa. Zaragoza.

Objetivos. Estudiar los aspectos clínicos y manejo de los pacientes atendidos en Urgencias diagnosticados como crisis hipertensivas en tres meses.

Material y métodos. Se trata de un estudio descriptivo de 98 pacientes que acudieron a Urgencias durante los tres primeros meses del año 2005 con diagnóstico de crisis hipertensiva. Se analizó la edad y sexo del paciente, antecedentes, sintomatología que presentaron, exploraciones complementarias que se realizaron y tratamiento que se les administró mediante el programa estadístico SPSS 11.5.

Resultados. De los 98 pacientes revisados, 35 eran hombres y 63 mujeres. La mediana de edad fue 68 años, con una desviación estándar de 13,10. El 75,51% de los pacientes eran hipertensos conocidos, de los que el 86,48% llevaban algún tipo de tratamiento antihipertensivo. El 19,38% de los pacientes atendidos estaban asintomáticos y su elevación de la tensión arterial se había hallado de forma casual. El síntoma más frecuentemente presentado fue la cefalea, con un 44,30% de los pacientes sintomáticos. Otros síntomas menos frecuentes fueron mareo e inestabilidad (21,42%), focalidad neurológica y alteraciones visuales (16,45%), epistaxis (8,86%), disnea (11,39%), dolor torácico (12,65%) y palpitaciones (6,32%). En cuanto a las cifras de tensión arterial medidas, la mediana de tensión arterial sistólica fue de 200 mmHg, con una desviación estándar de 23,45, y la mediana de tensión arterial diastólica fue de 110, con una desviación estándar de 18,87. En lo referente a las pruebas complementarias, en el 71,42% de los casos se realizó alguna exploración, siendo la más frecuentemente solicitada un electrocardiograma, en el 92,85% de los pacientes. Otras pruebas menos solicitadas fueron una analítica sanguínea, incluyendo hemograma y bioquímica básica (57,14%), radiografía de tórax (55,71%) y TAC cerebral (7,14%). Se administró tratamiento para reducir las cifras de tensión arterial en el 88,77% de los pacientes; el fármaco más empleado fue captopril de 25 mg, en el 93,10% de los casos. La gran mayoría de los pacientes fueron dados de alta, requiriendo ingreso sólo el 10,20% y observación el 4,08%.

Discusión. Los resultados de nuestra muestra se compararon con los de otros estudios y se analizó la existencia de diferencias.

Conclusiones. Se trata de un motivo de consulta frecuente en el servicio de Urgencias de nuestro medio, y es muchas veces mal diagnosticado, ya que se consideran crisis hipertensivas pequeñas elevaciones de la tensión arterial. Llama la atención el que a pesar de ser la sintomatología neurológica la más frecuente, la exploración complementaria más realizada sea un electrocardiograma, y en muy pocos casos se realice un TAC cerebral. En general, se pauta tratamiento oral con inhibidores de la enzima convertidora de angiotensina, con lo que se resuelven la mayoría de los casos.

**RV-28
ENFERMEDAD ARTERIAL PERIFÉRICA Y PRUEBAS FUNCIONALES DE EXTREMIDADES INFERIORES EN PACIENTES DE EDAD AVANZADA**

V. Centeno Peláez¹, J. Pérez Castrillón¹ y L. Ausín Pérez²

¹Servicio de Medicina Interna. Hospital Universitario Río Hortega. Valladolid. ²Geriatría. Residencia de la tercera edad Parquesol, Junta de Castilla y León. Valladolid.

Objetivos. Valorar la presencia de enfermedad arterial periférica (EAP) mediante el índice tobillo-brazo (ITB) y su relación con la capacidad funcional de las extremidades inferiores en pacientes de edad avanzada.

Material y métodos. Se incluyeron en el estudio 81 pacientes, 65 mujeres y 16 varones, con edades comprendidas entre los 66 y los 104 años de edad; que viven en una residencia de ancianos de Valladolid. A estos pacientes se les realiza el ITB como índice indirecto de aterosclerosis y determinante de EAP; considerando patológico un ITB < 0,90, y excluyendo a los que presentaban una arteria no compresible o un ITB > 1,30. Se realizaron una serie de test para determinar la capacidad funcional de las extremidades inferiores; valorando el equilibrio, la marcha, la capacidad de sentarse y levantarse de una silla, y la escala de Tinetti que evalúa la marcha y el equilibrio. **Resultados.** De los 81 pacientes seleccionados: a 3 no se les pudo realizar el ITB, 15 presentaban una arteria no compresible o ITB > 1,30; de los 63 restantes, 18 presentaban un ITB < 0,90 y 45 un ITB dentro de la normalidad. Los pacientes con EAP y sin ella, presentaban unos valores en las pruebas funcionales que se muestran en la tabla 1. De todas las pruebas funcionales, el test del equilibrio presenta una correlación estadísticamente significativa con la presencia de EAP (p = 0,025).

Discusión. Diversos estudios clínicos han mostrado la asociación entre osteoporosis y aterosclerosis. La fractura de cadera es la manifestación más grave de la osteoporosis por su morbimortalidad. Uno de los factores que pueden influir en la fractura de cadera además de la DMO de cuello femoral, son las caídas que están en relación con la capacidad funcional de las extremidades inferiores y la presencia de aterosclerosis en las mismas. Ambos aspectos han sido valorados en este estudio mediante los diferentes test y el índice tobillo-brazo.

Conclusiones. Los pacientes con EAP presentan una menor puntuación en el test del equilibrio que los pacientes que no presentan EAP, lo que conlleva un mayor riesgo de caídas y de fractura de cadera en esta población. En este estudio no se demostró una correlación estadísticamente significativa entre el resto de pruebas funcionales y el ITB.

Tabla 1. (RV-28).

Test funcionales	Puntuación media en pacientes con EAP	Puntuación media en pacientes sin EAP
Tinetti marcha (12)	10,44	10,71
Tinetti equilibrio (16)	12,83	13,53
Equilibrio (4)	2,11	2,48
Marcha (4)	2,05	2,15
Prueba de la silla (4)	2,38	2,53

**RV-29
FACTORES DE RIESGO CARDIOVASCULAR (FRCV) Y TIEMPO ENTRE EL INICIO DE LOS SINTOMAS E INGRESO HOSPITALARIO EN PACIENTES CON ENFERMEDAD CEREBROVASCULAR AGUDA (ECVA)**

M. Peinado Cantero², F. Barrero Hernández², I. López López², J. Gutiérrez García², E. García Peñalver¹, P. Jiménez López², A. Maldonado Martín¹ y B. Gil Extremera¹

¹Unidad de Hipertensión y Lipidos. Servicio de Medicina Interna, ²Servicio de Neurología. Hospital Universitario San Cecilio. Granada.

Objetivos. Valorar la evolución post-ictus en pacientes con ECVA según FRCV previos y tiempo transcurrido desde el inicio de los síntomas hasta el ingreso hospitalario (Servicio de Urgencias).

Material y métodos. Estudio retro y prospectivo de 139 pacientes con ECVA ingresados en el Servicio de Neurología del H. U. San Cecilio de Granada, durante el período: abril a diciembre de 2001. Se recogen variables antropométricas, sociolaborales, clínicas y grado de dependencia del paciente mediante la escala de Barthel, basal a los dos, seis y 12 meses del alta hospitalaria. Se comparan cuatro grupos según tiempo preingreso: < o igual 3 h, de 4 a 12 h, de 13 a 24 h y > o igual 25 h. Estudio estadístico: programa SPSS, test de chi-cuadrado y de Fisher.

Resultados. El 64,7% de la casuística son varones y 35,3% mujeres; de 68 ± 11 años de edad, el 80% mayores de 58 años. FRCV: 42,1% diabéticos, 67,7% hipertensos, 24,8% dislipémicos y 27,8% fumadores. El 21,1% toman más de 40 g/día de alcohol, 18,1% de broncopatía crónica y 34,78% cardiopatía (17% FA; 34,78% isquémica y 13,05% hipertensiva); 5,3% isquémica periférica y el 28,6% han padecido un ictus previo. Al clasificar los casos según el tiempo transcurrido desde el inicio de los síntomas hasta la llegada al Servicio de Neurología encontramos: el 41% acude antes de las 3 horas; 24,5% entre 4 y 12 h; 9,4% entre 13 y 24 horas; y 14,4% 25 horas o más. Los que acuden antes de las 3 horas difieren significativamente (p < 0,05) del resto de los grupos en que la mayoría tiene más de 70 años, cardiopatía y/o HTA y que la recidiva de ictus es significativamente superior. En cuanto a la dependencia del paciente (escala de Barthel) el 47,3% de los que ingresan antes de las 3 horas son dependientes al año de evolución tras el ingreso frente al 55,2% de los que ingresan después de las 3 horas de inicio de los síntomas.

Discusión. Un 54% acudieron al hospital pasadas 3 horas desde el inicio de los síntomas, quedando fuera de la "ventana terapéutica" para la fibrinólisis. Los pacientes con cardiopatía acuden más precozmente, así los pacientes que acuden antes de las 12 horas, apro-

ximadamente el 50% tienen cardiopatía mientras que los que acuden después de las 12 horas del evento más del 75% no la tienen. La presencia de HTA se asocia a un menor tiempo en acudir a Urgencias. Pensamos que la presencia FRCV tipo HTA y cardiopatía influyen en este tiempo y podría deberse a la educación sanitaria en pacientes con FRCV, más sensibilizados en la posibilidad de complicaciones vasculares. La valoración funcional mediante la escala de Barthel con índices de independencia mayor a los 2 meses se relaciona negativamente con un mayor tiempo en ser atendidos en el Servicio de Urgencias. El déficit neurológico leve con síntomas de inicio poco alarmantes retrasa la llegada a este Servicio. El menor grado de secuelas neurológicas repercute en la valoración funcional.

Conclusiones. 1) Los pacientes con ECVA de mayor edad y con FRCV como la HTA son los que acuden antes al Servicio de Urgencias y pueden recibir tratamiento fibrinolítico y por tanto tener mejor pronóstico; 2) Se resalta la importancia de educar al paciente con factores de riesgo cardiovascular para que reconozca los síntomas de la enfermedad cerebrovascular aguda reduciendo el tiempo en acudir al Hospital y ofrecer en los casos indicados el tratamiento con medicación fibrinolítica.

RV-30
INCIDENCIA ANUAL DE EVENTOS CARDIOVASCULARES Y MUERTE EN PACIENTES HIPERTENSOS SIN ENFERMEDAD CORONARIA PREVIA, CON TRES O MÁS FACTORES DE RIESGO CARDIOVASCULAR Y CON COLESTEROL TOTAL POR DEBAJO DE 250 MG/DL EN UNA POBLACIÓN DE 57026 SUJETOS ATENDIDOS

J. Fernández de Bobadilla¹, A. Sicras Mainar², R. Navarro², X. Frías Garrido², R. Aristegui¹ y C. Sánchez Maestre³

¹Unidad Médica, Pfizer. Pfizer. Madrid. ²Badalona Servicios Asistenciales. Badalona, Barcelona. ³Investigación de Resultados en Salud. Instituto Euroclin. Madrid.

Objetivos. En el estudio ASCOT-LLA (Anglo-Escandinavian Cardiac Outcomes Trial-Lipid Lowering Arm) se incluyeron 10.305 pacientes hipertensos, sin enfermedad coronaria previa, con colesterol total < 250 mg/dL y con tres o más de los siguientes factores de riesgo adicionales: hipertrofia ventricular izquierda, otras anomalías del electrocardiograma, diabetes tipo 2, enfermedad arterial periférica, ictus previo, sexo masculino, edad de 55 años o mayor, microalbuminuria o proteinuria, tabaquismo, índice colesterol total/HDL de 6 o más, historia familiar prematura de enfermedad coronaria. El tratamiento con atorvastatina 10 mg/día se asoció a un beneficio para el objetivo primario versus placebo: RR: 0,64; (p = 0,0005). Es conocido que en el pasado reciente ha habido un riesgo menor de enfermedad cardiovascular en los países mediterráneos, aunque esto ha aumentado la carga de enfermedad y, como consecuencia, esta situación puede estar cambiando. El objetivo de nuestro estudio fue determinar la incidencia de muerte y eventos cardiovasculares en los pacientes con un perfil similar a los del estudio ASCOT-LLA en población atendida en atención primaria en España, ya que no existen datos.

Material y métodos. Se incluyeron retrospectivamente todos los sujetos > 30 años atendidos en siete centros de atención primaria en Cataluña. Se evaluaron las siguientes variables: muerte o evento cardiovascular (incluyendo infarto agudo de miocardio, angina inestable o ictus) y los factores de riesgo que se utilizaron como criterios de inclusión en el estudio ASCOT-LLA: hipertrofia ventricular izquierda, diabetes tipo 2, enfermedad arterial periférica, ictus previo, sexo masculino, edad de 55 años o mayor, tabaquismo, índice colesterol total/HDL de 6 o más, historia familiar prematura de enfermedad coronaria, con excepción de la microalbuminuria/proteinuria, ya que sólo se disponía de proteinuria. Se analizó la incidencia de muerte o eventos cardiovasculares en la población de hipertensos con criterios ASCOT-LLA durante el año 2006. Se comparó de manera descriptiva esta incidencia con la de los pacientes en el grupo placebo del estudio ASCOT-LLA.

Resultados. Se incluyeron en el análisis los 57.026 pacientes atendidos en siete centros de atención primaria en Cataluña: 55% eran mujeres; edad 54,3 años. La incidencia anual de muerte o eventos cardiovasculares fue del 7,2%. Cuando se selecciona el mismo rango de edad que en el estudio ASCOT-LLA, la incidencia de muerte/eventos cardiovasculares es del 5,44%. La incidencia anual de muerte por todas las causas o eventos incluyendo todos los eventos coronarios o ictus en la rama placebo del estudio ASCOT-LLA fue de 3,54%.

Conclusiones. La incidencia anual de eventos cardiovasculares o muerte por todas las causas en el paciente hipertenso sin enfermedad coronaria previa, con tres o más factores de riesgo cardiovascular y con colesterol total por debajo de 250 mg/dL en nuestro país es alta. Aunque no puede compararse de forma directa, por tratarse de estudios diferentes, llama la atención que, en el momento actual, la incidencia de eventos cardiovasculares y muerte en esta población atendida en atención primaria es el doble de la encontrada en la rama placebo del estudio ASCOT-LLA.

RV-31
TRATAMIENTO DE LA HIPERTENSIÓN ARTERIAL CON ARA II: OLMESARTAN MEDOXOMILO

A. Jimeno Sáinz, L. Guerrero y E. Molina

Servicio de Medicina Interna. Hospital Ernest Lluch Martín. Calatayud, Zaragoza.

Objetivos. La hipertensión arterial (HTA) es una enfermedad frecuente y en España entre un 20-30% de la en la población es hipertensa. La HTA está asociada a una elevada morbimortalidad por su repercusión sobre órganos diana con el elevado coste sanitario. El olmesartan es un profármaco perteneciente al grupo de los ARA II, cuya vía de metabolización no utiliza el citocromo P 450, y ha sido incluido dentro de los fármacos antihipertensivos útiles en el control de la tensión arterial. 1) Valorar la eficacia hipotensora de Olmesartan en pacientes hipertensos de reciente comienzo. 2) Determinar los posibles efectos secundarios de dicho fármaco. 3) Valorar la protección renal tras la administración del mismo. 4) Determinar la seguridad de su uso en la insuficiencia renal leve. 5) Valorar la adherencia al tratamiento.

Material y métodos. Se estudia un total de 50 pacientes. Criterios de inclusión: 1) Pacientes mayores de 18 años ingresados en el hospital Ernest Lluch o procedentes de consultas externas. 2) Diagnosticados de hipertensión arterial esencial (tensión arterial > 140/90 mmHg en dos determinaciones sucesivas o > 130/80 mmHg en diabéticos o con insuficiencia renal crónica). 3) Pacientes con insuficiencia renal leve (creatinina > 1,5 mg/dl en hombres y > 1,3 mg/dl en mujeres). 4) Pacientes que reciben como único tratamiento Olmesartan. 5) Consentimiento informado. Criterios de exclusión: 1. Rechazo en participar en el estudio. 2) Pacientes con insuficiencia renal crónica en hemodiálisis. Se realizará las siguientes visitas: basal, al mes, 3 meses y 6 meses. En la visita inicial se realizará la historia clínica que incluirá: TA en dicho momento, peso, talla, radiografía de tórax, analítica con glucosa, creatinina, sodio, potasio, colesterol, triglicéridos, enzimas hepáticas, microalbuminuria, fondo de ojo, ECG y Radiografía de tórax. Serán incluidos los fármacos utilizados por los pacientes así como sus dosis. En las visitas sucesivas, se realizará nueva toma de TA, y valoración de pruebas complementarias ya pedidas. Se valorarán las causas de abandono de la medicación así como los efectos secundarios o la necesidad de añadir nuevos antihipertensivos.

Resultados. Se estudiaron un total de 34 pacientes. La edad media fue de 74 años. El 58,8% (20) eran mujeres y 41% (14) hombres. La media del IMC fue de 24 El 73% de los casos (25) tenían otros factores de riesgo cardiovascular (dislipemia 72% (18) y 12% (3) Diabetes y un 16% (4) ambos. Al finalizar el estudio a los 6 meses se obtuvo una reducción de 10 mm de Hg de las cifras de tensión arterial sistólica y de 5 mm de las cifras de tensión arterial diastólica. En cuanto al descenso de las cifras de microalbuminuria, la media fue de 10 mg/dl a los 6 meses. Más de la mitad de los casos fue necesario intensificar el tratamiento antihipertensivo y los fármacos utilizados fueron diuréticos, betabloqueantes o calcioantagonistas. No existió ningún caso que presentase efectos secundarios y sólo un paciente abandonó el tratamiento.

Discusión. En nuestra muestra, la población estudiada es anciana y además un porcentaje no desdeñable presentaban diversos factores de riesgo cardiovascular. Dichos factores fueron mejorando durante el estudio y por lo tanto permitieron un mejor control de la tensión arterial. Uno de los principales sesgos que hemos tenido a la hora de evaluar la efectividad del Olmesartán, es que si bien empezamos con dicho fármaco como único tratamiento antihipertensivo, las características de la muestra estudiada obligaron a añadir otros fármacos con efecto sobre la tensión arterial, y por tanto haya minimizado la valoración exacta de su eficacia. En este estudio, la adherencia ha sido satisfactoria dado que tan sólo un paciente abandonó la medicación. También llama la atención que un porcentaje no desdeñable en

el momento del diagnóstico de hipertensión arterial presentan retinopatía hipertensiva. Esto evidentemente nos hace plantearnos que en nuestra muestra que a pesar de ser pequeña, en este momento es representativa de la población atendida en Consultas externas de Medicina Interna del Hospital Ernest Lluch de Calatayud, es una población hipertensa mal controlada.

Conclusiones. Concluimos que debemos preconizar la influencia sobre la población hipertensiva de nuestra población con objeto de evitar al aparición de complicaciones.

RV-32
INFLUENCIA DEL SEXO EN LA PREVALENCIA DE EAP EN PACIENTES EN PREVENCIÓN SECUNDARIA DE ENFERMEDAD CARDIOVASCULAR. ESTUDIO MERITO II

C. Suárez Fernández¹, J. Medina², F. Del Cazo³, M. Ruiz Climente⁴, E. Gómez Segado⁵, M. Tacias⁶, J. Hernández Hernández¹ y J. Sampredo⁸

Servicio de Medicina Interna. ¹Hospital Universitario de la Princesa. Madrid. ²Hospital 12 de Octubre. Madrid. ³Hospital García Orcoyen. Estella/Lizarra, Navarra. ⁴Hospital General Virgen de la Luz. Cuenca, Cuenca. ⁵Hospital de la Marina Baixa. Villajoyosa/Vila Joiosa (La), Alicante. ⁶Hospital Universitario La Fe. Valencia. ⁷Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. Santander, Cantabria. ⁸Hospital San Agustín. Linares, Jaén.

Objetivos. Determinar la prevalencia de enfermedad arterial periférica (EAP), detectada mediante ITB, en pacientes con enfermedad vascular conocida y atendidos en consultas de Medicina Interna. Valorar la influencia del sexo.

Material y métodos. Estudio transversal en pacientes con enfermedad vascular conocida (AP de enfermedad coronaria, enfermedad cerebrovascular o revascularización en esos territorios, sin diagnóstico de enfermedad arterial periférica) de ambos sexos, entre 65 y 85 años, atendidos consecutivamente en consultas de Medicina Interna del territorio nacional entre enero y octubre de 2006. Se realizó despistaje de EAP mediante Cuestionario de Edimburgo y medida del ITB con eco-doppler portátil bidireccional. Se consideró patológico si < 0,9. Se excluyeron sujetos con ITB > 1,4. Se realizó valoración de otros FRCV.

Resultados. Se incluyeron 1.203 sujetos, 63,61% hombres, edad media 74,28 ± 5,39, 49,19% diabéticos con evolución media de 11,27 ± 8,92 años, 58,33% obesos centrales, 10,39% fumadores, 64,17% dislipidémicos, 79,22% hipertensos. Síndrome Metabólico (ATP III): 47,03%. Las mujeres presentaron significativamente mayor edad, IMC, PAS, colesterol total, LDL, HDL, triglicéridos y frecuencia cardíaca, así como mayor% de HTA, dislipemia y síndrome metabólico. La prevalencia de claudicación y su tipo según el sexo se valoró en 1189 individuos (tabla 1). La prevalencia de EAP (ITB < 0,9) fue del 34,61% (31,86%, 37,44%).

Conclusiones. Las mujeres tienen un peor perfil de riesgo cardiovascular y una mayor frecuencia de claudicación atípica, pero la prevalencia de EAP estimada tanto por el cuestionario de Edimburgo como por el ITB no es diferente a la del hombre.

RV-33
EFFECTO DEL MANIDIPINO SOBRE LA MICROALBUMINURIA EN EL PACIENTE HIPERTENSO

J. Galcerán¹, J. Plana², A. Felip³, G. Pou⁴, J. Vila⁵ y J. Sobrino⁶

¹Servicio de Nefrología. Centre Hospitalari. Manresa, Barcelona. ²Servicio de Medicina Interna. Hospital Residència Sant Camil. Sant Pere de Ribes, Barcelona. ³Servicio de Medicina Interna. Hospital de Mataró. Mataró, Barcelona. ⁴Servicio de Medicina Interna. Hospital Sant Rafael. Barcelona. ⁵Servicio de Medicina Interna. Hospital Municipal de Badalona. Badalona, Barcelona. ⁶Servicio de Medicina Interna. Hospital de l'Esperit Sant. Santa Coloma de Gramenet, Barcelona.

Objetivos. La presencia de microalbuminuria (malb) es uno de los principales factores en la estratificación del riesgo cardiovascular en pacientes con hipertensión arterial (HTA). Datos recientes sugieren que aquellos pacientes que más reducen su albuminuria, en mayor grado reducen su riesgo cardiovascular. Los calcioantagonistas dihidropiridínicos (CA-DHP) clásicos tienen un efecto antiproteinúrico discreto, vinculado a la reducción de la presión arterial sistémica. El manidipino es un nuevo CA-DHP, con efectos selectivos sobre la arteriola eferente glomerular, que puede presentar un perfil antiproteinúrico superior a otros fármacos de su grupo.

Objetivos. Evaluar el efecto antialbuminúrico de la adición de manidipino al tratamiento con inhibidores del enzima de conversión de la angiotensina (IECA) o antagonistas del receptor de la angiotensina II (ARA2), en pacientes hipertensos esenciales con microalbuminuria e insuficiente control tensional. Valorar también su efecto antihipertensivo y su perfil de seguridad.

Material y métodos. Se incluyeron todos los pacientes hipertensos que acudieron a las consultas de HTA de los Hospitales comarcales de Cataluña adheridos a la FEHTACC que presentaban cifras de PA superiores a 140/90, pese a estar en tratamiento con un IECA o ARA2 y microalbuminuria definida por un cociente albumina/creatinina superior a 30 en la media de 2 muestras de orina matinales. **Resultados.** 21 pacientes (6 mujeres), edad media 63 años, han completado 6 meses de tratamiento con manidipino (dosis media 14,3 mg/d). La microalbuminuria se ha reducido en un 45% (de 379 mg/g a 200 mg/g), normalizándose en 4 pacientes (19%). La reducción tensional ha sido también muy significativa: de una media basal de 155/89 mmHg a una media final de 137/77 mmHg, normalizándose la presión arterial en 12 pacientes (57,1%). La función renal se ha mantenido estable a lo largo del estudio. Se han comunicado 3 episodios de edema maleolar leve que no han requerido suspensión del tratamiento. El porcentaje de reducción de microalbuminuria no se ha correlacionado con el porcentaje de reducción tensional.

Conclusiones. La adición de manidipino (10-20 mg/d) reduce un 45% la albuminuria en pacientes con HTA esencial que ya están en tratamiento con agentes bloqueadores del sistema renina-angiotensina. Este efecto podría estar relacionado con otros mecanismos de acción además de la reducción tensional sistémica.

Tabla 1. Prevalencia de claudicación y su tipo según el sexo (RV-32).

	No claudicación	Claudicación definida o típica	Claudicación atípica	Muestra total
Varón	661 (63,44%)	57 (78,08%)	39 (52,70%)	757 (63,67%)
Mujer	381 (36,56%)	16 (21,92%)	35 (47,30%)	432 (36,33%)
Casos válidos	1.042 (100%)	73 (100%)	74 (100%)	1.189 (100%)

Tabla 2. Comparación entre sexos (RV-32).

Características	Ausencia EAP N = 752	Presencia EAP N = 398	Total N = 1.150
Media ± DS o frecuencia (%) Sexo (p = 0,7136)			
Varones	476/752 (63,30%)	255/396 (64,39%)	731/1.148 (63,68%)
Mujeres	276/752 (36,70%)	141/396 (35,61%)	417/1.148 (36,32%)

RV-34

DETAC VALLÈS, ESTUDIO SOBRE LA INTERVENCIÓN EN LA DIETA, EL EJERCICIO, EL TABAQUISMO Y LA ADHERENCIA AL TRATAMIENTO EN PACIENTES CON ALTO RIESGO CORONARIO EN PREVENCIÓN PRIMARIA

M. Vila¹, E. Llargués¹, R. Fitó², J. Espinasa¹ y E. Sánchez¹

¹Servicio de Medicina Interna. Hospital General de Granollers. Granollers, Barcelona. ²GERC. ACMSCB. F Vallès Oriental, Barcelona.

Objetivos. Determinar la efectividad de una intervención educativa en el control de los factores de riesgo cardiovascular y la reducción del riesgo coronario.

Material y métodos. Estudio experimental, controlado y aleatorizado, realizado en Áreas Básicas de Salud (ABS) del Vallès Oriental (Catalunya). Población estudiada: pacientes no diabéticos entre 65 y 75 años hipertensos, dislipémicos y/o fumadores, atendidos en ABS del Vallès Oriental; se seleccionaron aleatoriamente 171 pacientes al grupo control y 147 en el grupo intervención. En el grupo intervención (GI) se realizó un programa educativo durante doce meses: 8 visitas de enfermería, para modificar hábitos de salud (dieta, ejercicio, tabaco) y mejorar el cumplimiento terapéutico. En el grupo control (GC) se siguieron los cuidados habituales. Se analizaron los datos antropométricos, presión arterial, de laboratorio (glucemia y perfil lipídico) y riesgo cardiovascular (fórmula de Framingham y tabla Score), así como la pauta farmacológica al inicio y final del estudio.

Resultados. Se incluyeron 118 pacientes en el GC y 111 del GI. La edad media fue de 70 años en el GC y de 71 en el GI. En el GC el 28% eran varones, frente al 51% en el GI. En el GI se detectó un incremento de la actividad física de 7 a 7,5 h/set ($p = 0,055$) y una mejora en el cumplimiento terapéutico (del 77,6% al 97,6% según el test de Haynes y de Morinsky Green; $p < 0,0001$). El número de fumadores se redujo de 8 a 5 en el GC y de 7 a 6 en el GI. Se observaron cambios en el índice de masa corporal (IMC) + 0,14 GC y -0,33 kg/m² en el GI, en la presión arterial sistólica (PAS), -0,25 GC y -6,88 mmHg GI, presión arterial diastólica (PAD) -3,08 GC y -3,34 mmHg GI, PP + 2,84 GC y -3,70 mmHg GI, diferencias estadísticamente significativas. En cuanto a los lípidos, los cambios observados fueron los siguientes: colesterol total -4,2 GC y -14,1 mg/dl GI, cLDL -6,5 GC y -13,3 mg/dl GI, cHDL + 0,9 GC y -0,1 mg/dl GI, triglicéridos + 3,1 GC y + 2,7 mg/dl GI; las diferencias fueron significativas en el colesterol total. La glucemia aumentó 2,9 mg/dl en el GC y disminuyó 0,6 mg/dl en el GI ($p < 0,05$). El riesgo cardiovascular calculado según la fórmula de Framingham (ATPIII 2001) se redujo en el 0,49% en el GC y en el 1,08% en el GI (NS), y en el Score, en el 0,21% en el GC y en el 0,61% en el GI ($p = 0,027$). No se encontraron diferencias en la modificación de pauta de tratamientos farmacológicos entre el momento de inicio y final del estudio entre los dos grupos.

Conclusiones. Una intervención educativa llevada a cabo por parte de enfermería es eficaz en la reducción del peso, la presión arterial, el colesterol y la glucemia. Se observa una reducción del riesgo cardiovascular, que en el Score es significativa y se atribuye a la intervención educativa.

RV-35

PREVALENCIA DE CLAUDICACIÓN INTERMITENTE POR EL CUESTIONARIO DE EDIMBURGO EN PACIENTES EN PREVENCIÓN SECUNDARIA NO DIAGNOSTICADOS DE ENFERMEDAD ARTERIAL PERIFÉRICA. COMPARACIÓN DE LOS CLAUDICANTES TÍPICOS CON LOS ATÍPICOS. ESTUDIO MERITO II

C. Suárez Fernández¹, I. Trouillet Manso², M. Rico Corral³, F. Conde García³, A. Costo Campoamor⁴, J. Ortiz Minuesa⁵ y L. Mateos Polo⁶

Servicio de Medicina Interna. ¹Hospital Universitario de la Princesa. Madrid. ²Hospital del S.A.S. la Línea de la Concepción. Línea de la Concepción (La), Cádiz. ³Complejo Hospitalario Virgen Macarena. Sevilla. ⁴Hospital San Pedro de Alcántara. Cáceres. ⁵Hospital Reina Sofía. Córdoba. ⁶Hospital Universitario de Salamanca. H. Virgen de la Vega. Salamanca.

Objetivos. Conocer la prevalencia de claudicación intermitente en pacientes en prevención secundaria de enfermedad cardiovascular sin diagnóstico de enfermedad arterial periférica (EAP) atendidos en consultas de Medicina Interna. Comparar las características clínicas de los sujetos con claudicación típica y atípica.

Material y métodos. Estudio transversal en pacientes con enfermedad vascular conocida (AP de enfermedad coronaria, enfermedad cerebrovascular o revascularización en esos territorios, sin diagnóstico de enfermedad arterial periférica) de ambos sexos, entre 65 y 85 años, atendidos consecutivamente en consultas de Medicina Interna del territorio nacional entre enero y octubre de 2006. Se realizó despistaje de EAP mediante Cuestionario de Edimburgo y medida del ITB con eco-doppler portátil bidireccional. Se consideró patológico si $< 0,9$. Se excluyeron sujetos con ITB $> 1,4$. Se realizó valoración de otros FRCV.

Resultados. Se incluyeron 1203 sujetos, 55,44% con AP de enfermedad coronaria (EC), 37,82% de enfermedad cerebrovascular (CV), y 6,73% con afectación de ambos territorios. 49,19% diabéticos, edad media 74.28 ± 5,39, 63,61% hombres, 10,39% fumadores, 64,17% dislipidémicos, 79,22% hipertensos. Creatinina media: 1.19 ± 0,79. Triglicéridos: 111 mg/dl. Síndrome Metabólico (ATP III): 47,03. La prevalencia de claudicación y su tipo según el territorio afecto se valoró en 1.191 sujetos (tabla). La presencia de claudicación se asoció de forma significativa a mayor tabaquismo activo, HTA, ausencia de pulsos, glucemia, hbA1c y niveles de creatinina. La claudicación atípica comparada con la típica se asoció significativamente a menor edad, mayor% de mujeres, tabaco activo, HTA, y niveles de PAS.

Conclusiones. Un 12, 31% de los pacientes en prevención secundaria de enfermedad cardiovascular, coronaria o vasculocerebral, y sin diagnóstico de EAP presentan claudicación intermitente estimada por el cuestionario de Edimburgo. En la mitad de ellos, la claudicación es atípica, siendo más frecuente este tipo de claudicación en mujeres diabéticas, hipertensas y fumadoras.

RV-36

FACTORES ASOCIADOS CON LA AUSENCIA DE DESCENSO NOCTURNO DE LA PRESIÓN ARTERIAL EN PACIENTES HIPERTENSOS TRATADOS

A. De la Sierra, J. Sobrino, M. Gorostidi, J. Banegas, J. Martín Oterino, J. Hernandez Criado, S. Suarez Ortega y L. Ruilope

Proyecto Cardiorisc. Mapapres (SEHLELHA).

Objetivos. La ausencia de descenso nocturno de la presión arterial (PA), también conocida como patrón no-dipper de la PA nocturna, se asocia con un incremento de la morbilidad y mortalidad cardiovascular. La descripción de factores clínicos asociados a dicho patrón puede facilitar la identificación de pacientes con dicha alteración del

Tabla 1. Síntomas de claudicación según evento previo ocurrido ($p = 0,6482$) (RV-35).

	Sólo enf. coronaria	Sólo enf. cerebrovascular	Enf. coronaria y enf. cerebrovascular	Muestra total
No claudicación	578 (87,84%)	399 (88,27%)	67 (82,72%)	1.044 (87,66%)
Claudicación definida o típica	39 (5,93%)	26 (5,75%)	8 (9,88%)	73 (6,13%)
Claudicación atípica	41 (6,23%)	27 (5,97%)	6 (7,41%)	74 (6,21%)
Casos válidos	658 (100%)	452 (100%)	81 (100%)	1.191 (100%)

ritmo circadiano de la PA. El objetivo de este análisis fue identificar posibles factores asociados con la presencia de patrón no dipper en pacientes hipertensos tratados.

Material y métodos. Cardiorisc-Mapapres es un proyecto de la SEH-LELHA en el que más de 900 médicos investigadores envían registros de MAPA y los correspondientes datos clínicos a través de la web cardiorisc. Com. Los investigadores reciben un informe de resultados en tiempo real y los registros se almacenan en una base de datos centralizada.

Resultados. Se analizaron 34.563 pacientes hipertensos tratados, 52,9% varones, con una edad media de 59 ± 14 años. La prevalencia global de patrón no dipper fue del 53%. Tras definir la presencia o ausencia de patrón no dipper como la variable dependiente, se realizó un modelo de regresión logística multivariante que incluyó aquellas variables asociadas con la presencia de patrón no dipper en el análisis univariante previo. Dicho modelo mostró que la presencia de patrón no dipper se asociaba con la edad (> 60 años) (Odds ratio [OR] = 1,81, IC95% 1,72-1,89); sexo masculino, OR = 1,04 (1,00-1,09); uso de dos OR = 1,19 (1,12-1,26), o más de dos fármacos antihipertensivos, OR = 1,49 (1,39-1,59), independientemente de la hora de su administración; obesidad, OR = 1,18 (1,12-1,23); ausencia del consumo de tabaco, OR = 1,15 (1,08-1,22); diabetes mellitus, OR = 1,09 (1,02-1,16); presencia de lesión de órganos diana, OR = 1,13 (1,07-1,20); presencia de 1-2 factores de riesgo cardiovascular (FRCV) asociados, OR = 1,05 (0,99-1,12), presencia de un riesgo cardiovascular elevado (3 FRCV o diabetes mellitus o lesión de órganos diana), OR = 1,16 (1,05-1,28), o antecedentes previos de enfermedad cardiovascular, OR = 1,63 (1,48-1,79).

Conclusiones. El patrón no dipper es más frecuente en pacientes hipertensos tratados de edad avanzada, sexo masculino, tratados con dos o más fármacos antihipertensivos, independientemente de la hora de la administración, no fumadores, diabéticos, y aquellos con FRCV asociados, lesión de órganos diana o antecedentes previos de enfermedad cardiovascular.

RV-37

ESTUDIO DESCRIPTIVO DE LOS FACTORES DE RIESGO CARDIOVASCULAR DE LOS PRIMEROS CINCUENTA PACIENTES ATENDIDOS EN UNA CONSULTA DE MEDICINA INTERNA GENERAL

M. Gallego Villalobos, N. Morán Suárez, A. García Bernárdez, I. Fidalgo López, E. Suárez García y E. Vallina Álvarez

Servicio de Medicina Interna I. Hospital Universitario Central de Asturias. Oviedo, Asturias.

Objetivos. Conocer los factores de riesgo cardiovascular de los pacientes que acuden a una consulta de medicina interna general.

Material y métodos. Estudio descriptivo transversal que incluye a los primeros 50 pacientes atendidos en consultas externas de medicina interna en el mes de junio de 2007. Se recogen datos epidemiológicos, talla, peso, índice de masa corporal (IMC), diabetes (DM), hipertensión (HTA) y perfil lipídico.

Resultados. La edad media de los pacientes era de 59,7 años (18), 32 mujeres y 18 varones. El porcentaje de DM era de 18% y el 44% eran hipertensos. De los 9 pacientes diabéticos 8 además eran hipertensos; presentando DM un 22% de los hombres y un 16% de las mujeres e HTA un 47% de las mujeres y el 39% de los hombres. El índice de masa corporal (IMC) medio era de 26,55 (desviación standard 4,65). Del perfil lipídico los niveles medios son: colesterol total 207,1 mg/dl (desviación standard 42,33); HDL-colesterol 63,6 mg/dl (desviación standard 17,37); LDL-colesterol 124,56 mg/dl (desviación standard 34,9) y triglicéridos 95 mg/dl (desviación standard 45,66).

Discusión. Los pacientes que acuden a la consulta de medicina interna presenta elevada prevalencia de factores de riesgo cardiovascular en muchas ocasiones mal controlados.

Conclusiones. En nuestra muestra de pacientes se ha observado un IMC > 25 lo que indica un alto grado de sobrepeso. Incluso el 26% presenta un IMC > 30 (obesidad). Los pacientes diabéticos tienen un IMC superior a la media (28,31). Existe una asociación estadísticamente significativa (test de Fisher $p = 0,007$) entre DM y HTA, el 89% de los diabéticos son hipertensos y el 36% de los hipertensos son diabéticos. La diabetes es más frecuente en los hombres y la hipertensión en las mujeres. En un 33% de los diabéticos el nivel de

LDL-colesterol está por encima de 100 mg/dl. Con estos datos podemos sospechar que existe un mal control de los factores de riesgo cardiovascular especialmente en el paciente diabético dado que presentan un alto porcentaje HTA, sobrepeso y alteración del perfil lipídico. El tamaño muestral probablemente no sea suficiente para evaluar las características reales de nuestros pacientes. Por lo cual ampliaremos el estudio para presentar resultados concluyentes.

RV-38

HIPERURICEMIA ASINTOMÁTICA: IMPACTO DE LA ULTRASONOGRAFÍA

J. García Puig¹, E. De Miguel Mendieta², M. Castillo Gallego², A. López Rocha³, M. Martínez López⁴ y R. Torres Jiménez¹,

¹Servicio de Medicina Interna. Unidad Metabólico-Vascular,

²Servicio de Reumatología, ³Bioquímica, ⁴Servicio de Urgencias. Hospital Universitario la Paz. Madrid.

Objetivos. Localizar, mediante ecografía, la existencia de tofos y/o inflamación subclínica en tendones, tejido sinovial y articulaciones en sujetos con hiperuricemia asintomática.

Material y métodos. Diseño: estudio transversal. Sujetos de estudio: treinta y cinco pacientes con uricemia igual o superior a 7 mg/dl de al menos 2 años de evolución sin síntomas o signos previos de gota. **Métodos.** Se realizó una ecografía 2D en escala de grises. La vascularidad dentro del tofo o en su periferia se evaluó mediante Doppler-color. Los estudios de imagen incluyeron: a) tendones tibiales anteriores y posteriores; b) tendón patelar; c) ligamentos interno y externo colateral de las rodillas; y d) meniscos y recesos sinoviales medial y lateral de las rodillas.

Resultados. La edad media fue 68 ± 16 años (rango, 38-98 años). Veintidós pacientes presentaron síndrome metabólico (ATP III). Los niveles de urato fueron $8,5 \pm 0,1$ mg/dl (rango, 7,5-11,8 mg/dl). La duración media de la hiperuricemia fue de 5 ± 1 años. Se detectaron imágenes ecográficas de tofos en 12 pacientes (34%). Los tofos se localizaron en tendones, tejido sinovial y otros tejidos blandos. Se observó hipervascularización mediante doppler en 8 de dichos pacientes (23% del total). Los tofos se localizaron con mayor frecuencia en las rodillas que en los tobillos y fueron especialmente frecuentes en el tendón patelar distal. La presencia de tofos no se asoció a ninguna de las siguientes variables clínicas: edad, sexo, uricemia, duración de la hiperuricemia y presencia de síndrome metabólico.

Discusión. El presente estudio piloto demuestra que los tofos se observan frecuentemente en sujetos con hiperuricemia asintomática y su presencia no parece estar relacionada con la edad, sexo o presencia de síndrome metabólico.

Conclusiones. La presencia de tofos e hipervascularización (sugestiva de inflamación) es muy frecuente en sujetos con hiperuricemia asintomática. Estos hallazgos deben estimular el uso precoz de tratamiento para prevenir el daño estructural causado por cristales de urato monosódico.

RV-39

RIESGO CARDIOVASCULAR EN PACIENTES VIH

M. Fabiá Valls¹, M. Galindo Puerto¹, V. Giner Galvañ², N. Abdilla Bonías¹, C. Fernández Rodríguez¹, R. Oltra Sempere¹, F. Matínez¹ y J. Redón i Mas¹

¹U. Enfermedades Infecciosas y Servicio de Medicina Interna. Hospital Clínico Universitario. Valencia. ²Servicio de Medicina Interna. Hospital Virgen de los Lirios. Alcoy/Alcoi, Alicante.

Objetivos. Los pacientes infectados con terapia antirretroviral de gran actividad (TARGA) presentan un elevado riesgo cardiovascular, sobre todo si presentan lipodistrofia. La hipertensión arterial (HTA) es el factor de riesgo con mayor impacto en la morbi-mortalidad cardiovascular y renal. Nuestro objetivo fue caracterizar a los pacientes con infección por VIH e HTA de nuestro Hospital y determinar el riesgo de sufrir accidentes cardiovasculares.

Material y métodos. De un total de 1.100 pacientes con infección por VIH atendidos en la Unidad de Enfermedades Infecciosas de nuestro Hospital se recogieron y analizaron las características demográficas, factores de riesgo cardiovascular (FRCV) asociados de los pacientes hipertensos y se realizó un estudio de seguimiento. Se con-

sideraron como FRCV la edad (varones > 55 años y mujeres > 65 años), el sexo, el consumo de tabaco, la hipertensión arterial (valores de presión arterial igual o superior a 135/85 mmHg), historia familiar de familiares de primer grado de enfermedad cardiovascular prematura (menos de 55 años en el varón y menos de 65 años en la mujer), dislipemias (colesterol total > 200 mg/dl, cLDL > 130 mg/dl, cHDL < 40 mg/dl en hombres y < 50 mg/dl en mujeres, triglicéridos > 150 mg/dl), la diabetes mellitus y la obesidad (perímetro cintura en hombres > 102 cm y en mujeres > 88 cm). Se realizó el cálculo del riesgo cardiovascular mediante el sistema SCORE para regiones europeas de bajo riesgo. Así mismo se analizó el tiempo de exposición a TARGA, la afectación de órganos diana y la presencia de eventos cardiovasculares durante un período de seguimiento medio de 3 años.

Resultados. Se diagnosticaron un total de 21 pacientes hipertensos, 18 hombres, con una edad media de 45 (9) años. El factor de riesgo más asociado a la HTA en nuestros pacientes fue la dislipemia (62%), seguido del tabaquismo (52%), la diabetes mellitus (33%) y finalmente la obesidad (29%). Según los criterios propuestos por el NCEP ATP-III la prevalencia del síndrome metabólico en nuestra población fue del 33%. Todos los pacientes se encontraban en tratamiento activo con TARGA en el momento de la recogida de los datos. No hubo ningún caso de HTA secundaria. Con un tiempo de seguimiento medio de 38,76 (16,48) meses, dos pacientes padecieron un accidente cardiovascular (síndrome coronario agudo y accidente cerebrovascular hemorrágico). En un número similar de hipertensos sin VIH, seleccionados por edad y sexo, la prevalencia de factores de riesgo asociados fue menos (dislipemia 42%, tabaquismo 14%, diabetes 10%) mientras que la obesidad fue mayor (42%). Con el mismo tiempo de seguimiento no se registraron accidentes cardiovasculares.

Discusión. En los últimos años se ha puesto de manifiesto que los pacientes con VIH se encuentran en una situación de riesgo cardiovascular elevado. En los distintos estudios publicados parece que la prevalencia de HTA es similar a la existente en población no infectada, pero falta información sobre el tema, ya que se trata del aspecto menos estudiado dentro de los factores de riesgo cardiovascular.

Conclusiones. En el seguimiento del paciente con infección por VIH es fundamental la valoración del riesgo cardiovascular. Aunque la prevalencia de HTA no sea superior a la de la población general, la agregación de factores comporta un elevado riesgo cardiovascular.

RV-40 INSUFICIENCIA RENAL OCULTA ¡UN PROBLEMA MAYOR NO RECONOCIDO!

E. Bosch², C. Culebras², P. Rossique³, A. Ramírez³, A. Guerrero⁴, Z. Santos⁵, L. Calvo⁵ y V. Nieto²

¹Servicio de Endocrinología, ²Servicio de Cardiología, ³Servicio de Nefrología, ⁴Anestesia. Hospital Universitario Insular de Gran Canaria. Palmas de Gran Canaria (Las), Las Palmas.

⁵Servicio de Medicina Interna. Hospital Universitario Materno-Infantil de Canarias. Palmas de Gran Canaria (Las), Las Palmas.

Objetivos. La disfunción renal es un factor de morbimortalidad en la cardiopatía isquémica (CI). **Objetivos:** Valorar la proporción de insuficiencia renal oculta (IRo) en pacientes con CI pendientes de coronariografía (diagnóstica/terapéutica) (cate).

Material y métodos. Recogimos los datos de 128 pacientes, a los cuales se iba a realizar una coronariografía, en el 2006. Se excluían la insuficiencia renal (IR) previa conocida, y/o una creatinina basal $\geq 1,5$ mg/dl, valor acreditado como discriminante de IR. Sus características: edad $60,5 \pm 13$ años, 78% varones, HTA 55%, DM 35%, Tabaco 43%, Dislipemia 43%, IMC 29 ± 6 g/m², Fe $44\% \pm 24$. Analizamos las variables: creatinina sérica basal (mg/dl), aclaramiento de creatinina y filtrado glomerular estimados por ecuaciones Cockcroft-Gault (CoCG) y MDRD-4 respectivamente. Analizamos las posibles variables determinantes de riesgo IRo.

Resultados. La tablas del riesgo cardiovascular actuales, incluye la IR, pero su valor limite esta en creatinina sérica $\geq 1,3$ mg/dl, en nuestra serie solo el 16% tenían IR antes del cate, y lo comparamos con el resultado obtenidos por las formulas (tabla). Las diferencias en los resultados se establecen por el origen de las ecuaciones, sin IR, y con IR previa. Las variables determinantes con un valor de $p < 0,05$ fueron: DM $p < 0,001$, HTA $p < 0,03$, IMC $p < 0,012$, glucemia al ingreso $p < 0,04$, con una tendencia para la edad y FE, $p < 0,06$.

Conclusiones. De los resultados obtenidos, se demuestra que existe una alta prevalencia de IRo. Que la función renal no se debe determinar solo por creatinina sérica, y que existen variables determinantes para la posterior aparición de IR.

Tabla 1. Resultados (RV-40).

F. renal ml/m	1 (> 90) normales	2 (60-89) ligera	3 (30-60) severa
Cockcroft/ml/m	43,8	37,5	18,8
MDRD-4/ml/m	18,8	59,4	21,9

RV-41 ATENCIÓN DEL ICTUS EN UN HOSPITAL COMARCAL ANTES DE LA IMPLANTACIÓN DEL PLAN DIRECTOR DE LA ENFERMEDAD VASCULAR CEREBRAL

A. Pedragosa Vall, C. Sanclemente Ansó, F. Alonso Valdés y J. Vilaró Pujals

Servicio de Medicina Interna. Hospital General de Vic. Vic, Barcelona.

Objetivos. Analizar la calidad asistencial en la atención de los pacientes con enfermedad cerebrovascular aguda en un hospital comarcal tras disponer de los datos obtenidos en una auditoria del ictus realizada en Cataluña "primer audit clínic de l'ictus a Catalunya".

Material y métodos. Se recogen un número predeterminado: 20,40,60 (según el número de casos atendidos/año) de pacientes consecutivos ingresados por patología cerebrovascular aguda según la codificación CIM,9: MD, en nuestro hospital el número de historias a revisar fue de 40 pacientes ingresados durante el período del 15 de enero al 15 de junio del 2005 período previo a la implantación de las guías del ictus del servei catalá de la salut. Los datos se recogieron por facultativos de nuestro centro en un formato electrónico que se accedía a través de un portal web dependiente del departamento de salud. Se realizó una auditoria externa del 10% de las historias clínicas. Es van recollir diferents variables: estándares de atención básica, rehabilitación precoz, medidas preventivas iniciales, evaluación neurológica, calidad de la historia clínica entre otras. El análisis estadístico se realizó a través del "servei catalá de la salut"

Resultados. N = 39 casos válidos/40 (1 caso fue éxito durante el ingreso), con una edad media de 72,3 años, de los cuales el 59% eran hombres. Los factores de riesgo vascular (FRCV) se distribuyen: 69,2% hipertensos, 33,3% dislipémicos, 28,2% diabéticos, 23,1% fumadores, 17,9% presentaban un ictus previo, 15,4% enolismo, 13,2% valvulopatías, 12,8% enfermedad vascular periférica, 12,8% fibrilación auricular, 10,3% IAM antiguo. El diagnóstico principal fue: 76,9% ictus isquémicos, 17,9% hemorragia intracranial. El diagnóstico topográfico se realizó en el 84,62% de los casos (IC TACI 21,21%, IC PACI 36,36%, IC LACI 24,24%, IC POCI 0%, HIC lobar 6,06%, HIC profunda 9,09%, HIC cerebel. Losa 0%, HIC intraventricular 0%). Para la evaluación neurológica se recogió: realización de TC craneal dentro de las primeras 24 horas (100%), exploración neurológica completa inicia (100%), el uso de escalas neurológicas (NIHSS) a las 24 (29%), 48 (34,4%) y 72 horas (33,3%) y la valoración del estado cognitivo (88%). Se realizó movilización precoz en el 67,8%, prevención de la trombosis venosa profunda: 92,8%, manejo de la hipertermia: 91,7%, test de deglución: 37,5%, inicio de antiagregantes en las primeras 48 h: 76,7%, anticoagulación si ACXFA: 66,7%, manejo de la dislipemia: 52,6%, antitrombóticos en el alta: 88,6%. La estancia media fue de 8,9 días, en el momento del alta el 40% fue al domicilio propio, el 31% a un centro de convalecencia, 13% fue éxito, 8% socio-sanitario, 5% al domicilio de la familia, y un 3% a una residencia.

Conclusiones. La hipertensión fue el FRCV más prevalente, solamente un 10% de los pacientes tenían los FRCV controlados con medicación antes del ingreso. El manejo de la dislipemia se realizó en un porcentaje bajo: 52,6%. A medida que pasan las horas existe una relajación en la evaluación del ictus con la escala NIHSS. -Se realizó movilización precoz en un porcentaje no muy alto (67,8%) pero mejor al compararnos con el global de Cataluña (52,5%). Seguimos anticoagulando menos de lo que deberíamos (66,7%). El test de deglución se realiza muy poco como practica habitual (37,5%). Estos datos solamente son orientativos de que existen muchos parámetros sencillos que podrían mejorar la calidad asisten-

cial de los pacientes que atendemos con ictus. Los resultados obtenidos son similares al comparar hospitales comarcales atendidos por internistas que hospitales atendidos por neurólogos.

RV-42

URATO SODICO, SÍNDROME METABÓLICO Y FACTORES DE RIESGO CARDIOVASCULAR

M. Martínez López¹, J. García Puig², M. Mora Lillo², J. Fraile Vicente², J. Montoya Lozano², R. Torres Jiménez³, J. Molero⁴ e I. Laguna Sorinas⁵, en representación del Grupo de Trabajo MAPA

¹Servicio de Urgencias, ²Servicio de Medicina Interna. Unidad Metabólico-Vascular, ³Bioquímica Clínica. Hospital Universitario la Paz. Madrid. ⁴Centro de Salud Mar Báltico. Atención Primaria. Madrid. ⁵Centro de Salud Bustarviejo. Madrid.

Objetivos. Estimar la prevalencia de factores de riesgo cardiovascular (CV) en una población urbana y analizar su asociación con los niveles de urato sérico.

Material y métodos. Diseño: estudio transversal, basado en una muestra aleatoria estratificada por edad y sexo) de la población general del Norte de Madrid. Sujetos: adultos (31-70 años), capaces de desplazarse a su centro de salud de referencia. Métodos: la evaluación clínica incluyó las siguientes determinaciones: 1) entrevista clínica: detección de factores de riesgo cardiovascular (CV); 2) examen físico: presión arterial (PA) por duplicado, circunferencia de cintura, peso y talla; y 3) análisis de sangre basal: glucemia, colesterol total y fracciones (LDL y HDL), triglicéridos y urato. Se definió síndrome metabólico (SM) según los criterios de la ATP III, así como obesidad, hipertensión arterial y dislipemia. El diagnóstico de diabetes se realizó según la última definición de la Asociación Americana de Diabetes (ADA). De una muestra inicial de 1.344 sujetos, solo se determinó urato en 503 sujetos. Las características clínicas de éstos (edad, sexo y factores de riesgo CV) no diferían significativamente del resto de la muestra.

Resultados. Entre los 503 participantes, el 91% presentó dos o más factores de riesgo CV. Estos fueron, por orden de frecuencia, obesidad (57%), sedentarismo (53%), hipertensión arterial (41%), HDL-colesterol elevado (39%), tabaquismo (25%) y diabetes mellitus (10%). Se diagnosticó de SM en un 25% (CI 95% 21-28%). Los pacientes con SM presentaron hiperuricemia (urato sérico ≥ 7 mg/dl) con más frecuencia que aquellos sin SM (24,5 vs. 7,9%). Sus niveles de urato fueron, respectivamente, de 5,9 y 5,0 mg/dl ($p < 0,001$). Los niveles de urato aumentaron desde 4,6 mg/dl en sujetos sin criterio alguno de SM hasta 5,9 mg/dl en los sujetos con los 5 criterios de SM ($p < 0,001$). Dichos niveles se correlacionaron significativamente ($p < 0,01$) con la circunferencia de cintura ($r = 0,46$), triglicéridos ($r = 0,29$), PA sistólica ($r = 0,26$), HDL colesterol ($r = 0,27$), glucosa ($r = 0,26$) y edad ($r = 0,15$).

Discusión. Observamos una elevada prevalencia de factores de riesgo CV en nuestra población, cuya presencia se asocia con elevación de los niveles de urato sérico. De todos ellos, la obesidad abdominal mostró la mayor correlación.

Conclusiones. La hiperuricemia es muy frecuente en pacientes con varios factores de riesgo CV. Su detección debería alertarnos sobre la presencia de SM, con las consiguientes repercusiones terapéuticas.

RV-43

EL DIAGNÓSTICO DE LA DEFICIENCIA DE HPRT EN EL SIGLO XXI

R. Torres Jiménez¹ y J. García Puig²

¹Bioquímica Clínica, ²Servicio de Medicina Interna. Unidad Metabólico-Vascular. Hospital Universitario la Paz. Madrid.

Objetivos. Evaluar el diagnóstico de la deficiencia de hipoxantina-guanina fosforribosiltransferasa (HPRT) antes y después del año 2000. Desde el año 1984, hemos estudiado 36 pacientes con deficiencia de HPRT. Está extensa serie comenzó con la descripción en 1985 de un paciente con deficiencia parcial de HPRT cuya actividad enzimática fue determinada por primera vez en España. A partir de este momento, y como consecuencia de varias publicaciones y de la participación en la Red Temática de Investigación Cooperativa REDEMETH, nos fueron remitidos paciente de toda España para su estudio.

Material y métodos. La deficiencia de HPRT se diagnosticó sobre la base de: (a) Historia clínica (síntomas y signos propios de la deficiencia de HPRT); (b) Determinaciones Bioquímicas: estudio del metabolismo de las purinas en sangre y orina; (c) Determinaciones enzimáticas: disminución de la actividad HPRT en hemolisado con aumento de la actividad adenina fosforribosiltransferasa. En 26 pacientes se analizó la actividad HPRT residual en eritrocito intacto; y (d) Diagnóstico Molecular (en 20 familias se pudo determinar la alteración genética causante del defecto enzimático, lo que permitió el diagnóstico de 58 mujeres con riesgo de ser portadoras).

Resultados. De acuerdo a los datos clínicos, bioquímicos, enzimáticos y moleculares, 15 pacientes fueron diagnosticados como síndrome de Lesch-Nyhan o deficiencia grado 4, y 11 pacientes como deficiencia parcial grados 1 a 3. El número de pacientes diagnosticados aumentó de 22 en los últimos 15 años del siglo XX (1,47 pacientes/año) a 14 pacientes en los 6 primeros años del siglo XXI (2,33 pacientes/año). Todos los pacientes con síndrome de Lesch-Nyhan diagnosticados a partir del año 2000 lo fueron antes de los 4 años de edad, mientras que, antes del año 2000, 8 pacientes fueron diagnosticados después de los 4 años. El tratamiento con alopurinol fue efectivo en todos los casos, preservando la función renal, aunque tres pacientes presentaron litiasis de xantina.

Discusión. Los avances más relevantes en los últimos años se han realizado en el campo del diagnóstico molecular, el cual nos ha permitido un diagnóstico más rápido y fiable del estado de portadora y prenatal. No obstante la determinación enzimática sigue siendo imprescindible para el diagnóstico de la deficiencia de HPRT. En ciertos pacientes (uno con deficiencia total y cuatro con deficiencia parcial) no se detectaron anomalías en la región codificante del gen HPRT. Aún no se ha establecido definitivamente la dosis óptima de alopurinol pero, en nuestra experiencia, cuando se mantienen los niveles de urato sérico por debajo del límite de su solubilidad en suero, se evita su depósito. La aparición de litiasis de xantina debe ser prevenida mediante la determinación de los niveles de oxipurinas en orina, que se deben mantener en un cierto equilibrio con la excreción de úrico.

Conclusiones. El análisis de esta extensa serie de pacientes con deficiencia de HPRT nos ha proporcionado: (a) nueva información científica; (b) la posibilidad de una asociación entre los pacientes y sus familias; y (c) la oportunidad de implicar a diferentes profesionales sanitarios, todo lo cual, en nuestra opinión, ha mejorado notablemente el manejo social y médico de esta enfermedad devastadora.

RV-44

EVALUACIÓN DE LA IMPLANTACIÓN DE MEDIDAS DE PREVENCIÓN SECUNDARIA DE LA ENFERMEDAD CARDIOVASCULAR EN MAYORES DE 80 AÑOS

L. Ferrer Ruscalleda, C. Jericó Alba, T. Catá Fábregas, E. Güell Farré, E. Samper Saldes, E. Villegas Bruguera, J. Altés Capella y F. Ferrer Ruscalleda

Servicio de Medicina Interna. Hospital Dos de Maig de Barcelona-Consorti Sanitari Integral. Barcelona.

Objetivos. La enfermedad cardiovascular (ECV) es la principal causa de morbi-mortalidad del paciente anciano. Las medidas de prevención secundaria (PS) de la ECV han demostrado probada eficacia en la reducción de complicaciones y aumento de la supervivencia, por lo que las guías de prevención y tratamiento recomiendan su aplicación con independencia de la edad. El objetivo del estudio es evaluar en qué proporción se implementan las medidas de PS de la ECV recomendadas por las guías en pacientes mayores de 80 años que ingresan en un Servicio de Medicina Interna.

Material y métodos. En los pacientes ingresados entre julio y diciembre de 2006 con diagnóstico previo o durante el ingreso de cardiopatía isquémica (CI) o equivalente (ictus aterotrombótico, enfermedad arterial periférica y/o diabetes) se revisó si se aplicaban al alta las medidas de intervención propuestas por las guías de PS. Se excluyó a los pacientes que fallecieron durante el ingreso así como a los que presentaban deterioro cognitivo severo, dependencia total para las actividades habituales, reingreso durante el citado período o enfermedad neoplásica diseminada. En los pacientes incluidos se calculó el índice de comorbilidad de Charlson para estimar su pronóstico de mortalidad. Se revisó en los informes de alta si estos incluían consejo antitabaquico o dietético y/o medidas farmacológicas:

terapia antihipertensiva, tratamiento antitrombótico, estatinas, IECAS o ARA-II y betabloqueantes (en pacientes con CI).

Resultados. Se incluyeron 120 de los 313 ingresos revisados (excluidos 193: 51 éxitus, 59 deterioro cognitivo, 71 dependencia total, 7 reingresos y 5 neoplasia diseminada), 56 (46,7%) de los cuales presentaban enfermedad aterosclerótica sintomática y/o diabetes (23 CI, 20 ictus, 12 arteriopatía periférica y 32 diabetes -13 de ellos sin ECV previa-). La edad media fue de $85,8 \pm 4,3$ años, 20 (35,7%) varones y 36 (64,3%) mujeres con un promedio del índice pronóstico de Charlson $3,3 \pm 1,6$. Como factores de riesgo asociados, 3 (5,4%) eran fumadores, 22 (39,3%) presentaban dislipemia y 45 (80,4%) eran hipertensos. El informe de alta incluía consejo dietético en 9 (16,1%) de los pacientes y en ninguno de los 3 fumadores se recomendó abstinencia tabaquica. En relación al tratamiento farmacológico, 40 pacientes (71,4%) recibían terapia antihipertensiva (24 antiagregantes y 16 anticoagulantes orales), 19 (33,9%) estatina, 43 (95,6% de los hipertensos) terapia antihipertensiva, 22 (39,3%) bloqueantes del eje renina-angiotensina-aldosterona (14 con IECA y 8 con ARA-II) y 8 (34,8% de los pacientes con CI) betabloqueantes.

Conclusiones. La implementación de las medidas de PS en la población anciana con aparente buen pronóstico estudiada es discretamente inferior a la reportada para pacientes de edad inferior. Ante el progresivo incremento de la esperanza de vida y el demostrado beneficio de la reducción de riesgo en estos pacientes debe recomendarse una mayor aplicación de las medidas de PS sin considerar la edad del paciente como factor limitante.

RV-45

¿EXISTEN DIFERENCIAS POR SEXOS EN EL CONTROL DE LA HIPERTENSIÓN ARTERIAL? ANÁLISIS MEDIANTE MONITORIZACIÓN AMBULATORIA DE LA PRESIÓN ARTERIAL

J. Segura, M. Gorostidi, J. Sobrino, M. López Mesa, A. Ojeda Sosa, A. De la Sierra, J. Banegas y L. Ruilope
Proyecto Mapapres. Cardiorisc (SEHLELHA).

Objetivos. El objetivo de este estudio analizar si existen diferencias en el grado de control de la hipertensión arterial entre varones y mujeres, mediante la utilización de la monitorización ambulatoria de la presión arterial (MAPA).

Material y métodos. Cardiorisc – Mapapres es un proyecto de la SEH-LELHA en el que más de 900 médicos investigadores envían registros de MAPA y los correspondientes datos clínicos a través de la web cardiorisc. Com. Los investigadores reciben un informe de resultados en tiempo real y los registros se almacenan en una base de datos centralizada desde junio 2004.

Resultados. Se analizaron 34.563 pacientes hipertensos (edad media, 59 ± 14 años, 47,1% mujeres), a los que se realizó una MAPA por diferentes indicaciones: sospecha de hipertensión de bata blanca (8.471 pacientes), evaluación de la eficacia del tratamiento antihipertensivo (14.571 pacientes), estudio del patrón circadiano de la presión arterial (7.488 pacientes), hipertensión refractaria (3.591 pacientes), e hipertensión límite (4.404 pacientes). En algunos pacientes, la MAPA e indicó por más de un motivo. La PA en consulta se calculó como la media de dos mediciones consecutivas. Para la monitorización ambulatoria se utilizaron monitores SpaceLabs 90207 y se aplicó un protocolo estandarizado de medida. En conjunto, el control diurno (promedios de MAPA diurnos $< 135/85$ mmHg) fue del 54,4% en mujeres frente al 43,3% en varones ($p < 0,001$). El control nocturno (promedios MAPA nocturnos $< 120/70$ mmHg) fue del 45% en mujeres frente al 36,4% en varones ($p < 0,001$). El control de 24 horas (promedio MAPA 24-horas $< 125/80$ mmHg) fue del 38,0% en mujeres frente al 27,9% en varones ($p < 0,001$). Las tasas de control diurno, nocturno y de 24 horas fueron significativamente mayores en las mujeres que en los hombres para todas las indicaciones de la MAPA ($p < 0,001$). Estas diferencias fueron especialmente marcadas cuando la MAPA se indicó por sospecha de hipertensión de bata blanca y en pacientes con hipertensión límite (diferencia absoluta de unos 9-13 puntos porcentuales), así como en el período diurno.

Conclusiones. Existen diferencias significativas entre ambos sexos en el grado de control de la hipertensión arterial valorado mediante MAPA, manteniéndose para cada una de las indicaciones de la MAPA, y tanto durante el período diurno como el nocturno.

RV-46

RESULTADOS PRINCIPALES DEL REGISTRO DE 50.000 MONITORIZACIONES AMBULATORIAS DE LA PRESIÓN ARTERIAL. PROYECTO CARDIORISC-MAPAPRES

J. Sobrino, C. Sierra, M. Gorostidi, S. Blanco Guzman, E. Aguilar Cortes, P. Martínez Rodes, A. De la Sierra y L. Ruilope

Proyecto Mapapres. Cardiorisc (SEHLELHA).

Objetivos. Cardiorisc–Mapapres es un proyecto de la Sociedad Española de Hipertensión (SEH-LELHA) que promueve la monitorización ambulatoria de la presión arterial (MAPA) en Atención Primaria. Los objetivos generales son la formación e investigación en PA ambulatoria y la optimización asistencial del paciente hipertenso. Material y métodos. Más de 900 médicos investigadores realizan MAPA en condiciones de práctica habitual procesando los registros en www. Cardiorisc. Com. Los médicos reciben un informe de resultados en tiempo real. Entre junio 2004 y enero 2007 se generó una base de datos de 50.000 registros.

Resultados. Se analizaron 42.886 casos con edad media 59,0 años, 52,8% varones y 37,5% con riesgo cardiovascular alto. La PA clínica fue 149/88 mmHg, la PA ambulatoria diurna 133/80 mmHg y la nocturna 122/69 mmHg. El grado de control de la PA diurna ($< 135/85$ mmHg) fue 49% vs 23% el estimado por una PA clínica $< 140/90$ mmHg. Se detectó una prevalencia de HTA enmascarada de 5%. La prevalencia de un patrón no dipper fue 54%. Esta alteración se relacionó con la edad, el sexo masculino, el tratamiento antihipertensivo farmacológico, la diabetes, el riesgo cardiovascular y con la enfermedad vascular establecida.

Conclusiones. El proyecto Cardiorisc–Mapapres está permitiendo la aplicación de una técnica avanzada en la evaluación del paciente hipertenso a un número muy elevado de casos. La MAPA revela que la estimación del grado de control de la HTA mediante la PA clínica está sometida a errores relevantes y que la prevalencia de alteraciones del ritmo circadiano es muy elevada.

RV-47

ESTUDIO DE ASOCIACIÓN GENÓMICA DE LA AFECTACIÓN RENAL EN LA HIPERTENSIÓN

F. Martínez¹, M. Mansego², F. Chaves², S. Blesa², V. González-Albert², A. García² y J. Redón¹

¹Servicio de Medicina Interna, ²Laboratorio de estudios genéticos. Hospital Clínico Universitario. Valencia.

Objetivos. La aparición de microalbuminuria aumenta la morbi-mortalidad en la hipertensión arterial (HTA) esencial, pero poco se conoce acerca de la base genética de la misma. Es probable que la variabilidad genética, unida a los factores ambientales, juegue un importante papel en el desarrollo de microalbuminuria y por tanto en la afectación renal de pacientes hipertensos. La hipótesis de nuestro trabajo es que exista una asociación genética en el desarrollo de daño renal en la HTA y que la aproximación mediante el análisis genómico completo usando polimorfismos de nucleótidos simples (SNP) puede informarnos de la localización de las regiones del genoma responsables y por ende de los genes candidatos para esta asociación. Por tanto, el objetivo de nuestro estudio es identificar regiones cromosómicas que se asocien a la presencia de daño renal en la HTA.

Material y métodos. Se trata de un estudio de asociación genética indirecto, de tipo caso-control mediante el uso del microarray Gene-Chip Human Mapping 10K de Affimetrix que detecta aproximadamente 11555 polimorfismos de nucleótido simples espaciados 0,32 cM con una buena cobertura del genoma. Se consideró como controles a aquellos sujetos hipertensos persistentemente normoalbuminúricos y como casos: 1) hipertensos con microalbuminuria persistente y 2) hipertensos con nefroangioesclerosis diagnosticada por biopsia o criterios clínicos. Todos los pacientes tuvieron un seguimiento mínimo de 3 años antes de ser clasificados. Para el estudio de SNPs individuales y construcción de haplotipos por regiones cromosómicas, se utilizó el software estadístico HelixTree versión 5.0 (Golden Helix Inc., Bozeman, Montana, USA) que adapta el método de las múltiples divisiones recurrentes al ámbito de la genética. Los resultados de asociación se ajustaron por el método de Bonferroni.

Resultados. La muestra incluía 35 controles (42% mujeres) y 41 casos (34% mujeres). No hubo diferencias significativas para la edad

entre ambos grupos (42,1 a vs 43 a), pero si para los niveles de PAS (143,5 ± 36,7 para los controles vs 163,1 ± 19,7 para los casos, p = 0,01), de PAD (97,5 ± 14,1 vs 103,3 ± 10,9 en controles y casos respectivamente, p = 0,01) y de EUA (0,8 ± 0,7 mg/día en los controles y 1,9 ± 0,3 mg/día en los casos, p = 0,001). Se encontró una región de asociación en cromosoma 4q24. Dentro de ésta el polimorfismo rs233826 presentó una asociación claramente significativa (-log10p = 3,79) y otros tres marcadores (rs63519, rs233826 y rs0951598) mostraron también asociación pero de forma menos significativa (-log10p comprendidos entre 2,22 y 2,47). Dos haplotipos construidos con los SNPs anteriores, mostraron también asociación con el daño renal: (rs63519, rs233826 y rs951598, -log10p = 2,22) y (rs963065, rs1395475, rs1872701, rs1395306, rs170872, rs63519, rs233816, rs951598, rs1075270, rs950882, -log10p = 2,47).

Conclusiones. Hemos encontrado una zona de asociación para la hipertensión induciendo daño renal en el brazo largo del cromosoma 4 (4q24). Dentro de esa región hemos localizado al menos 2 posibles genes candidatos para el daño orgánico en la hipertensión (SLC39A8 y el NFKB1). Pese a esta asociación, dada la alta posibilidad de un resultado falso positivo, sería necesaria su corroboración en otros estudios, así como la realización de un análisis más detallado de la región incluyendo una mayor número de pacientes, lo que dilucidará si esta asociación se mantiene y si es así, lograr una localización más precisa dentro de esa región.

RV-48

IMPLANTACIÓN DE UN NUEVO MÉTODO PARA OPTIMIZAR EL CONTROL DE LOS FACTORES DE RIESGO VASCULAR MEDIANTE UN SISTEMA DE TELEMEDICINA BASADO EN MENSAJERÍA MÓVIL (SMS)

M. Marco Lattur, A. Villoslada Gelabert, L. Arquinio, I. Losada, M. Pérez, A. González, A. De la Peña y J. Buades

Servicio de Medicina Interna. Hospital Son Llatzer. Palma de Mallorca, Illes Balears.

Objetivos. Implementación de un sistema de telemedicina utilizando tecnología móvil para influir en el control de los factores de riesgo cardiovascular mediante el envío sistemático de consejos sobre estilos de vida y recomendaciones terapéuticas a través de sms.

Material y métodos. Desarrollo tecnológico de una plataforma informática de mensajería (sms) con capacidad de gestión de pacientes y de mensajería corta automática a través de una interfaz de trabajo configurable para la creación y envío sistemático y aleatorio de mensaje sms, y con acceso para el facultativo a través de internet. - **Pilotaje:** se ha reclutado a 30 pacientes con factores de riesgo vascular globalmente no controlados, tanto en prevención primaria como en prevención secundaria (enfermedad coronaria) de las consultas externas de Medicina Interna y de Cardiología de nuestro hospital. Los pacientes previamente mostraron su conformidad para participar voluntariamente en esta fase del estudio. La finalidad de este pilotaje fue la puesta en marcha de la plataforma tecnológica de envío de mensajería, verificación de la recepción adecuada de mensajes, detección y solución de errores técnicos, modulación de la frecuencia de envío, y recepción de las incidencias y sugerencias de mejora por parte de los pacientes participantes. Este pilotaje es el paso previo al desarrollo de un estudio de intervención aleatorizado a mayor escala.

Resultados. Mediante este sistema, el facultativo accedió a la información clínica del paciente a través de un portal de internet e introdujo el perfil de factores de riesgo y de mensajería (sms) que se enviaban los teléfonos móviles de cada uno de los pacientes. Un mensaje tipo fue el siguiente: "Tomarse la medicación todos los días y a la hora correcta le aumentará su calidad y su cantidad de vida". Los pacientes recibieron en sus teléfonos móviles mensajes cortos a diferentes intervalos y con diferentes mensajes. Los mensajes tuvieron una frecuencia de 1-2 mensajes semanales y se realizaron durante el período entre las 18:00 horas y las 21:00 horas. No existieron incidencias ni quejas y el funcionamiento de la plataforma fue correcto.

Discusión. A pesar de las evidencias existentes sobre el beneficio de controlar los factores de riesgo, los resultados de los estudios que evalúan el grado de control de cada uno de ellos ponen de manifiesto las dificultades que entraña el control de los factores de riesgo car-

diovascular tanto en atención primaria como en atención especializada. Uno de los factores que influyen decisivamente en el control de los factores de riesgo es el de la adherencia y cumplimentación tanto terapéutica como de estilos de vida. En este tipo de patologías, la pérdida de fidelidad en las medidas higienico-dietéticas y farmacológicas suelen ser frecuentes. Consideramos que si establecemos un sistema ágil y dinámico de comunicación (como es el sms de la telefonía móvil) con el paciente de alto riesgo vascular mediante el cual podamos transmitirle consejos periódicos sobre la importancia clínica que tiene la adherencia a los estilos de vida sanos y la cumplimentación terapéutica, podríamos influir positivamente sobre el grado de control de factores de riesgo vascular y, por tanto, sobre la incidencia de morbimortalidad por dicha causa.

Conclusiones. Las nuevas tecnologías (mensajería sms a través de telefonía móvil) pueden constituir una herramienta de comunicación, fidelización y cumplimentación terapéutica eficaz para mejorar el control de patologías crónicas como la enfermedad cardiovascular.

RV-49

¿SE DEBERÍA CONSIDERAR EL SÍNDROME METABÓLICO COMO FACTOR DE ALTO RIESGO VASCULAR?

N. Cubino Boveda, E. Puerto Pérez, M. Dávila Valls, A. Antolí, J. Martín Oterino y A. Sánchez Rodríguez

Servicio de Medicina Interna. Hospital Universitario de Salamanca. H. Virgen de la Vega. Salamanca.

Objetivos. Valorar la prevalencia del SM (síndrome metabólico) en Salamanca. Analizar si existen diferencias entre pacientes diagnosticados de SM y aquellos solo HTA en las cifras de TAS y TAD. Ver que tipo de patrón circadiano presentan los enfermos según variabilidad de TA de 24h y observar si existe influencia del SM y sexo sobre dicho patrón. Estratificar el riesgo vascular en SM por diferentes tablas, según los factores de riesgo que integren el diagnóstico de SM. Cuantificar cuales de ellos estratificados como riesgo alto se encuentran antiagregados.

Material y métodos. Realizamos un estudio transversal y descriptivo, donde incluimos 273 pacientes, 208 diagnosticados de SM por ATP III; cintura > 100 varones y > 88 mujeres; TG > 150; C-HDL < 40 en varones y < 50 mujeres; TA > 130/85 mmHg; Glucosa > 110 mg/dl, y 65 pacientes solo HTA (controles), en edades 35-80 a y en seguimiento por la Unidad de HTA. Se les realizó: analítica con triglicéridos, HDL, glucemia y medida de cintura. Ponemos MAPA (monitorización ambulatoria de TA 24 h) a 136 enfermos, clasificándolos en cuatro patrones circadianos según variabilidad de TAM (tensión arterial media) nocturna respecto a la diurna; dipper (descenso TAM 10-20%), no dipper (descenso TAM < 10%), riser (TAM nocturna > diurna), y dipper extremo (descenso TAM nocturna > 20%). Se calculó el riesgo vascular a pacientes con SM según las tablas de la Sociedad Europea de HTA, SCORE, Regicor y Framingham.

Resultados. Observamos que existe una prevalencia de 16,3% de SM, y su distribución por sexos es; 13,03% varones y 18,59% mujeres. Las diferencias de TA: SM (síndrome metabólico) TAS 152,7 ± 24,5 y controles HTA; TAS 138,4 ± 17,3 (p 0,08). SM; TAD 8,6 ± 13,2 y controles HTA; TAD 8,2 ± 10,2 (p 0,031). Respecto al patrón predominante en SM observamos: dipper 40,7%, No dipper 42,3%, riser 10%, dipper extremo 2% con p 0,35. En enfermos controles HTA; dipper 44,3%, no dipper 40,6%, riser 11,3%, dipper extremo 3,8%. La estratificación del riesgo vascular; SCORE; bajo 24,7%, moderado 35,6% y alto 39,6%, Sociedad Europea de HTA; bajo 19,8%, moderado 18,8%, alto 61,3%, REGICOR; bajo 63,3%, moderado 30,6%, alto 4,9%, Framingham; bajo 12,8%, moderado 28,7%, alto 57,2%. Los pacientes clasificados de alto riesgo un 14,8% estaban antiagregados.

Discusión. Existe una elevada prevalencia de SM en nuestro medio que coincide con lo observado en la literatura médica y predomina en mujeres. Se puede preveer que el patrón dominante es no dipper, aunque no sea estadísticamente significativo, dada la baja potencia del estudio por tener un número pequeño de pacientes. En individuos HTA sin SM predomina el patrón dipper. Los pacientes HTA con SM presentan cifras más elevadas de TA lo que podría estar asociado al hiperinsulinismo compensador por la insulinorresistencia. Algunas autores consideran al SM como alto riesgo vascular, pero si tomásemos individualmente los componentes de SM observaríamos como este riesgo no sería extrapolable para todas las tablas, y como

la de Framingham y Sociedad Europea clasificaría a la mayoría de los SM como alto riesgo, no sucediendo lo mismo con REGICOR que infraestimaría dicho riesgo.

Conclusiones. Es muy importante estratificar el riesgo en este tipo de pacientes ya que la mayoría de ellos tendrán una probabilidad muy elevada de evento vascular en los próximos años. En un futuro sería interesante analizar cuántos de los pacientes discordantes respecto al nivel de riesgo por las distintas tablas se tratarían de una manera diferente en la práctica. Es fundamental la realización de MAPA, ya que el patrón circadiano podría modificar el riesgo vascular previo. La antiagregación en pacientes de alto riesgo es prioritario. Cualquier tabla existente hoy en día está lejos de ser un instrumento de alta precisión, por lo que se deben considerar como herramientas útiles en prevención primaria de la enfermedad cardiovascular.

**RV-50
FACTORES DE RIESGO CARDIOVASCULAR EN ADULTOS JÓVENES CON SÍNDROME CORONARIO AGUDO**

B. Rodríguez Miranda¹, P. Cubo Romano¹, S. Muñoz Albarrán¹, J. Martínez Consuegra¹, R. Fariñas García¹, R. Barba Martín² y G. García-Casasola¹

¹Unidad de Urgencias, ²Unidad de Medicina Interna. Fundación Hospital Alcorcón. Alcorcón, Madrid.

Objetivos. Valorar los factores de riesgo cardiovascular en adultos jóvenes (edad menor o igual a 40 años) ingresados por síndrome coronario agudo.

Material y métodos. Estudio descriptivo retrospectivo. Desde el año 1999 hasta el 2006 hemos revisado las historias clínicas de todos los pacientes con edad menor o igual a 40 años ingresados en la Fundación Hospital Alcorcón con el diagnóstico principal de síndrome coronario agudo (angor inestable, infarto agudo de miocardio con o sin elevación del ST). En una base de datos recogimos los datos demográficos, factores de riesgo, etiología, complicaciones y tratamiento de los enfermos.

Resultados. Durante el período de tiempo estudiado, en total ingresaron 6.922 enfermos con síndrome coronario agudo (edad 72 ± 12 años; 71% varones). De ellos, 62 (0,9%) tenían edad menor o igual a 40 años (0,9%) (edad media 34,1 ± 5 años; 89% [n = 55] varones). Los factores de riesgo más relevantes en los adultos jóvenes con síndrome coronario agudo han sido: tabaquismo 84% (n = 52), HTA 29% (n = 18), hipercolesterolemia 54,8% (n = 34), diabetes mellitus 8% (n = 5), insuficiencia renal crónica 4,8% (n = 3), trombofilia 6,5% (n = 4) y consumo de cocaína 24,2% (n = 15). De las siete mujeres incluidas tres tomaban anticonceptivos orales. Se realizó cateterismo al 91% de los pacientes (n = 57). Se detectaron lesiones ateroscleróticas coronarias significativas (estenosis > 50%) en el 67,7% de los enfermos. No hubo fallecimientos y sólo hubo complicaciones relevantes en 10 pacientes (mayoritariamente arritmias cardíacas). Desde el punto de vista terapéutico, se hizo trombolisis al 22,6% (n = 14), angioplastia/stent al 52% (n = 32) y cirugía aortocoronaria a un sólo enfermo.

Discusión. Aunque incidencia de cardiopatía isquémica es relativamente baja en adultos jóvenes con respecto a la población general, la aterosclerosis es la etiología subyacente más frecuente. A pesar de la juventud de los enfermos, en más del 65% de los casos se detectaron lesiones ateroscleróticas coronarias significativas. El tabaquismo es el factor de riesgo de aterosclerosis evitable más frecuente en los adultos jóvenes estudiados, como también se ha podido comprobar en otras grandes series de pacientes procedentes de ensayos clínicos. El porcentaje de fumadores (superior al 80%) en este grupo de enfermos es considerablemente superior al de la población general (generalmente inferior al 40%). También resulta llamativa la alta tasa de hipercolesterolemia. Por último, el consumo de cocaína es un factor también importante y casi inexistente en pacientes de mayor edad con cardiopatía isquémica.

Conclusiones. El síndrome coronario agudo en adultos jóvenes es poco frecuente con respecto a la población general. La aterosclerosis coronaria es la etiología subyacente más habitual. El tabaquismo, la hipercolesterolemia y el consumo de cocaína son los factores de riesgo más importantes.

**RV-52
LA CISTATINA C COMO FACTOR DE RIESGO CARDIOVASCULAR EN POBLACIÓN ANCIANA**

V. Centeno Peláez¹, J. Pérez Castrillón¹, L. Inglada Galiana¹ y L. Ausín Pérez²

¹Servicio de Medicina Interna. Hospital Universitario Río Hortega. Valladolid. ²Geriatría. Residencia de la tercera edad Parquesol, Junta de Castilla y León. Valladolid.

Objetivos. Determinar la cistatina C como factor de riesgo cardiovascular en población anciana, comparándolo con otros factores de riesgo clásicos como la presencia de enfermedad arterial periférica (EAP), el colesterol, los triglicéridos y la microalbuminuria.

Material y métodos. Se incluyeron en el estudio a 73 pacientes, 59 mujeres y 14 varones, con una edad comprendida entre los 66 y los 104 años, que viven una residencia de ancianos de Valladolid. A estos pacientes se les realiza el índice tobillo-brazo (ITB) como prueba objetiva, no invasiva para determinar la presencia de EAP; considerando patológico un ITB < 0,90, y excluyendo a los que presentaban una arteria no compresible o un ITB > 1,30. También se determinaron una serie de parámetros analíticos como el colesterol total, el colesterol HDL, triglicéridos, microalbuminuria y la cistatina.

Resultados. De los 73 pacientes seleccionados: a 2 no se les pudo realizar el ITB, 15 presentan una arteria no compresible o un ITB > 1,30; de los 58 restantes, 16 presentaban un ITB < 0,90 y 42 un ITB dentro del rango de la normalidad. Los valores en determinados parámetros analíticos se muestran en la Tabla (1). Presentan una correlación estadísticamente significativa la cistatina con la edad y la microalbuminuria (p = 0,003), y la microalbuminuria con el ITB (p = 0,041).

Discusión. Existen unos factores de riesgo cardiovascular tradicionales: la edad, la HTA, el aumento del colesterol LDL y el descenso del colesterol HDL, la diabetes, el tabaquismo, la obesidad y la microalbuminuria. Esta última es un marcador precoz de afectación renal y un factor de riesgo independiente de enfermedad cardiovascular, así como de enfermedad arterial periférica. La cistatina C es un marcador precoz de daño renal, se asocia a progresión de la aterosclerosis y a la aparición de eventos cardiovasculares.

Conclusiones. En este estudio se muestra una correlación estadísticamente significativa entre la microalbuminuria y el ITB, valores elevados de microalbuminuria se correlacionan negativamente con los valores del ITB, mostrando una relación entre EAP y daño renal. No hay una correlación entre la presencia de EAP con otro marcador precoz de afectación renal y aterosclerosis como es la cistatina C, aunque esta última si se relaciona con las cifras de microalbuminuria.

Tabla 1. (RV-52).

Parámetros	Mínimo	Máximo	Media	Desviación típica
Colesterol total	118,00	308,00	208,92	40,77
Triglicéridos	44,00	226,00	108,15	40,44
Colesterol HDL	31,00	115,00	57,38	14,52
Microalbuminuria	2,00	341,00	27,29	64,13
Cistatina C	0,61	1,87	1,05	0,25

**RV-53
CARACTERÍSTICAS DE LOS PACIENTES ATENDIDOS EN UNA CONSULTA ESPECÍFICA DE RIESGO VASCULAR Y SU RELACION CON EL PADECIMIENTO DE DIABETES**

J. Carmona Álvarez¹, A. García Olid¹, C. Rubio Sánchez¹, C. Delgado Gordillo¹, R. Cuenca Acevedo¹, F. Rosa de Paula¹, J. Moreno Izarra¹ y L. Martos Melguizo²

¹Servicio de Medicina Interna, ²Auxiliar de Enfermería. Hospital Alto Guadalquivir. Andújar, Jaén.

Objetivos. Conocer las características de los pacientes remitidos a nuestra consulta de riesgo vascular (RV) y sus diferencias en función de padecer o no diabetes mellitus (DM).

Material y métodos. Recogimos los datos clínicos, antropométricos, bioquímicos y farmacológicos de todos los pacientes remitidos a nuestra consulta de RV durante los primeros 18 meses de funcionamiento. Incluimos todos los parámetros en una base de datos y los analizamos estadísticamente con el programa SPSS.

Resultados. Durante los primeros 18 meses de funcionamiento de nuestra consulta valoramos y decidimos que precisaban seguimiento un total de 300 pacientes (207 diabéticos y 93 no diabéticos). Sus características basales se reflejan en la tabla 1. En las tablas 2 y 3 aparecen las características en función de la presencia o no de diabetes. En nuestros pacientes diabéticos es más frecuente la presencia de cardiopatía isquémica (26 vs 11%), HTA (92 vs 76%), obesidad (73 vs 52%) y sedentarismo (66 vs 46%), síndrome metabólico (87 vs 22%) y tienen un IMC mayor (33,6 vs 30,6), Triglicéridos más elevados (203 vs 124) y menores niveles de HDL (50 vs 53) y LDL (112 vs 123). Tras su primera visita es más frecuente su tratamiento con diuréticos (60 vs 41%), AAS (68 vs 43%) y fibratos (16 vs 7%). Por otro lado es menos frecuente la existencia de enfermedad vascular cerebral (32 vs 60%), cualquier evento cardiovascular previo (61 vs 73%) y el uso de ezetimibe tras la primera visita (3 vs 10%). Lógicamente tanto el Score como el Riesgo Coronario a 10 años fue claramente superior en diabéticos. Aunque no existieron diferencias significativas en los valores medios de TAS ni TAD si las hubo en relación al porcentaje de pacientes con un control adecuado tanto de la TAS como de la TAD (21 vs 41% y 60 vs 76% respectivamente), reflejando un menor porcentaje de control entre los diabéticos. En cuanto al control lipídico, el porcentaje de pacientes diabéticos con LDL bien controlado fue superior al de los no diabéticos (42 vs 37%).

Discusión. No pretendemos que nuestros datos sean extrapolables a la población general ya que existe un importante sesgo de selección. Observamos una importante prevalencia de eventos cardiovasculares previos y de diabetes. Comparando los grupos obtenidos en función de la existencia o no de diabetes obtenemos muchas diferencias tanto en factores de riesgo como en control de los mismos y tratamiento utilizado reflejando en general la dificultad para controlar a los pacientes diabéticos, aunque los dos grupos estaban bastante lejos de los objetivos terapéuticos.

Conclusiones. La prevalencia de factores de riesgo cardiovascular es muy elevada y el control es deficiente incluso entre los pacientes de mayor riesgo, esto se pone de manifiesto especialmente en los pacientes diabéticos

RV-54

CORRELACIÓN ENTRE PROFUNDIDAD DE LA PRESIÓN ARTERIAL E HIPERTROFIA VENTRICULAR IZQUIERDA

C. Calvo¹, J. López¹, M. Rodríguez¹, S. Cinza¹, R. Romero¹, J. González Juanatey², D. Ayala³ y R. Hermida³

¹Unidad de HTA y Riesgo Vascular, ²Servicio de Cardiología. Hospital Clínico Universitario. Santiago de Compostela, A Coruña. ³Laboratorio de Cronobiología y Bioingeniería. Universidad de Vigo. Vigo, Pontevedra.

Objetivos. La hipertrofia ventricular izquierda (HVI) constituye uno de los pilares de la estratificación del riesgo en hipertensos y su regresión debe ser un objetivo terapéutico. Los hipertensos no-dipper tienen un riesgo cardiovascular más alto que los pacientes dipper y esta correlación es significativa en los hipertensos que presentan HVI. El objetivo del estudio fue analizar, en pacientes hipertensos con HVI, si hay relación entre la severidad de la HVI (magnitud del criterio de voltaje) medida con electrocardiograma (ECG) y la variabilidad circadiana de la PA analizada con Monitorización Ambulatoria de la Presión Arterial (MAPA).

Material y métodos. En un cribado de 1.056 pacientes hipertensos esenciales no tratados, atendidos en una Unidad de Hipertensión, se diagnosticó HVI por criterios ECG utilizando el criterio de Sokolow-Lyon (suma de onda R en V5 y V6 + onda S en V1 > 35 mm), el criterio de voltaje de Cornell (suma de onda R en aVL + onda S en V3 > 20 mm en mujeres o > 28 mm en varones), o ambos criterios. En todos los pacientes en los que se observaba HVI en el ECG se realizó una evaluación clínico-biológica, con medida de la PA clínica y ambulatoria. La PA se monitorizó durante 48 horas. La actividad física se monitorizó cada minuto con un actígrafo de muñeca, para calcular las medias diurna y nocturna de PA de cada paciente en función de su actividad y descanso. Se analizó la correlación existente entre los criterios ECG de HVI y los diferentes parámetros clínicos y biológicos evaluados.

Resultados. Se diagnosticó HVI, por cualquiera de los 3 criterios ECG, en 282 pacientes (26,7%). De ellos, 116 (41,1%) cumplieron únicamente el criterio de Cornell, 852 (27%) el de Sokolow-Lyon y 90 pacientes (31,9%) cumplieron ambos criterios. Los pacientes con positividad para los 2 criterios se caracterizan por ser individuos de mayor edad, con un índice de masa corporal más elevado y presen-

tan más enfermedad vascular clínica asociada ($p < 0,001$). También se objetiva que son los que tienen valores más elevados de PA clínica y PA ambulatoria y presentan una reducción significativa en la profundidad de la PA, con un aumento significativo en la prevalencia de patrón no-dipper, en comparación con los otros dos grupos ($p < 0,001$). En un modelo de análisis multivariable, la presencia de HVI definida por ambos criterios ECG se asocia, de manera significativa, con la profundidad de la PA ($p < 0,001$).

Conclusiones. A la vista de estos resultados, en la evaluación diagnóstica de la población hipertensa, es recomendable aplicar los 2 criterios electrocardiográficos para hipertrofia ventricular izquierda (Cornell y Sokolow-Lyon), con el fin de aumentar la detección de HVI y mejorar la estratificación pronóstica de los pacientes hipertensos. Además, existe una relación entre la severidad de la HVI, la alteración en la variación circadiana de la PA y el riesgo cardiovascular, lo que apoya la utilidad del seguimiento con ECG y MAPA de los hipertensos, no sólo para reducir la PA, sino también para conseguir una adecuada regulación en la PA nocturna, con esquemas terapéuticos orientados a regresar la HVI y modular el perfil circadiano de la PA.

RV-55

MEDIDA CLÍNICA DE LA PRESIÓN ARTERIAL, TRATAMIENTO ANTIHIPERTENSIVO Y SUBESTIMACIÓN DEL RIESGO CARDIOVASCULAR

C. Calvo¹, J. López¹, M. Rodríguez¹, M. Romero¹, M. Pazo¹, J. González Juanatey² y R. Hermida³

¹Unidad de HTA y Riesgo Vascular, ²Servicio de Cardiología. Hospital Clínico Universitario. Santiago de Compostela, A Coruña. ³Laboratorio de Cronobiología y Bioingeniería. Universidad de Vigo. Vigo, Pontevedra.

Objetivos. Las Guías utilizadas para la estratificación de riesgo cardiovascular (RCV) en la hipertensión arterial (HTA), establecen la importancia de identificar a los pacientes de Alto RCV y la necesidad de intervención terapéutica en los mismos. Sin embargo, en muchas ocasiones, el médico tiende a subestimar dicho riesgo y no actúa en consecuencia. El objetivo del estudio es evaluar la existencia de inercia clínica en la estratificación del RCV en la población hipertensa.

Material y métodos. Estudio piloto del Proyecto ERGA (Estratificación del Riesgo Cardiovascular en Galicia), en el se participan 18 médicos de 9 Centros de Medicina de Atención Primaria del Área Sanitaria de Santiago de Compostela. Se evalúan-auditan 1.158 historias clínicas en las que se recoge el diagnóstico de HTA, método de medida de PA utilizado y el nivel de RCV de cada paciente (Bajo-B, Moderado-M y Alto-A). Se analiza el grado de control de la HTA (PA < 140/90 mmHg; en diabéticos PA < 130/80 mmHg), independientemente de la toma previa de medicación antihipertensiva antes de la medida de PA y, posteriormente, utilizando las Guías de las Sociedades Europeas 2003, "se corrige" la estratificación del RCV y el grado de control de la HTA, valorando la toma previa de medicación antihipertensiva.

Resultados. De los pacientes evaluados, 1.014 son hipertensos no diabéticos (HND) (edad 58,3 años; 52,1% mujeres; IMC = 29,5 kg/m²) y 144 son hipertensos diabéticos (HD) (edad 63,6 años; 53,5% mujeres; IMC = 31,3 kg/m²). En HND se objetiva HTA controlada en 60,5% de los casos y toma previa de medicación antihipertensiva, antes de medida de la PA, en 77,8% de los pacientes. La estratificación de RCV analizada es: BRCV 43,9%, MRCV 29,7% y ARCV 26,4%, respectivamente. En los HD se objetiva HTA controlada en 38,2%, con toma previa de medicación antihipertensiva en el 80,6% de los pacientes y estratificación de RCV: MRCV en 44,4% y ARCV en 55,6% de los casos. Cuando se "corrige" la estratificación del RCV utilizando los valores de PA obtenidos sin la toma previa de la medicación antihipertensiva, en HND el grado de control de la HTA se reduce al 33,6% ($p < 0,0001$) y la estratificación de RCV cambi: BRCV 15,1%, MRCV 39,6% y ARCV 45,3% ($p < 0,0001$). En HD, el grado de control de la HTA se reduce al 21,5% ($p < 0,0001$) y los pacientes de ARCV aumentan hasta el 95,8% ($p < 0,0001$).

Conclusiones. La subestimación del riesgo cardiovascular en los pacientes hipertensos es un hecho objetivo que, en muchas ocasiones, está condicionado por la inercia clínica al no utilizar correctamente las recomendaciones de las Guías para el diagnóstico y tratamiento de la HTA. Además, se objetiva una percepción de un "buen" control de la HTA, ya que los profesionales sanitarios no tienen en

cuenta la influencia de la toma previa de medicación antihipertensiva sobre los valores obtenidos de PA, que son los que se van a utilizar para la estratificar el riesgo cardiovascular.

RV-56

CONSUMO DE TABACO: UN PROBLEMA SANITARIO OLVIDADO EN LOS PACIENTES INGRESADOS EN UN SERVICIO DE MEDICINA INTERNA

D. Real de Asúa Cruzat, D. Abad Pérez, M. Manzano Luque y C. Suárez Fernández

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

Objetivos. Evaluar la actitud diagnóstico-terapéutica ante los pacientes fumadores activos ingresados en el servicio de Medicina Interna-Infeciosas (M. Int-Inf) del Hospital Universitario de La Princesa (HUP). **Material y métodos.** Se realizó un estudio transversal mediante los informes de alta de 197 pacientes dados de alta consecutivamente del servicio de M. Int-Inf. del HUP a partir de enero de 2007. Variables recogidas: porcentaje de informes en los que se recoge el consumo de tabaco en los antecedentes, el tabaquismo como juicio clínico y la recomendación de su abandono en el tratamiento al alta. En un subgrupo de 97 pacientes ingresados de forma consecutiva en el período de mayo-junio de 2007 se estudiaron mediante una encuesta también las siguientes variables: sexo, edad, motivo de ingreso, factores de riesgo vascular (HTA, DM y DL) y patología de base (cardiovascular, respiratoria y renal). Criterios de exclusión: edad > 84 años, deterioro cognitivo y/o neoplasia activa.

Resultados. Se encuestó a 97 pacientes de edad media 70 ± 13 años (rango 21-84 años). 51 eran varones. 33 pacientes ingresaron por patología cardiovascular o respiratoria, mientras que 64 presentaron un cuadro infeccioso. 15 pacientes eran fumadores, 33 eran exfumadores y 49, no fumadores. La prevalencia de HTA, DM y DL fue del 68%, 27% y 31% respectivamente. 56 pacientes presentaban además antecedentes de lesión de órganos diana del sistema cardiovascular. La historia de tabaquismo se recogió en 134 informes (68%). En total, 45 pacientes (23%) eran fumadores activos. A pesar de que 17 de ellos (38% de los fumadores) ingresaron por patología respiratoria o cardiovascular aguda o crónica reagudizada, el tabaquismo no figuró como diagnóstico adicional en ningún informe de alta. Se recomendó el abandono del tabaco a 2 pacientes (4% de los fumadores) como parte de su tratamiento al alta. 3 enfermos (7% de los fumadores) recibieron consejo oral para su abandono durante su estancia.

Discusión. En los pacientes hospitalizados no se presta la atención debida al tabaquismo como factor de riesgo cardiovascular ni respiratorio. Se recoge como antecedente en algo menos del 70% de los casos, siendo este hecho la única intervención sobre este factor de riesgo. No se considera como juicio diagnóstico, a diferencia de la HTA o la DM, por ejemplo. Tampoco se realiza recomendación alguna para su abandono en la inmensa mayoría de los casos, a pesar de que muchos pacientes ingresan por patología relacionada con ello. **Conclusiones.** Es necesario mejorar la actuación ante el paciente fumador hospitalizado. El consejo de abandono, tanto verbal como escrito, al paciente al alta debe ser un objetivo prioritario.

RV-57

VALOR DE LA DETERMINACIÓN DEL ÍNDICE TOBILLO BRAZO EN ATENCIÓN PRIMARIA EN LOS DISTINTOS SUBGRUPOS DE RIESGO CORONARIO

F. Del Valle Gutiérrez¹, Y. Schmoling Guinovart², A. Moreno Fernández¹, J. Flordelis de la Sierra¹ y M. Aylas Guzmán¹

¹Servicio de Medicina Interna. Hospital 12 de Octubre. Madrid.

²Atención Primaria. Centro de Salud La Solana. Talavera de la Reina, Toledo.

Objetivos. Determinar el valor del índice tobillo brazo (ITB) en la población general, y encontrar variables y situaciones de riesgo que hagan más rentable dicha determinación en la práctica diaria.

Material y métodos. En los pacientes mayores de 50 años de un cupo médico realizamos historia, exploración y datos complementarios adecuados para calcular el riesgo coronario global (RCG) y diagnosticar síndrome metabólico (SM). Además, en los pacientes con

SM según criterios del ATP III, y en un grupo control pareado para edad y sexo, calculamos el RCG con tablas SCORE y REGICOR y realizamos determinación del Índice tobillo Brazo (ITB) mediante Eco Doppler. A dicho fin, se elige el valor tensional más bajo entre la arteria pedia y tibial posterior de cada tobillo. De estos, se elige el valor más alto, que se divide entre la TA braquial más elevada. Consideramos ITB patológico valores inferiores a 0,90 o superiores a 1,30. Cifras entre las señaladas fueron consideradas ITB normal. Relacionamos todas las variables y el nivel de riesgo con el ITB. Para el análisis de datos empleamos el paquete estadístico SPSS 12.0.

Resultados. El ITB fue patológico en 26 pacientes (11,1%) y su presencia se correlacionó positivamente con el aumento de la edad (0,028) y con la HTA sistólica (0,014), y de forma negativa con el consumo de alcohol (0,017). El resto de las variables no presentaron correlación. Además, según las tablas SCORE, la frecuencia de ITB patológico fue más elevada ($p < 0,001$) en el grupo con riesgo elevado (21,25%) que en el de riesgo moderado (7,44%) y fue despreciable en el de riesgo bajo (0,7%). Sin embargo, con las tablas REGICOR no encontramos diferencias en la frecuencia de ITB patológico entre grupos de riesgo, aunque la comparación de medias de ITB y nivel de riesgo estuvieron relacionadas (0,031). Finalmente el ITB patológico fue más frecuente en los sujetos con metabolismo hidrocarbonado alterado, tanto si se trataba de pacientes con hiperglucemia (20% de ITB patológicos, $p < 0,001$), como si se trataba de diabéticos ($p < 0,001$) que ofrecieron un porcentaje similar.

Discusión. Según nuestros resultados, la realización de ITB aporta información añadida en más del 10% de los pacientes de la población general, y supera el 20% en los pacientes añosos, con HTA sistólica, grupo de riesgo elevado según las tablas ESCORE, presencia de hiperglucemia de ayuno o diabetes, como otros han señalado. Por tanto, se realizará en todas estas situaciones. Por el contrario, no debe determinarse en los sujetos con riesgo bajo y en los bebedores, pues el riesgo es mínimo. Los pacientes con ITB alto ($> 1,30$) se beneficiarán de un estudio especializado que aclare su alteración, y los pacientes con ITB bajo ($< 0,90$) y riesgo moderado se beneficiarán de la terapéutica intensiva. Los de riesgo alto se beneficiarán de poner en marcha las pruebas necesarias para detectar afectación de territorios cerebral y coronario que sean subsidiarios de intervención. **Conclusiones.** 1) La determinación de ITB debe ser realizada en todos los pacientes con edad avanzada, HTA, SM, hiperglucemia o diabetes que acudan a consulta de AP, pues modificará nuestra actuación médica en un porcentaje superior al 20%. 2) Por el contrario, no realizaremos ITB en los pacientes que tengan riesgo cardíaco global bajo con las tablas ESCORE, ni tampoco en aquellos que además de no tener factores relacionados con el SM sean bebedores al menos moderados.

RV-58

CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS DE LA HIPERTENSIÓN CLÍNICA AISLADA

A. Felip, E. Vinyole, J. Sobrino, F. Ribo Cruixart, J. Plana Rodríguez, J. Closas Mestres, M. Gorostidi y A. De la Sierra
Proyecto Mapapres. Cardiorisc (SEHLELHA).

Objetivos. Analizar las características clínicas de los pacientes con hipertensión clínica aislada (HCA) atendidos en comparación con el resto de hipertensos y evaluar la sensibilidad y especificidad del clínico para el diagnóstico de HCA.

Material y métodos. Estudio descriptivo, comparativo, transversal, no aleatorizado que incluyó a 6.812 hipertensos sin tratamiento farmacológico a los que su médico les había indicado una monitorización ambulatoria de presión arterial (MAPA, SpaceLabs 90207). En 2.952 casos se indicó por sospecha de HCA. Se definió HCA cuando la presión arterial (PA) clínica era ≥ 140 o 90 mmHg y la PA ambulatoria diurna < 135 / < 85 mmHg (HCA1) o < 130 / < 80 mmHg (HCA2).

Resultados. Cumplían criterios de HCA1 y de HCA2 2.019 (29,6%) y 1.088 (15,9%) pacientes, respectivamente, cuyas medias de edad eran $54 \pm 14,34$ y $55 \pm 14,34$ años, respectivamente, y PA clínicas $148 \pm 12,2$ / $90 \pm 8,7$ mmHg y $148 \pm 12,2$ / $89 \pm 8,3$ mmHg, respectivamente. Los sujetos con HCA1 o HCA2 en comparación con el resto de hipertensos eran mayoritariamente mujeres ($p < 0,05$), de más edad ($p < 0,05$), fumadoras ($p < 0,05$), no dippers ($p < 0,05$), con mayores PA sistólicas en la consulta ($p < 0,05$), aunque con menor riesgo cardiovascular estimado ($p < 0,05$). Ante la sospecha

clínica de HCA, la sensibilidad, la especificidad y los valores predictivos positivo y negativo del médico para diagnosticarla eran del 49,3%, 59,2%, 33,8% y 73,5%, respectivamente.

Conclusiones. La prevalencia de HCA oscila entre el 29% y el 15%, según el criterio empleado. El diagnóstico clínico *a priori* de HCA tiene limitaciones, dadas las características de las variables asociadas y las bajas sensibilidad y especificidad ante su sospecha clínica.

RV-59

EFFECTO SOBRE EL PERFIL CIRCADIANO DE LA PRESIÓN ARTERIAL DE LA COMBINACIÓN FIJA DE ENALAPRIL/NITRENDIPINO 10/20 MG EN DOSIS ÚNICA MATINAL FRENTE A LA MISMA DOSIS EN TOMA NOCTURNA

J. Sobrino¹, J. Plana², J. Vila³, A. Pelegri⁴, A. Mínguez⁵, A. Felip⁶, J. Galcerán⁷, e Investigadores de la Fundación para el Estudio de la HTA de los Hospitales Comarc. (FEHTACC)

¹Servicio de Medicina Interna. Hospital de l'Esperit Sant. Santa Coloma de Gramenet, Barcelona. ²Servicio de Medicina Interna. Hospital Residència Sant Camil. Sant Pere de Ribes, Barcelona. ³Servicio de Medicina Interna. Hospital Municipal de Badalona. Badalona, Barcelona. ⁴Servicio de Nefrología. Hospital Universitari Sagrat Cor. Barcelona. ⁵Servicio de Medicina Interna. Fundació Sanitària d'Igualada F. P. Igualada, Barcelona. ⁶Servicio de Medicina Interna. Hospital de Mataró. Mataró, Barcelona. ⁷Servicio de Nefrología. Centre Hospitalari. Manresa, Barcelona.

Objetivos. Comparar la eficacia de la asociación de enalapril 10 mg con nitrendipino 20 mg, administrada en dosis única matinal frente a su administración nocturna, a pacientes afectos de HTA esencial ligera o moderada (PA clínica > o igual a 140/90 mmHg y < 180/110 mmHg), sobre el mantenimiento de un perfil circadiano de la presión arterial dipper (D) o reductor.

Material y métodos. Hipertensos de ambos sexos > 18 años, no tratados con HTA moderada (PAS clínica 160-179 y PAD clínica 100-109 mmHg) o tratados en monoterapia con PAS clínica 140-179 y PAD clínica 90-109 mmHg y con PA diurna media por MAPA > 135/85 mmHg. Se inició tratamiento con dosis fija de enalapril 10 mg y nitrendipino 20 mg, en pauta matinal y a las 8 semanas se cambió a pauta vespertina y viceversa, practicándose una MAPA inicial, a las 8 semanas y a las 16 semanas de iniciado el tratamiento.

Resultados. Se han incluido 37 pacientes (23 varones y 14 mujeres) con una edad media de 51,47 años de los que 19 iniciaron el estudio en dosificación matinal y 18 iniciaron el estudio en dosificación vespertina. Al inicio, 26 pacientes (70,3%) presentaban un patrón Dipper y 11 No Dipper (29,7%), siete pacientes no concluyeron el estudio. De los 30 pacientes que finalizaron el estudio 10 pacientes (33,3%) eran ND al inicio. Los cambios de patrón se muestran en tabla adjunta.

Tabla 1. Cambios en patrón circadiano (RV-59).

	Matinal	Vespertina
ND a D	12	15
ND a ND	5	2
ND a D	5	8
D a ND	8	5

RV-60

NIVELES DE PCR ULTRASENSIBLE EN LA POBLACIÓN GENERAL: RELACIÓN CON EL SÍNDROME METABÓLICO
M. Martínez López¹, J. García Puig², M. Mora Lillo³, R. Aragón³, J. Rubio Ruiz⁴, T. Sánchez-Villares⁵, J. Martínez Carrasco⁶ y J. Marcos⁷ en representación del Grupo de Trabajo MAPA

¹Servicio de Urgencias, ²Servicio de Medicina Interna. Unidad Metabólico-Vascular. Hospital Universitario la Paz. Madrid.

³Centro de Salud El Molar, ⁴Centro de Salud Paracuellos del Jarama, ⁵Centro de Salud Dr Tamames. Coslada, ⁶Centro de Salud Fuencarral. Atención Primaria, ⁷Laboratorio Ambulatorio José Marva. Madrid.

Objetivos. Evaluar la asociación entre los niveles de proteína C ultrasensible (PCR) y el síndrome metabólico (SM) en la población general adulta

Material y métodos. Estudio transversal, basado en una muestra aleatoria (estratificada por edad y sexo) de la población general del Norte de Madrid. Sujetos: adultos (31-70 años), capaces de desplazarse a su centro de salud de referencia. Métodos: la evaluación clínica incluyó las siguientes determinaciones: 1) entrevista clínica: cuestionario de datos sociodemográficos y hábitos de vida, detección de factores de riesgo cardiovascular; 2) examen físico: presión arterial por duplicado, circunferencia de cintura, peso y talla; y 3) análisis de sangre basal: glucemia, colesterol total y fracciones (LDL y HDL) y triglicéridos. Se definió SM según los criterios de la ATP III de 2004. De una muestra inicial de 1344 sujetos, solo se determinó PCR en 843 sujetos mediante nefelometría (Dade Behring, Marburg, Germany). Las características clínicas de éstos (edad, sexo y factores de riesgo) no diferían significativamente de los del resto de la muestra.

Resultados. La edad media de los 843 participantes fue de 52,3 ± 10,1 años. El 40% eran varones. Un 49% tenían nivel educativo bajo, un 23% eran fumadores y un 52% eran sedentarios. La prevalencia global de SM, ajustada por edad y sexo, fue de 24,6% (IC 95%: 22,3-26,9). Entre los criterios del SM, la hipertensión arterial (PA >130/85 mmHg) fue el criterio más frecuente (59,2%) entre los varones, mientras que la obesidad abdominal lo fue entre las mujeres (42,7%). Un 35% de los sujetos tenían niveles elevados de PCR (> 3 mg/l). En el análisis univariante, los niveles de PCR elevados se asociaron con sedentarismo (p < 0,07). La relación con edad no llegó al nivel de significación (p = 0,06). No se observó asociación con sexo, nivel educativo ni tabaquismo. La presencia de SM o de alguno de sus componentes se asoció a niveles elevados de PCR (p < 0,05) (excepto HDL colesterol). Se observó un aumento progresivo de los niveles de logPCR en relación con el aumento en el nº de criterios de SM presentes en los pacientes (p < 0,001). En un modelo de regresión múltiple por pasos (que incluyó los 5 componentes del SM como variables continuas, entre otras covariables) la circunferencia de cintura y el nivel educativo bajo fueron los principales predictores de niveles elevados de PCR.

Discusión. Nuestros datos sobre prevalencia de SM revelan una elevada presencia de factores de riesgo cardiovascular en nuestra población, lo que explica la alta frecuencia de niveles elevados de PCR. De todos los componentes del SM, la obesidad abdominal fue el mejor predictor de niveles elevados de PCR, algo previamente descrito en la población de EE.UU. Como dato de especial interés, hemos observado asociación significativa entre bajo nivel educativo y niveles de PCR, que se mantuvo después de controlar por varios factores de confusión. Este hallazgo sugiere que los sujetos con menor nivel de educación (y posiblemente de inferior status socioeconómico) tengan un mayor grado de actividad inflamatoria subyacente como consecuencia de la mayor asociación de factores de riesgo cardiovascular y otros factores ambientales no evaluados en el presente estudio.

Conclusiones. El SM tiene una elevada prevalencia en nuestra población y se asocia a niveles elevados de PCR, sugestivos de proceso inflamatorio crónico. La obesidad abdominal es el criterio de MS más estrechamente asociado con la elevación de PCR.

RV-61

ASOCIACIÓN ENTRE SÍNDROME METABÓLICO Y ENFERMEDAD RENAL PRECOZ ¿UN POSIBLE PAPEL PARA EL ESTRÉS OXIDATIVO?

M. Landecho Acha¹, O. Beloqui Ruiz¹, I. Colina Lorda¹, A. Fortuño Gil², G. Zalba Goñi² y J. Díez Martínez²

¹Servicio de Medicina Interna. Clínica Universitaria de Navarra. Pamplona/Iruña, Navarra. ²Área de Ciencias Cardiovasculares. Centro de Investigación Médica Aplicada (CIMA). Navarra.

Objetivos. El síndrome metabólico (SM) es un conocido factor de riesgo para la aparición de estadios avanzados de enfermedad renal crónica (ERC). El objetivo del presente trabajo es valorar si el SM también participa en los estadios precoces de la ERC (P-ERC), en los que el control de los factores de riesgo puede evitar el progreso a fases más avanzadas de deterioro renal. Por otro lado, dado que se ha demostrado un aumento de estrés oxidativo en sujetos con SM, también hemos analizado la posible implicación del mismo en la iniciación del daño renal, en pacientes con SM.

Material y métodos. Estudiamos 741 sujetos clasificados como pacientes con SM (n = 222) o sin SM (n = 519) según tuvieran tres o

más de los cinco componentes NHLBI 2005. Adicionalmente, en todos se calculó el grado de resistencia a la insulina según el modelo "Homeostasis Model Assessment (HOMA-IR)". También se exploró la relación entre la actividad NADPH oxidasa fagocítica, importante enzima prooxidante, y los niveles plasmáticos de LDL oxidada, como marcador de estrés oxidativo, en relación al estado metabólico y renal. Se definió resistencia a la insulina como $HOMA-IR \geq 3,8$ (mU) (mmol)/l².

Resultados. Comparado con los sujetos con 0 componentes del SM, los participantes con 1, 2, 3, 4, y 5 componentes tenían un Odds ratio (OR) ajustado de P-ERC de 4,33 (IC95%, 1.26 a 14,88), 6,64 (IC95%, 1,93 a 22,85), 9,55 (IC95%, 2,73 a 33,38), 19,52 (IC95%, 5.17 a 73,74), y 25,87 (IC95%, 6.08 a 110.03), respectivamente. En conjunto el OR ajustado por todos los componentes del SM, edad y sexo de P-ERC en los participantes con SM fue de 12,57 (IC95%, 3,78 a 41,70). Asimismo, tras ajuste multivariado por los 5 componentes del SM, edad y sexo, la resistencia a la insulina se mantuvo como factor independientemente asociado a P-ERC (OR 1,89; IC95%, 1.18-3.04). Tanto la actividad NADPH oxidasa fagocítica como la concentración sérica de LDL oxidada fueron superiores en sujetos con SM y P-ERC que en sujetos con SM sin P-ERC o sin SM ni P-ERC (p de tendencia 0,015 y 0,011, respectivamente).

Discusión. La asociación entre la ERC y la mortalidad cardiovascular es bien conocida. Se sabe que una vez el filtrado glomerular desciende por debajo de un nivel crítico, la disfunción renal tiende a progresar hasta la enfermedad renal terminal de manera irremediable. Por este motivo es de capital importancia detectar los sujetos con riesgo elevado de desarrollar enfermedad renal avanzada de manera que se pueda instaurar medidas preventivas. Los hallazgos de este estudio sugieren que tanto el SM como la resistencia a la insulina se asocian con un riesgo elevado de iniciación de daño renal. Se sugiere también que el estrés oxidativo pudiera jugar un papel en esta asociación. Los datos previos abren la puerta a nuevos estudios en los que se valore la efectividad de instaurar tratamiento adecuado para prevenir la progresión del daño renal y su exceso de mortalidad cardiovascular asociada.

Conclusiones. El SM es un importante factor asociado al deterioro de la función renal, incluso desde los estadios precoces de la enfermedad. El mecanismo por el que se produce el daño puede ser el estrés oxidativo y está presente desde el inicio del deterioro. Hacen falta nuevos estudios que evalúen la utilidad del despistaje de la P-ERC y su tratamiento en la prevención de la enfermedad vascular sistémica.

RV-62 INDICE TOBILLO-BRAZO EN CARDIOPATÍA ISQUÉMICA Y ACV

C. Ramos Cantos¹, M. Martín Pérez¹, M. Guil García¹, C. De la Torre Solís², L. Montero Rivas¹ y C. San Román de Terán¹

¹Servicio de Medicina Interna, ²Atención Primaria. Hospital Comarcal de la Axarquía. Vélez-Málaga, Málaga.

Objetivos. Conocer la presencia de enfermedad arterial periférica (EAP) mediante el método del índice tobillo-brazo (ITB) en pacientes ingresados en el Servicio de Medicina Interna del Hospital Comarcal de la Axarquía por cardiopatía isquémica o accidente cerebro vascular durante un período de tres meses.

Material y métodos. Realizamos un estudio descriptivo de una serie de 70 casos analizando factores sociodemográficos, de riesgo cardiovascular asociados, antecedentes de arteriosclerosis, tratamientos previos y datos referentes al episodio: cifras de presión arterial, presencia de arritmias, perfil glucémico, lipídico y función renal. Se aplicó el Cuestionario de Edimburgo de Claudicación Intermitente. Se determinó el índice tobillo brazo mediante una sonda doppler (Mini-Doppler ES-100X) Se consideró la presencia de EAP si el resultado del ITB en cada pierna fue < 0,9 (tomando como ITB de referencia la pierna con el menor resultado). En el análisis de datos se utilizó el programa estadístico SPSS. Para variables continuas la t de Student, en variables cualitativas la Chi Cuadrado. Posteriormente se realizó regresión logística.

Resultados. Analizamos un total de 70 pacientes, de los cuales 38 (53,3%) estaban ingresados por cardiopatía isquémica y 32 (45,7%) por enfermedad cerebrovascular. La edad media de los pacientes fue

de 64 años (34-83). 23 son mujeres (32,9%). Quince pacientes (21,4%) presentaron un ITB < 0,9. Siete pacientes (10%) tuvieron un cuestionario de Edimburgo positivo para claudicación intermitente (sólo 4 de ellos tenían ITB patológico). Presentaban HTA 46 (65,7%), DM-2 26 (37,1%), HLP 29 (41,4%), fumadores 36 (51,4%), FA 6 (8,6%). En el análisis bivariable entre los grupos IBT (+) e IBT (-) no se encontró significación estadística para los factores de riesgo evaluados, excepto para la glucemia basal: ITB (+) 154,5 ± 62,7; ITB (-) 114,5 ± 41,6; p < 0,05. En la regresión logística los resultados fueron similares.

Discusión. Un sencillo método de predecir riesgo aterotrombótico es el ITB que se obtiene del cociente entre la mayor presión sistólica del tobillo y la del brazo. Un bajo ITB (< 0,9) se asocia con el incremento del riesgo de muerte, enfermedad cardiovascular total, enfermedad coronaria, enfermedad cerebro vascular total y arteriopatía periférica, con una prevalencia que alcanza el 25% en las personas mayores de 70 años

Conclusiones. La búsqueda de una EAP desconocida en pacientes con E. cerebrovascular y cardiovascular mediante el cálculo del ITB identifica a pacientes que requieren un seguimiento y tratamiento más agresivo ya que tienen peor pronóstico. En la serie de pacientes analizados en este estudio (portadores de enfermedad cerebrovascular y cardiovascular sintomática), la presencia de EAP se asemeja a las de otras series reportadas en la literatura. Tan sólo las cifras de glucemia en la población con arteriopatía periférica son mayores que en el grupo sin alteración del ITB, manteniéndose como única variable predictora independiente.

RV-63 COMPLICACIONES HEMORRÁGICAS EN PORTADORES DE PRÓTESIS MITRAL METÁLICA

M. Galindo Andúgar¹, L. Fernández-Clemente Martín-Orozco¹, L. González Sánchez², R. Espinosa Aunió³, J. Castellanos Monedero⁴, R. Martín de Diego⁴, F. Martínez Pérez⁵ y C. García Llorente⁶

¹Servicio de Medicina Interna. Hospital General de Tomelloso. Tomelloso, Ciudad Real. ²Servicio de Alergología, ³Servicio de Oncología Médica, ⁴Servicio de Medicina Interna. Complejo Hospitalario La Mancha Centro. Alcázar de San Juan, Ciudad Real. ⁵Servicio de Neurofisiología Clínica. Hospital Universitario Puerta de Hierro. Madrid. ⁶Servicio de Cirugía General. Fundación Hospital Alcorcón. Alcorcón, Madrid.

Objetivos. La mejora en la calidad de vida en pacientes de edad avanzada que precisan sustitución valvular permite la opción de implantar prótesis metálicas, que precisan anticoagulación, con el aumento subsecuente en las complicaciones hemorrágicas. Presentamos tres casos ocurridos en el año 2006 en nuestro hospital.

Material y métodos. Caso 1: mujer de 79 años, HTA, HVI septal moderada, portadora prótesis metálica mitroaórtica, en tratamiento con Acenocumarol, Espironolactona, Pravastatina, Digoxina. Ingreso por astenia de 15 días y melenas, objetivándose anemia microcítica con Hb 6,3. Se realiza gastroscopia: normal, colonoscopia: restos hemáticos digeridos sin lesiones mucosas, cápsula endoscópica: sangrado activo a nivel de yeyuno. Se transfunde. Se comenta con Cirugía: no tratamiento urgente. Al 6º día sin anticoagular, cuadro de hipotensión y deposición con sangre roja: laparotomía urgente con endoscopia intraoperatoria, con sangre roja en intestino delgado sin lesión evidente (¿angiodisplasias?). Sepsis, con buena respuesta al tratamiento. Al 8º día se inició anticoagulación sin problemas. Preciso en total 8 concentrados de hemáties. Caso 2: mujer de 74 años, artrosis, prótesis mitral mecánica, anticoagulada. Sufre caída accidental, con hematoma en brazo, hemitórax y flanco derechos, con descenso de 4 puntos de hemoglobina. Comentada con Cirugía: manejo conservador. No nueva anemización en las siguientes 48 horas. Se reinicia anticoagulación a los 2 días (primero HBPM y después acenocumarol), sin nuevas complicaciones. Caso 3: mujer de 71 años. Prótesis metálica mitroaórtica 16 años antes por valvulopatía reumática, FA crónica, hipotiroidismo. Ingreso por mareo, objetivando FA lenta y BAV completo; se suspende anticoagulación y cuatro días después se implanta marcapasos VVIR. Se pauta HBPM profiláctica. A las 72 horas, tras agitación nocturna se objetiva gran hematoma en hemitórax y mama izquierdas, realizándose cirugía urgente: limpieza de la zona, no desgarros vasculares; trans-

fusión. Tres días después, al reiniciar anticoagulación con heparina iv, nueva anemia y aumento del hematoma, que obliga a transfundir. Se revisa en quirófano: coágulos, sin sangrado activo (limpieza de la zona). 48 horas después se reinicia anticoagulación, con nueva anemia y transfusión, manteniendo heparina sódica a dosis bajas; tras la transfusión se estabiliza la hemoglobina, con aumento de la perfusión hasta dosis plenas, sin nuevas complicaciones. Preciso un total de 11 concentrados de hemáties.

Resultados. En dos de los tres casos, el sangrado fue grave, con inestabilidad hemodinámica, precisando varias transfusiones. En el caso 1 se objetivó sangrado agudo, llegando a permanecer hasta 6 días sin anticoagulación. En el caso 3, se reinició anticoagulación a dosis bajas, y se manejó con transfusiones frecuentes.

Discusión. El manejo de las complicaciones hemorrágicas en pacientes que precisan anticoagulación por ser portadores de prótesis mecánicas mitrales es complejo, y con frecuencia obliga a retirar el tratamiento anticoagulante, a pesar del peligro de trombosis valvular. La recomendación es reiniciar con heparina sódica por la mayor facilidad de revertirla en caso de resangrado. Además los requerimientos transfusionales suelen ser altos, con los riesgos inherentes. **Conclusiones.** Las complicaciones hemorrágicas son un fenómeno raro, aunque en aumento por la mayor calidad de vida y edad de los pacientes tratados con prótesis mitrales metálicas. Se debe intentar un diagnóstico rápido para solucionar la causa del sangrado y reiniciar anticoagulación lo antes posible.

RV-64 HIPERTRIGLICERIDEMIA (HIPERTG) COMO FACTOR DE RIESGO VASCULAR EN PACIENTES CON HIPERCOLESTEROLEMIA FAMILIAR

M. Vallejo Rodríguez, E. Valero Tena, E. Jarauta Simón y F. Civeira Murillo

Servicio de Medicina Interna. Hospital Universitario Miguel Servet. Zaragoza.

Objetivos. El objetivo de este estudio es describir el perfil del paciente FH con hiperTG, así como intentar establecer una posible relación entre TG y grosor de íntima media (IMT) como marcador de riesgo cardiovascular.

Material y métodos. Material y métodos: Estudio de casos-control (Casos = 157; controles = 165), pareados por edad y sexo. Los casos son pacientes con diagnóstico genético de FH, procedentes de la consulta de lípidos del HUMS. Se registraron datos clínicos y analíticos, así como ecografía carotídea para determinación de IMT. Comparamos el perfil lipídico en cada grupo así como su relación con el IMT.

Resultados. Resultados: Se observaron cifras medias de HDL-c similar en ambas muestras, si bien las cifras de colesterol total y no-HDL eran claramente mayores en el grupo FH. Se encontraron niveles de TG mayores en el grupo FH, con una cifra media de 116 mg/dL (IC + 76.434) frente a 79,73 mg/dL (IC + 42.141) en la población control. La muestra FH presentó mayores cifras medias de tensión arterial sistólica (TAS) y diastólica (TAD), así como mayor consumo medio de cigarrillos, si bien no se observaron diferencias entre el IMC medio de ambas muestras. En el análisis de regresión múltiple se encontró asociación significativa entre el conjunto de variables independientes consideradas y la hiperTG ($p = 0,011$), destacando: niveles bajos de HDL-c, aumento de proteína C reactiva, tipo de la mutación, edad y niveles bajos de ApoA1. Comparando a los individuos FH según el cuartil de TG en que se encontraban, se vieron diferencias significativas en valores de IMT en carótida común, bulbo y carótida internas, así como en el tipo de mutación, grado de tabaquismo y PCR.

Discusión. Se conoce la importancia de los llamados FRCV clásicos como predictores de riesgo cardiovascular si bien se han intentado determinar otros factores condicionantes en la aparición de eventos cardiovasculares. Se ha observado valores elevados de triglicéridos en hasta un 25% de pacientes FH si bien no se ha determinado su influencia en el riesgo cardiovascular de estos sujetos. Según los resultados de nuestro estudio se observan diferencias en valores de IMT entre sujetos FH según el cuartil de los valores de triglicéridos si bien estos pacientes eran más fumadores que aquellos con niveles menores.

Conclusiones. Conclusión: Los niveles mayores de TG en sangre en sujetos FH se asocian a un mayor IMT, estando también influenciado este aumento de grosor por otras variables como tabaquismo, niveles de PCR y tipo de mutación responsable.

RV-65

ACTITUDES, CREENCIAS Y PRÁCTICAS DE LOS MÉDICOS INTERNISTAS EN ESPAÑA SOBRE LA HIPERCOLESTEROLEMIA. ESTUDIO PRACTICE

G. Nocea Pulfer¹, A. Fernández Martínez², B. González Pina³, E. Alemao⁴, J. Badía Llach⁵, C. Suárez Fernández⁶ y Estudio PRACTICE

¹Outcomes Research. Merck Sharp Dohme de España. ²Servicio de Medicina Interna. Hospital Universitario Virgen de las Nieves. Granada. ³Servicio de Medicina Interna. Hospital Comarcal del Noroeste de la Región de Murcia. Caravaca de la Cruz, Murcia. ⁴Outcomes Research. Merck Co. White House Station, NJ, USA ⁵Health Economics and Outcomes Research. IMS Health. ⁶Servicio de Medicina Interna. Hospital Universitario de la Princesa. Madrid.

Objetivos. Conocer y evaluar las opiniones de los médicos internistas en España, sobre distintas actitudes, creencias y prácticas relacionadas con la hipercolesterolemia y su tratamiento.

Material y métodos. Estudio observacional, multicéntrico, transversal, que recoge datos de los médicos internistas que han participado en el estudio PRACTICE. Se recogen datos sobre su actividad asistencial y grado de acuerdo sobre aspectos relacionados con la hipercolesterolemia y su tratamiento (escalas-Likert de siete categorías o variables categóricas ordinales).

Resultados. Se incluyen datos de 22 médicos internistas. La mayoría superan los 40 años de edad (81,8%), trabajan en zonas urbanas (86,4%) y el tiempo medio transcurrido desde la licenciatura es de 22 (DE: 8) años. Todos los médicos internistas del estudio están de acuerdo en que, en las directrices nacionales, los niveles objetivo de c-LDL son claros, y el 50% considera que la monoterapia con estatinas es suficiente para alcanzar el objetivo de c-LDL. Para el paciente que no lo alcanza, todos están de acuerdo en que una de las opciones es probar el tratamiento combinado, el 81% incrementar la dosis, y el 9,5% cambiar a otra estatina. El 77% están de acuerdo en que el ajuste a dosis más altas de estatinas viene limitado por un aumento de efectos adversos y en que la realización de analíticas para el control de efectos adversos en pacientes con estatinas no es rentable según el 22,7% de los médicos; además el 33% cree que el incumplimiento es un problema frecuente con dosis más altas de estatinas. Cuando apuntan los motivos más frecuentes que impiden a los pacientes en tratamiento alcanzar el valor objetivo de colesterol, el 77,3% indica el incumplimiento del tratamiento, el 45,5% el incumplimiento de la dieta/ejercicio y el 36,4% las dosis insuficientes/falta de eficacia. El 54,5% de los médicos están de acuerdo con que el incumplimiento es debido a la polimedición, y todos están de acuerdo que la combinación de tratamientos a un solo comprimido aumentaría el cumplimiento.

Conclusiones. Los médicos internistas del estudio PRACTICE detectan la falta de cumplimiento como la principal razón de que los pacientes en tratamiento hipolipemiente no alcancen los niveles objetivo, y consideran que los tratamientos combinados en monodosis, aumentarían el cumplimiento y el logro de los objetivos terapéuticos.

RV-66

ACTITUDES Y CREENCIAS SOBRE LA HIPERCOLESTEROLEMIA Y SU TRATAMIENTO ENTRE LOS PACIENTES TRATADOS POR MÉDICOS INTERNISTAS EN ESPAÑA. ESTUDIO PRACTICE

M. Caloto González¹, J. Troya García², M. Rico Corral³, J. Badía Llach⁴, E. Alemao⁵, C. Suárez Fernández⁶ y Estudio PRACTICE

¹Outcomes Research. Merck Sharp Dohme de España. ²Servicio de Medicina Interna. Hospital Virgen de la Salud. Toledo. ³Servicio de Medicina Interna. Complejo Hospitalario Virgen Macarena. Sevilla. ⁴Health Economics and Outcomes Research. IMS Health. ⁵Outcomes Research. Merck Co. White House Station, NJ, USA. ⁶Servicio de Medicina Interna. Hospital Universitario de la Princesa. Madrid.

Objetivos. Evaluar las opiniones de pacientes con hipercolesterolemia y alto riesgo cardiovascular, tratados por médicos internistas en España, sobre actitudes y creencias relacionadas con la hipercolesterolemia y su tratamiento.

Material y métodos. Estudio multicéntrico, transversal de pacientes con hipercolesterolemia, mayores de 18 años, tratados con estatinas, y con enfermedad coronaria previa o riesgo cardiovascular (CV) equivalente (CHD-CHDe) o con al menos 2 factores de riesgo CV (2 + FR). Se recogen variables sociodemográficas, clínicas y actitudes y creencias de pacientes. Todos los pacientes dieron su consentimiento informado.

Resultados. 22 médicos internistas incluyeron 176 pacientes, de 64 años de media (DE10), 65,3% hombres, y 76,1% en el grupo CHD-CHDe. El 91,4% de los pacientes reconoce que su salud depende en gran parte de sí mismos, y que es fácil seguir las recomendaciones de su médico (92%), que le explica las cosas claramente (89%). El 19% están en desacuerdo con recibir información del nivel de colesterol objetivo, el 14% sobre su nivel de colesterol actual, el 14,3% sobre los riesgos del colesterol elevado, y el 43% sobre los posibles efectos secundarios de los fármacos. Aunque el 70% dice tomar a diario su medicación y el 86,3% está de acuerdo en que aumenta el riesgo de infarto si no la toma regularmente, el 50,3% piensa que no pasa nada si se olvida una dosis esporádicamente, siendo éste la causa más frecuente incumplimiento (35,4%), seguido de la preocupación por los efectos adversos (). Aunque el 95,4% está de acuerdo en que reducir colesterol reduce el riesgo de problemas CV, un 9,7% de los pacientes CHD/CHDe y un 31% de los pacientes con 2 + FR opina que el colesterol elevado no es una enfermedad ya que se encuentra bien y casi el 30% opina que los problemas causados por la diabetes y la hipertensión son mucho más graves que los causados por la hipercolesterolemia.

Conclusiones. Aunque los pacientes reconocen la importancia de la hipercolesterolemia, la ausencia de sintomatología reduce la percepción de enfermedad y aumenta el incumplimiento

**RV-67
PREVALENCIA DE HTA ENMASCARADA EN PACIENTES HIPERTENSOS TRATADOS**

J. Sobrino¹, J. Segura², M. Gorostidi³ en representación del Proyecto ESTHEN (Estudio de la Hipertensión Arterial Enmascarada)

¹Servicio de Medicina Interna. Hospital de l'Esperit Sant. Santa Coloma de Gramenet, Barcelona. ²Servicio de Nefrología. Hospital 12 de Octubre. Madrid. ³Servicio de Nefrología. Hospital San Agustín. Avilés, Asturias.

Objetivos. Debido a la creciente utilización de la Monitorización Ambulatoria de la Presión Arterial (MAPA) en las Unidades de Hipertensión Arterial, se ha detectado que algunos pacientes, que aparentan tener la presión arterial (PA) bien controlada cuando se les mide en la consulta, muestran cifras de PA fuera de control cuando se les somete a una MAPA durante 24 horas (realizando actividad ordinaria). De esta observación ha surgido el concepto de hipertensión arterial enmascarada (HTAE) opuesto al de la hipertensión de "bata blanca". Los pacientes que presentan HTAE tienen el mismo riesgo cardiovascular que los pacientes con hipertensión resistente, pero con el agravante de que dicha condición es desconocida por el mismo paciente y por quien lo trata. El objetivo principal es evaluar la prevalencia de la HTAE entre la población de pacientes hipertensos atendidos en las Unidades de Hipertensión de hospitales de todo el territorio español.

Material y métodos. Estudio prospectivo de una cohorte de pacientes hipertensos controlados en unidades de HTA de todo el territorio español, tratados y controlados (PA clínica < 140/90 y < 130/80 en diabéticos) a los que se les practicó una MAPA sin modificar su tratamiento habitual y se recogieron sus datos antropométricos, antecedentes cardiovasculares previos, presencia concomitante de

otros factores de riesgo vascular, tipo de tratamiento antihipertensivo y analítica básica. Se definió como HTAE la presencia en la MAPA de una PA media del período de actividad $\geq 135/85$ mmHg (130/80 en pacientes diabéticos).

Resultados. Se han analizado 320 pacientes (56% hombres) con una edad media de 56,22 años, 35 pacientes eran diabéticos, 67 pacientes tenían antecedentes de enfermedad cardiovascular previa, 120 presentaban obesidad abdominal y 73 eran fumadores. La PA clínica media fue de $128,7 \pm 7,7$ mmHg para la PAS y de $79,1 \pm 7,1$ mmHg para la PAD. La PA media del período de actividad fue de $129,7 \pm 12$ mmHg para la PAS y de $79,5 \pm 9,4$ mmHg para la PAD. Se constató HTAE en 144 pacientes (48%, IC del 95% entre el 42-53%). No se ha observado asociación entre la HTAE y el sexo, la edad, el IMC, la historia familiar de ECV prematura, la obesidad abdominal, el tabaquismo, el enolismo, la diabetes, la insuficiencia renal, la hipertrofia ventricular izquierda, ni con el perfil lipídico.

Conclusiones. La prevalencia de HTA enmascarada en pacientes hipertensos tratados en nuestra población es de casi la mitad de los pacientes estudiados, sin existir ningún parámetro de los analizados que permita predecir que paciente presentará dicha situación. La utilización de la MAPA (o quizás por lo menos de la automedida domiciliar de la presión arterial) para el control y seguimiento de los pacientes hipertensos es probablemente una herramienta imprescindible en las unidades de HTA.

**RV-68
CONSECUENCIA DE OBJETIVOS EN PACIENTES DE ALTO RIESGO VASCULAR SEGUIDOS EN UNA CONSULTA ESPECÍFICA**

J. Carmona Álvarez¹, A. García Olid¹, C. Delgado Gordillo¹, C. Rubio Sánchez¹, R. Cuenca Acevedo¹, J. Moreno Izarra¹, F. Rosa de Paula¹ y L. Martos Melguizo²

¹Servicio de Medicina Interna, ²Auxiliar de Enfermería. Hospital Alto Guadalquivir. Andújar, Jaén.

Objetivos. Evaluar el grado de control de los principales factores de riesgo cardiovascular en los pacientes seguidos en nuestra consulta Material y métodos. Recogimos los datos clínicos, antropométricos, bioquímicos y farmacológicos de todos los pacientes remitidos a nuestra consulta de RV durante los primeros 18 meses de funcionamiento; tanto de la primera visita como de las sucesivas revisiones. Incluimos todos los parámetros en una base de datos y los analizamos estadísticamente con el programa SPSS

Resultados. Durante los primeros 18 meses de funcionamiento de nuestra consulta valoramos y decidimos que precisaban seguimiento un total de 300 pacientes, 192 han sido revisados a los 6 meses y 50 a los 12 meses. Como podemos ver en la tabla 1 observamos una mejoría en el control de la TAS a los 6 meses, sin apreciar diferencias significativas a los 12 meses ni en el control de la TAD. Los mejores resultados los obtuvimos en el control del colesterol LDL y la HbA1C. A los 6 meses tanto los niveles medios de LDL como de HbA1C fueron inferiores a los basales. A los 12 meses los niveles de LDL fueron inferiores tanto a los basales como a los de los 6 meses. La HbA1C fue significativamente inferior a los 12 meses vs la basal. En la tabla 2 aparece reflejado el porcentaje de pacientes que tenían un control adecuado de los factores de riesgo en función de los objetivos marcados. De nuevo observamos un buen resultado en relación al colesterol LDL y la HbA1C, no así en el control de la TA.

Conclusiones. Nuestros resultados muestran una buena progresión en la consecución de objetivos de cLDL y de diabetes, sin embargo es decepcionante el porcentaje de pacientes con TA controlada, especialmente en relación a la TAS cuyo control no al 30% a los 6 meses.

Tabla 1. Medias en las distintas revisiones (media \pm DS) (RV-68).

	LDL	TAS	TAD	HbA1C
Basal (N = 300)	115,38 \pm 40,1	149,29 \pm 20,4	80,96 \pm 12,9	7,80 \pm 1,9
6 m (N = 192)	91,09 \pm 32,7**	144,75 \pm 19,8*	79,08 \pm 12,2	6,78 \pm 1,5**
12 m (N = 50)	81,12 \pm 31,4**†	14,91 \pm 18,3	77,4 \pm 12,4	6,58 \pm 1,2**
	*p < 0,05 vs basal	**p < 0,001 vs basal	†p < 0,001 vs 6 meses	

Tabla 2. Consecución de objetivos en las distintas revisiones (%) (RV-68).

	Basal (N = 300)	6 m (N = 192)	12 m (N = 50)
BTAS	27	29	18
TAD	65	63	58
HbA1C	< 6,5	24	46
	6,5-7	12	15
	> 7	64	39
LDL	38	63	78

RV-69

SÍNDROME METABÓLICO EN EL LUPUS ERITEMATOSO SISTÉMICO

M. Zamora Pasadas¹, J. Jiménez Jáimez², J. Vargas Hitos¹, J. Sabio Sánchez¹, C. Hidalgo Tenorio¹ y J. Jiménez Alonso¹

¹Servicio de Medicina Interna, ²Servicio de Cardiología. Hospital Universitario Virgen de las Nieves. Granada.

Objetivos. La aterosclerosis (AT) precoz es hoy una de las principales causas de morbimortalidad en el Lupus Eritematoso Sistémico (LES). Algunos estudios sugieren que el Síndrome Metabólico (SM) se relaciona con una mayor probabilidad de desarrollar AT. No está claro cómo contribuyen los factores de riesgo cardiovasculares (FRCV) tradicionales y el SM en la AT en el LES. Este estudio analiza los FRCV, tratamiento, características clínicas-biológicas e inmunológicas en enfermos con LES con SM y sin SM.

Material y métodos. Estudio transversal de casos y controles. Casos: pacientes con LES atendidos en la Unidad de Enfermedades Autoinmunes Sistémicas de nuestro hospital (n = 160). Se recogieron datos demográficos, antropométricos, SLEDAI, SLICC, enfermedades concomitantes y tratamiento. Se utilizó la definición de SM según los criterios de la ATP-III. Para el análisis estadístico se utilizó el programa SPSS versión 13.0.

Resultados. La edad, sexo y escolarización de los LES con SM (N = 33) y de los LES sin SM (N = 127) fueron: 49,1 ± 16,1 vs 41,6 ± 14,1 años; p = 0,008; 91% vs 88%; 6,1 ± 5,7 vs 10,4 ± 4,8 años; p < 0,001, respectivamente. Los LES con SM presentaron, respecto a los LES sin SM, mayores niveles de IMC (30,7 ± 4,9 vs 24,6 ± 4,7 kg/m²; p < 0,001), perímetro abdominal (99 ± 10,6 vs 82,9 ± 12,2 cm; p < 0,001), presión de pulso (59 ± 19 vs 50 ± 14 mmHg; p = 0,012), glucosa en ayunas (89,5 ± 20,4 vs 81,5 ± 9,6 mg/dl; p = 0,001), triglicéridos (149 ± 74 vs 87 ± 40 mg/dl; p < 0,001), ácido úrico (6,3 ± 3,6 vs 4,8 ± 1,6 mg/dl; p = 0,001) y menores niveles de HDL (44 ± 18 vs 62,3 ± 16,4 mg/dl; p < 0,001). Tratamiento (tto): existían más pacientes LES con SM respecto a los LES sin SM que tenían tto con antihipertensivos (69% vs 38%; p = 0,002) y con hipoglucemiantes (15% vs 0%; p < 0,001) pero menos LES con SM en tto con hidroxycloquina al compararlos con los LES sin SM (54% vs 74%; p = 0,05). FRCV: los LES con SM presentaban, respecto a los LES sin SM, más frecuencia de HTA (94% vs 67%; p = 0,004), dislipemia (100% vs 59%; p < 0,001), DM (30% vs 0%; p < 0,001), obesidad (54% vs 13%; p < 0,001), sedentarismo (79% vs 57%; p < 0,041) y enfermedades cardiovasculares (27,3% vs 11,8%; p = 0,052), con especial significación de la enfermedad cerebrovascular (15,2% vs 3,9%; p = 0,049) pero menor prevalencia de hábito tabáquico (15% vs 28%). Características clínicas e inmunológicas: los LES con SM presentaron respecto a los LES sin SM, niveles más bajos de plaquetas (203 ± 84 × 10⁹/l vs 233 ± 69 × 10⁹/l; p = 0,036), cifras más elevadas de complemento: fracción C3 (111 ± 67 vs 95 ± 26 mg/dl; p = 0,003) y mayores niveles de PCR y de VSG (4,5 ± 3,8 vs 0,6 ± 1,8 mg/dl; p = 0,079; 37 ± 27 vs 25 ± 17 mm/h; p = 0,015 respectivamente). Los índices de SLEDAI y SLICC fueron más elevados en los LES con SM que en los LES sin SM (4,5 ± 3,8 vs 3,4 ± 3,3; p = 0,085; 2,6 ± 2,2 vs 1,3 ± 1,5; p = 0,004, respectivamente).

Discusión. Los FRCV son más frecuentes en los enfermos con LES que en la población general, sobre todo la HTA, dislipemia, diabetes mellitus, obesidad y sedentarismo, lo cual se relaciona con el SM. De hecho, estos factores son más frecuentes en los pacientes lúpicos que tienen SM. Los enfermos con LES con SM tuvieron niveles más elevados de C3 y de ácido úrico; el C3 se ha asociado a SM, aumen-

to de triglicéridos y enfermedad coronaria en la población general, mientras que el ácido úrico se ha sugerido en diversos estudios que podría ser un factor de riesgo independiente. La existencia de SM fue menor de forma significativa en los pacientes tratados con hidroxycloquina. En distintos estudios se sugiere que este fármaco podría ejercer un factor protector y se ha asociado con una menor prevalencia de enfermedad cardiovascular.

Conclusiones. De este estudio se deduce la importancia que ejerce, aparte de los factores de riesgo cardiovasculares tradicionales, el propio LES como enfermedad, en el desarrollo de aterosclerosis precoz en estos pacientes.

RV-70

EL POLIMORFISMO RS3806471 DEL GEN ABCG5 INFLUYE EN LA RESPUESTA POSTPRANDIAL EN PERSONAS SANAS

M. Moreno Conde, F. Martín Martos, J. Criado García, J. García Quintana, R. Fernández de la Puebla, F. López Segura, F. Pérez Jiménez y J. López Miranda

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

Objetivos. La absorción intestinal de esteroleos vegetales y colesterol esta relacionada con los genes ABCG5 de la familia de transportadores ABC (ATP binding cassette). El objetivo es evaluar si el polimorfismo rs3806471 en el gen ABCG5 puede modificar la respuesta postprandial en personas sanas.

Material y métodos. Ochenta y ocho voluntarios sanos Apo E3E3, (35 con el genotipo TT, 43 con el genotipo TG y 10 con el genotipo GG), fueron sometidos a un test de sobrecarga oral de grasa con Vitamina A, que consistió en 1 g de grasa por kg de peso corporal y 60.000 UI de vitamina A por metro cuadrado de superficie corporal. Se extrajeron mediciones de sangre en el tiempo cero y cada hora hasta la hora sexta y a partir de aquí cada dos horas y media hasta las once horas. Se determinaron los niveles de colesterol (C), C-HDL, C-LDL, ApoB, ApoA1 y los triglicéridos (TG) plasmáticos, así como el de C, TG, Apo B100, Apo B48 y retinil palmitato (RP) en las lipoproteínas ricas en TG (TRL grandes y pequeñas).

Resultados. Durante el periodo posprandial y en comparación con los individuos de genotipo TT y TG, los individuos con genotipo homocigoto GG mostraron una mayor respuesta en los niveles de C-HDL plasmáticos (p < 0,05) y una menor respuesta en los niveles de TG-TRL grandes (p < 0,05).

Conclusiones. Nuestros resultados demuestran que el polimorfismo rs3806471 situado en el gen ABCG5 podría influir sobre la respuesta postprandial en personas sanas, siendo los individuos con genotipo GG los que presentan un perfil lipídico postprandial menos aterogénico.

RV-71

SÍNDROME METABÓLICO EN LUPUS ERITEMATOSO SISTÉMICO COMPARADO CON LA POBLACIÓN GENERAL

M. Zamora Pasadas¹, J. Jiménez Jáimez², J. Vargas Hitos¹, J. Sabio Sánchez¹, F. Jarilla Fernández¹ y J. Jiménez Alonso¹

¹Servicio de Medicina Interna, ²Servicio de Cardiología. Hospital Universitario Virgen de las Nieves. Granada.

Objetivos. Determinar la prevalencia de Síndrome Metabólico (SM) en Lupus Eritematoso Sistémico (LES) en comparación con un grupo control (GC) formado por sujetos equiparables en sexo, edad y nivel educativo y establecer las características diferenciales entre ambos grupos en cuanto a factores de riesgo cardiovasculares (FRCV) tradicionales y tratamiento.

Material y métodos. Estudio transversal de casos y controles. Casos: pacientes con LES atendidos en la Unidad de Enfermedades Autoinmunes Sistémicas de nuestro hospital (n = 160). Controles: sujetos sanos procedentes del entorno de los investigadores (n = 245). Se recogieron los datos demográficos, antropométricos, SLEDAI, SLICC, datos analíticos, enfermedades concomitantes y tratamiento de los pacientes. La recogida de datos de los sujetos del GC se realizó en las mismas condiciones. Se utilizó la definición de SM según los criterios de la ATP-III. Para el análisis estadístico se utilizó el programa SPSS versión 13.0.

Resultados. La edad, sexo y escolarización de los pacientes con LES y de los sujetos del GC fueron: $43,1 \pm 14,8$ vs $42,3 \pm 9,9$ años, 89% vs 91% mujeres y $9,6 \pm 5,3$ vs $10,1 \pm 2,2$ años, respectivamente. La prevalencia de SM en el grupo LES fue de 21% respecto al 15% del GC, siendo no significativo. Pero al distribuir por tramos etarios, la prevalencia de SM en LES menores de 40 años respecto a sujetos del GC menores de 40 años fue 15,8% vs 4,2%, siendo $p < 0,05$. En el resto de tramos etarios no se halló significación. FRCV: los pacientes con LES presentaron, respecto al GC, niveles más elevados de presión de pulso (52 ± 16 vs 39 ± 11 mmHg; $p < 0,001$), colesterol total y de LDL (185 ± 41 vs 203 ± 36 mg/dl; $p < 0,001$ y 105 ± 32 mg/dl vs 126 ± 34 mg/dl; $p < 0,001$, respectivamente), hábito tabáquico (26% vs 38%; $p = 0,017$), sedentarismo (61% vs 48%; $p = 0,010$), enfermedad cardiovascular en general (16% vs 1,6%; $p < 0,001$) y concretamente mayor prevalencia de cardiopatía isquémica (3% vs 0%; $p = 0,024$), insuficiencia cardíaca crónica (3,8% vs 0,4%; $p = 0,024$), valvulopatías (10% vs 1%; $p < 0,001$) y de enfermedad cerebrovascular (6,3% vs 0%; $p < 0,001$). Tratamiento: había mayor prevalencia de pacientes con LES respecto al GC en tratamiento con antihipertensivos (44% vs 11%; $p < 0,001$), con estatinas (22% vs 3%; $p < 0,001$) y con AINES (36% vs 17%; $p < 0,001$). Al comparar a los pacientes LES con SM ($n = 33$) con los sujetos del GC con SM ($n = 37$), se evidenció que los LES con SM tenían menor nivel educativo ($6,1 \pm 5,7$ vs $9,2 \pm 3,2$; $p = 0,009$), pero mayor presión de pulso (59 ± 19 vs 44 ± 11 mmHg; $p < 0,001$) y de enfermedad cardiovascular (27% vs 2,7%; $p = 0,010$), concretamente de valvulopatías (15% vs 0%; $p = 0,046$) y enfermedad cerebrovascular (15% vs 0%; $p = 0,046$); también había más pacientes con tratamiento antihipertensivo en el grupo de LES con SM respecto al GC con SM (70% vs 40%, $p = 0,028$).

Discusión. El SM fue más prevalente en los pacientes LES que en la población general, aunque no se han hallado diferencias significativas. Al ajustar por edad, la prevalencia de SM fue significativamente mayor en los LES que en los controles en pacientes menores de 40 años, lo cual podría tener importantes implicaciones terapéuticas, al establecer un tratamiento precoz. El nivel educativo es significativamente menor en los LES respecto a los controles, por lo que podría ejercer un papel protector respecto al SM. La prevalencia de enfermedad cardiovascular fue 9 veces mayor en los LES con SM que en los controles con SM, lo que habla a favor de la influencia tanto de los FRCV como de la enfermedad por sí misma. Respecto a los FRCV, los LES presentan mayor frecuencia de HTA, dislipemia, obesidad y sedentarismo que los controles, lo cual se relaciona con el SM.

Conclusiones. EL SM es más frecuente en los pacientes lúpicos menores de 40 años que en la población general, lo que podría contribuir al desarrollo de aterosclerosis precoz. Este hecho no sólo se explica por los tradicionales factores de riesgo sino también por la enfermedad por sí misma.

RV-72

PREDICCIÓN DE LA RESISTENCIA A LA INSULINA MEDIANTE EL USO DE LA MEDIDA DEL PERÍMETRO DE CINTURA (ESTUDIO PRED-IR)

R. Gomis¹, M. De la Figuerola², J. Franch³, R. Rodríguez⁴ y C. Brotons⁵

¹Servicio de Endocrinología. Hospital Clínic i Provincial de Barcelona. Barcelona. ²Atención Primaria. C. A. P La Mina. Barcelona. ³Atención Primaria. C. A. P El Raval. Barcelona. ⁴Departamento Médico. Sanofi Aventis. Barcelona. ⁵Atención Primaria. Investigación ABS Sardeña. Girona.

Objetivos. Evaluar la correlación entre la medida del perímetro de cintura (PC) y la resistencia a la insulina en población atendida en España. **Material y métodos.** Estudio epidemiológico, transversal, en pacientes que acudieron a la consulta de Atención Primaria y centros Especialistas. Se recogía una historia clínica completa del paciente (análisis sanguíneo, datos antropométricos, antecedentes personales y tratamiento). Como medidas de obesidad central se utilizó el perímetro de cintura (PC) y cadera, y el cociente cintura/cadera (C/C). Como medida analítica de insulinoresistencia (IR), se utilizó el índice HOMA (HOMA: homeostasis model assessment for insulin resistance), definida por un índice HOMA mayor o igual 3,5.

Resultados. La muestra final evaluable fue 690 pacientes (97,9% de la muestra inicial), con una edad media de 52 años y un 61,9% de

mujeres. El 76% presentaba sobrepeso u obesidad. La media del PC y de CC fue de 94 cm y de 103 cm respectivamente, y la media del cociente C/C resultó de 0,93. Un 43% de los pacientes presentaban hipertensión arterial y el 66,7% hipercolesterolemia. En cuanto al perfil glucídico, el 10,4% presentaban alteraciones de la glucosa (glucosa plasmática en ayunas > 110 mg/dL) y el 11,3% insulinoresistencia (HOMA-IR). Al relacionar las diferentes medidas de obesidad central con la IR, se observó que el PC era el parámetro que tenía una mayor correlación (coeficiente de Pearson 0,384; $p < 0,0001$). Respecto al valor predictivo del PC, por cada 15 cm de incremento del mismo (1 desviación estándar/DE) se observa un aumento del riesgo de presentar IR (OR: 1,055; IC (95%) = 1,038-1,072). Según género, el PC aparece como factor de riesgo significativo tanto en hombres como en mujeres (OR: 1,047; IC (95%): 1,021-1,073 y OR: 1,062, IC (95%): 1,037-1,087, respectivamente). Según estas OR, en los hombres existe un riesgo 99% mayor de presentar insulinoresistencia por cada 15 cm de incremento del PC y un riesgo 147% mayor en el caso de las mujeres.

Conclusiones. Se ha estudiado el valor predictivo de las medidas antropométricas de adiposidad central (perímetro de cintura y cadera, y cociente C/C) asociadas a insulinoresistencia, con la mejor correlación obtenida a través del PC para la insulinoresistencia. Un aumento del PC se asocia a un mayor riesgo de insulinoresistencia. Un aumento de 1 DE en el PC (15 cm) supone un incremento considerable del riesgo de presentar insulinoresistencia. Palabras clave: Resistencia a la insulina, perímetro de cintura, insulinoresistencia.

RV-73

ENFERMEDAD RENAL CRÓNICA OCULTA EN PACIENTES DE ALTO RIESGO CARDIOVASCULAR (ESTUDIO MULTIRISC)

P. Conthe García¹, A. Cases Amenos², J. González Juanatey³, A. Matali Gilarranz⁴ y C. Garrido Costa⁵

¹Medicina Interna. Hospital General Universitario Gregorio Marañón. Madrid. ²Servicio de Nefrología. Hospital Clínic i Provincial de Barcelona. Barcelona. ³Servicio de Cardiología. Complejo Hospitalario Universitario de Santiago. Santiago de Compostela. A Coruña. ⁴Departamento Médico. Laboratorios Almirall, S.A. ⁵ADKNOMA. Barcelona.

Objetivos. El objetivo fue conocer la prevalencia de enfermedad renal crónica (ERC) oculta en pacientes de alto riesgo o con enfermedad cardiovascular y el control de los factores de riesgo cardiovascular (FRCV) en estos pacientes.

Material y métodos. Estudio transversal y multicéntrico realizado en consultas de cardiología, medicina interna, nefrología y endocrinología principalmente, de todo el territorio español. Se incluyeron pacientes mayores de edad, con riesgo cardiovascular definido por SCORE $> 5\%$ o con diabetes mellitus o alguna enfermedad clínica asociada (ECA). Se consideró ERC oculta cuando el médico no indicaba enfermedad renal en el cuaderno de recogida de datos y el paciente presentaba albuminuria ≥ 200 mg/dL o filtrado glomerular (FG) (MDRD-4) < 60 mL/min/1,73 m². Se consideraron los siguientes valores de control: PA según guías españolas de HTA 2005, colesterol-LDL < 100 mg/dL y hemoglobina glicosilada $< 7\%$ en diabéticos. El análisis estadístico se realizó con el soporte del paquete SAS versión 9.1.

Resultados. Se reclutaron 3.188 pacientes, de los cuales 3.044 (95,5%) resultaron valorables. Un 65,6% fueron varones, la edad media fue de 65,3 años (DT = 11,3) y el IMC medio de 29,4 kg/m² (DT = 4,6). Los valores medios de PAS/PAD fueron 143,1 mmHg (DT = 20,3) y 81,0 mmHg (DT = 12,3). Los FRCV más frecuentes fueron HTA (85,1%) y dislipemia (83,3%), y un 59,2% eran diabéticos. Un 62,4% presentaban afectación vascular, presentando la mayoría una sola localización (46,3%) y siendo la enfermedad coronaria la más frecuente (47,4%). El valor medio de aclaramiento de creatinina (MDRD-4) fue de 64,1 mL/min (DT = 20,7). Se observó que un 25,3% de los pacientes presentaban ERC declarada, un 28,5% ERC oculta y un 46,3% no presentaban ERC. Según especialidades estos porcentajes fueron respectivamente: cardiología 14,1%, 29,8% y 56,1%, medicina interna 23,5%, 33,3% y 43,2%, nefrología 82,3%, 6,2% y 11,5% y endocrinología y otros 14,6%, 34,6% y 50,9%. Se observaron diferencias estadísticamente significativas, entre estos tres grupos de pacientes, en el control de PA

(15,2%, 15,7%, 19,2% respectivamente; $p = 0,0102$), colesterol LDL (37,9%, 28,9%, 34,8%; $p = 0,0005$) y hemoglobina glicosilada (25,7%, 25,7%, 34,5%; $p = 0,0006$).

Discusión. La población de alto riesgo cardiovascular presenta una elevada prevalencia de FRCV y un bajo control de los mismos, observando una alta prevalencia de ERC declarada y oculta, y variaciones importantes entre las diferentes especialidades.

Conclusiones. Es importante la detección de ERC por parte de todos los especialistas que siguen habitualmente estos pacientes para conseguir un mayor control de los FRCV.

RV-74

INFLUENCIA DEL GÉNERO EN LOS MECANISMOS DE ESTRÉS OXIDATIVO EN PACIENTES CON HIPERCOLESTEROLEMIA FAMILIAR HETEROCIGOTA

A. García Ríos, P. Pérez Martínez, N. Delgado, J. Delgado, F. Fuentes, J. López Miranda y F. Pérez Jiménez

Servicio de Medicina Interna. Hospital Universitario Reina Sofía. Córdoba.

Objetivos. El propósito del estudio fue analizar si existen diferencias por sexo respecto a los parámetros lipídicos y marcadores de oxidación en pacientes con HF Heterocigoto en España.

Material y métodos. Análisis de 903 casos con un diagnóstico genético de HF Heterocigota pertenecientes a 953 familias distintas procedentes de 80 centros españoles y registradas en la Cohorte española de Hipercolesterolemia Familiar. Dividimos los casos en hombres (452) y en mujeres (451) y los datos de laboratorio fueron registrados en una base de datos central y se realizó un análisis descriptivo de la misma, comparando las medias mediante una "t" de Student.

Resultados. a) La media de los distintos valores lipídicos fue la siguiente: - Colesterol total: H 246,6 y M 263,3 mg/dl ($p = 0,226$) - Triglicéridos: H 113,1 y M 93,2 mg/dl ($p = 0,001$) - HDL: H 42,8 y M 53,6 mg/dl ($p = 0,003$) - LDL: H 180,5 y M 186,7 mg/dl ($p = 0,476$) - VLDL: H 21,22 y M 18,4 mg/dl ($p = 0,001$) - apoA1: H 141,5 y M 162,2 mg/dl ($p = 0,001$) - apoB: H 121,2 y M 118,5 mg/dl ($p = 0,179$) b) La media de los parámetros de oxidación fue la siguiente: - Ac antiLDL oxidada: H 126635,4 y M 153511,9 ($p = 0,100$) - Lipoperoxidos: H 7,61 y M 7,29 ($p = 0,292$) ** (H): Hombres *(M): Mujeres

Discusión. La Hipercolesterolemia Familiar Heterocigota se asocia a un elevado riesgo de Enfermedad cardiovascular. Los marcadores de oxidación se han relacionado ampliamente con el desarrollo de arteriosclerosis y podrían actuar de manera independiente al género del sujeto.

Conclusiones. El género no predice cambios en el estrés oxidativo en pacientes con Hipercolesterolemia Familiar Heterocigota.

RV-75

ESTUDIO SOBRE LA PERMEABILIDAD CAPILAR

J. De la Vega Sánchez, F. Martínez Peñalver, M. Calle Pareja y T. Monserrat García

Servicio de Medicina Interna. Hospital Virgen Macarena. Sevilla.

Objetivos. En este estudio descriptivo hemos seguido diversos parámetros bioquímicos, que ahora más adelante detallaremos, los cuales han sido modificados por factores externos (elevación de la presión sanguínea, siguiendo el método Landy). Queremos comprobar el efecto sobre la permeabilidad capilar y su posible influencia sobre la ateromatosis vascular.

Material y métodos. En este primer estudio de nuestro proyecto hemos seleccionado a 40 pacientes, todos ellos "sanos", de edades entre los 25 y los 60 años. Se le han hecho dos extracciones sanguíneas, la primera en condiciones basales y la segunda tras haber sometido a la misma vena a una presión sanguínea elevada con un manguito de presión arterial durante 15 minutos sin aflojarlo. Ambas extracciones se hacen con el paciente en decúbito supino, y en ayuno de más de 10 horas. Entendemos por paciente sano en este estudio a aquella persona que no presenta en el momento del estudio ninguna patología que requiera tratamiento médico alguno). En dichas extracciones se han medido diversos parámetros bioquímicos: Perfil general bioquímico (glucosa, urea, creatinina, ácido úrico, pro-

teínas totales, GOT, GPT, GGT, BT, fosfatasa alcalina, fósforo, calcio). -Perfil de riesgo cardio vascular (colesterol total, c-HDL, c-VLDL, triglicéridos, colesterol total/c-HDL, c-VLDL/triglicéridos, apo A-I, apo B-100, fibrinógeno, PCR-Ultra, Lp (a), homocisteína). Proteinograma en suero (albúmina-s, Alfa-1 globulina, Alfa-2 globulina, Beta globulina, Gamma Globulina, cociente Albúmina Globulina).

Resultados. Como se observa en el gráfico y en la tabla que se adjunta, hay una marcada diferencia entre los valores obtenidos en ambas extracciones. Aunque las diferencias se mantienen siempre mayores a un 100%, en el estudio comparado del proteinograma es donde se han observados mayores diferencias entre ambas extracciones.

Discusión. La permeabilidad capilar es un campo amplio que es objeto de debate en la actualidad, siendo estudiada en diversos estudios. Se está comprobando en ensayos experimentales que un aumento de la presión sanguínea, ya sea desde el exterior (siguiendo por ejemplo el método Landy), o con un aumento de la presión arterial sistémica, modifica la permeabilidad capilar mediante diversos mecanismos. Nosotros hemos observado como simplemente ejerciendo cierta presión sobre los vasos sanguíneos las distintas proteínas que habitan en el interior celular y otras circulan en el torrente sanguíneo tiene una mayor capacidad para atravesar las distintas barreras capilares. Teniendo en cuenta que algunas de estas proteínas intervienen en la formación de placas de ateromas (como las HDL), se comprende mejor por qué el aumento de presión sanguínea tiene tantos efectos negativos sobre el aparato cardiovascular de las personas.

Conclusiones. Por ello como primera conclusión recordar que la toma de una muestra sanguínea debe seguir una técnica lo más exacta posible para no obtener resultados erróneos, con las posibles consecuencias clínicas que puede llevar esto (errores en la medición de valores bioquímicos que resultan en un mal ajuste del tratamiento terapéutico). En segundo lugar que la presión ejerce un efecto sobre la permeabilidad capilar y sobre el gradiente de partículas proteicas de diferente tamaño; consecuentemente puede aumentar el paso entre células y torrente sanguíneo de proteínas y otras partículas que intervienen en la ateromatosis sistémica, y aumentar las placas de ateromas, con el riesgo cardiovascular que ello implica. Todo ello nos hace pensar en el mayor control sobre la presión sanguínea que debemos tener en nuestro pacientes, sobre todo en aquellos con riesgo isquémico.

RV-76

ASOCIACIÓN ENTRE DISFUNCIÓN ERÉCTIL Y ENFERMEDAD CORONARIA

S. Cedres, G. Pereda, C. Dufrechou y J. Bagattini

Clinica Medica "2" - Prof. Dr. JC. Bagattini. Hospital Pasteur - Facultad de Medicina del Uruguay.

Objetivos. 1) Conocer la prevalencia de la Disfunción Eréctil (DE) en el paciente con cardiopatía isquémica probable o definida, en el que se indicó cineangiografía (CAG). 2) Valorar la severidad de la DE en función de los hallazgos de la CAG. 3) Registrar cuál fue el síntoma de inicio (el angor o la DE) y el tiempo de latencia entre uno y otro.

Material y métodos. Tipo de estudio: analítico, Retrospectivo, Transversal. Población: pacientes de sexo masculino, usuarios del Hospital Pasteur de Montevideo, en los que se indicó realización de CAG en un período de dos años por cualquier motivo Criterios de exclusión: Paciente que no podían ser evaluados por el interrogatorio (deterioro cognitivo o psicopatía), que no tenían vida sexual activa, que no dieron consentimiento oral para la realización del interrogatorio, que ya recibían tratamiento para la Disfunción Eréctil o pacientes cuya indicación de CAG no fue por cuadro coronario (valoración de insuficiencia cardíaca, o preoperatorio de recambio valvular, o preoperatorio de cirugía no cardíaca). Definiciones: DE: puntaje del International Index of Erectile Function (IIEF) < o igual a 21. La misma se clasificó en Leve: IIEF 21-16, Moderada: IIEF 15-11, Severa: IIEF < 10 Lesiones coronarias significativas: resultado de CAG que evidencia lesiones mayores de 70% en las tres principales arterias epicárdicas y sus ramas o 50% para tronco de arteria coronaria izquierda. Procedimiento: El estudio se basa en el análisis de datos almacenados en el Fondo Nacional de Recursos del

Uruguay, derivados de la solicitud de Cineangiografía realizada por el médico tratante del Hospital Pasteur. De cada paciente incluído se registraron las siguientes variables: Edad, Tipo de CACG: urgencia o coordinación, Motivo de realización de la misma: IAM, angor inestable, angor estable, isquemia silente, Procedimientos previos de revascularización. Resultados de la CACG, dividiéndose en 3 grupos (coronarias angiográficamente normales o con alteraciones mínimas (CAN-AM) –lesiones no significativas– lesiones significativas), Actos derivados post CACG: Angioplastia (APTL), Cirugía de By pass, tratamiento médico por no operable, tratamiento médico por lesiones no significativas, tratamiento médico por ausencia de lesiones. Luego mediante consulta telefónica se realizó la valoración sexológica de la función eréctil. Se aplicaba el cuestionario IIEF-5. Si se definía DE, se interrogaba si la aparición de la misma era previa a la sintomatología coronaria y que tiempo de latencia existía entre ambos síntomas. También se valoraba si recibía tratamiento específico para la misma para excluirlos del estudio.

Resultados. Se registraron un total de 298 CACG realizadas a pacientes de sexo masculino. 34 pacientes no pudieron ser ubicados para la encuesta sexológica, por lo que la población quedó definida en 264. La prevalencia de DE en los pacientes en los que se indicó CACG fue de 81% La misma se discrimina en leve (47/264 FR = 18%), moderada (62/264 FR = 23%) y severa (104/264 FR = 40%) lo que ilustra la relación que tienen por compartir los mismos factores de riesgo. Todos los pacientes con disfunción eréctil severa presentaban lesiones significativas en la CACG. El 78% (166/213) de los pacientes presentaron la DE previo a los síntomas cardíacos, y en la mayoría de estos (82/166 = 49%) el tiempo de latencia entre ambos síntomas fue mayor a 24 meses.

Conclusiones. Es necesaria una correcta valoración de los factores de riesgo vascular en todo paciente que consulta al médico por DE, ya que en la mayoría de los casos se presenta clínicamente con anterioridad a las lesiones coronarias. Todo paciente hombre mayor de 40 años debería ser sistemáticamente interrogado sobre su función eréctil como parte de programas médicos de prevención cardiovascular. La presencia de DE de etiología orgánica debe ser interpretada como un centinela de riesgo coronario. Esto permitirá la detección precoz de factores de riesgo modificables, o prevenir la progresión de la enfermedad cardiovascular ya existente. En todo paciente en el que se detecte DE se debe evaluar el riesgo vascular, corregir los factores de riesgo modificables, indicar antiagregación plaquetaria y modificar el estilo de vida para prevenir la enfermedad coronaria.

RV-77 ESTUDIO DE LA ENFERMEDAD ARTERIAL PERIFÉRICA EN EL ÁREA DE SALUD DE ÁVILA

M. Budiño Sánchez, J. Barragán Casas, M. Álvarez Moya, E. Rodríguez Beltrán, O. Abdallaoui, M. López Fernández, M. Garcinuño Jiménez y D. Sánchez Fuentes

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

Objetivos. Conocer las características de los pacientes de nuestra área de salud que presentan alteración en la determinación del índice tobillo-brazo medido mediante doppler arterial.

Material y métodos. Pacientes con o sin evento cardiovascular previo, recogidos al azar que se les ha realizado la determinación del índice tobillo-brazo mediante doppler arterial.

Resultados. Se realizó el estudio a 124 pacientes. Media de edad $69,42 \pm 9,95$ años. La distribución por sexos fue 77 varones y 47 mujeres. Los resultados fueron: ITB < 0,90: 35 casos (28,22%), ITB > 1,40: 3 casos (2,42%) y normal en 86 casos (69,36%). Los 35 pacientes con ITB < 0,90 tenían las siguientes características: edad $75,15 \pm 6,86$ años, varones 21/35 (60%), mujeres 14/35 (40%), IMC > 25 31/35 (89%), perímetro abdominal alterado 30/35 (85,71%), HTA 28/35 (80%), diabetes 16/35 (45,71%), hipercolesterolemia o en tratamiento 14/35 (40%), HDL < 45 16/35 (40%), LDL > 100 15/35 (42,85%), Triglicéridos > 150 8/35 (22,85%).

Conclusiones. En nuestro estudio el 28,2% de los pacientes tenían un ITB < 0,90, estos eran de mayor edad, predominio varones 3 a 1, obesos e hipertensos.

RV-78 PROFILAXIS DEL TROMBOEMBOLISMO VENOSO EN MEDICINA INTERNA

G. Guerrero Barrero, V. Fernández Auzmendi, A. Arranz Carrero, V. Bejarano Moguer, D. Magro Ledesma y J. Arrebola García

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

Objetivos. Conocer el grado de riesgo de tromboembolismo venoso (TEV) en pacientes de medicina interna tratados con heparina de bajo peso molecular (HBPM) en profilaxis, los hábitos de prescripción y su adecuación a la guía PRETEMED, a si como detectar la prevalencia de pacientes no tratados con riesgo de TEV.

Material y métodos. Estudio descriptivo y transversal realizado en los pacientes ingresados en el Servicio de Medicina Interna durante los días 28, 29 y 30 de junio de 2007. En el período de estudio, había 149 pacientes ingresados, de los cuales se excluyeron 59 que estaban anticoagulados. Los 90 restantes se analizaron dividiéndolos en dos grupos: Grupo A: (53) en tratamiento con HBPM y Grupo B: (37) sin tratamiento con HBPM. Para determinar el nivel de riesgo y la adecuación al tratamiento, se utilizó la guía PRETEMED. Se establecieron 3 niveles de riesgo: "bajo" (1-3 puntos); "moderado" (4 puntos) y "alto" (> 4 puntos). Criterios de adecuación: utilización de HBPM cuando el riesgo de TEV es alto o medio, a la dosis indicada y la no utilización cuando esté contraindicado o el riesgo es bajo. Criterios de inadecuación: 1) por sobreindicación: uso de fármacos en pacientes de bajo riesgo, donde sólo se indican medidas físicas. 2) por subindicación: cuando no se pautaban los fármacos en pacientes de riesgo sin contraindicación. 3) por posología inadecuada: utilizar una pauta o dosis distinta a la recomendada por peso corporal y riesgo. Para el análisis se utilizó el programa SPSS, versión 11,0.

Resultados. Se analizaron 90 pacientes. Grupo A (N = 53): edad media 76,21 años. Mujeres 27 (50,9%). Factores de riesgo más frecuentes: Edad > 60 años (92,5%), infección aguda (30,2%), insuficiencia cardíaca (20,8%), neoplasia y EPOC (11,3%). La pauta más utilizada fue Enoxaparina 40 mg/24 horas. El 18,9% recibía tratamiento simultáneo con antiagregantes plaquetarios. Grupo B (N = 37): edad media 67,38 años. Varones 22 (59,5%). Factores de riesgo: Edad > 60 años (70,3%), infección aguda (40,5%), tabaco (16,2%) y obesidad (10,8%). El 35,3% de los pacientes estaban antiagregados. Ningún paciente recibía medidas físicas como profilaxis. No se describió ningún efecto adverso. Según el riesgo ajustado, 64 (71,1%) tenían un riesgo bajo; 10 (11,1%) un riesgo medio, y 16 (17,8%). No hubo diferencias significativas entre ambos grupos en los niveles de riesgo. El factor de riesgo más frecuente fue la edad mayor de 60 años (83,3%). De los 90 pacientes analizados solo en 34 (37,8%) el tratamiento fue adecuado, mientras que fue inadecuado en 56 (62,2%): 1) por sobreindicación: 38 pacientes (42,2%). 2) por subindicación: 10 pacientes (11,1%) y 3) por posología inadecuada: 8 pacientes (8,8%).

Discusión. Nuestros resultados ponen de manifiesto que la tromboprofilaxis es inadecuada en más de la mitad de los pacientes hospitalizados y que la inadecuación se debe, en la mayor parte de los casos, a sobreindicación. La proporción de pacientes con esta tromboprofilaxis inadecuada, es diferente a la observada en otros estudios; bien es cierto que tal vez el riesgo de los pacientes esté infraestimado, debido a que si nos ceñimos al tratamiento prescrito en la historia, son muy pocos en los que se indica el reposo en cama, no considerándolos como encamados. Además hay un grupo de enfermos cuyo motivo de ingreso fue el estudio de masa pulmonar; a estos los hemos clasificado en el apartado de enfermedad respiratoria y no como enfermedad neoplásica que aumentaría el riesgo. De los pacientes que recibieron profilaxis, un número importante de ellos la recibía a una dosis incorrecta, ya que se tiende a estandarizar la pauta de administración. No se usó en ningún caso las medidas físicas, que podrían ser útiles en pacientes de bajo y medio riesgo.

Conclusiones. 1) Muchos de los pacientes ingresados en Medicina Interna, presentan un riesgo bajo, que en un principio podrían ser subsidiarios de medidas profilácticas físicas que ninguno recibió. 2) El uso de las HBPM en nuestro medio hospitalario, es inadecuado, la mayoría de ellos por sobreindicación. 3) La dosis administrada fue incorrecta en la mitad de los pacientes en los que estaba indicado el tratamiento.

RV-79**HIPERTENSIÓN ARTERIAL RESISTENTE Y VARIACIÓN CIRCADIANA DE LA PRESIÓN ARTERIAL: EL ESTUDIO MAPEC**

C. Calvo¹, R. Hermida², J. López¹, M. Rodríguez¹, D. Ayala², L. Chayán¹, M. Romero¹ y M. Fontao²

¹Unidad de Hipertensión y Riesgo Vascular. Hospital Clínico Universitario. Santiago de Compostela, A Coruña. ²Laboratorio de Cronobiología y Bioingeniería. Universidad de Vigo. Vigo, Pontevedra.

Objetivos. Los pacientes con hipertensión resistente (HR) presentan una alta prevalencia de un patrón no-dipper en la presión arterial (PA) (< 10% de profundidad, definida como el porcentaje de descenso nocturno de la PA, en relación a la media diurna de la PA) y un elevado riesgo cardiovascular. La posible reducción de riesgo cardiovascular asociada a la normalización del patrón circadiano de la PA (aumentando la profundidad con el tratamiento) es todavía objeto de debate. Por ello, hemos cuantificado el valor pronóstico de la profundidad de la PA en pacientes con hipertensión resistente participantes en el estudio MAPEC (Monitorización Ambulatoria de la Presión arterial y Eventos Cardiovasculares), diseñado para investigar si la normalización del perfil circadiano de la PA hacia un patrón más dipper mediante la temporalización del tratamiento antihipertensivo (cronoterapia antihipertensiva) reduce el riesgo cardiovascular.

Material y métodos. En este estudio prospectivo participan 2.848 sujetos del área sanitaria de Santiago de Compostela. De ellos, 486 (232 hombres y 254 mujeres, de 60,6 ± 11,1 años de edad) fueron incluidos por hipertensión resistente. En el momento de su inclusión, la PA se monitorizó durante 48 horas consecutivas. La actividad física se monitorizó simultáneamente cada minuto con un actígrafo de muñeca, y la información así obtenida se utiliza para calcular las medias diurna y nocturna de PA para cada paciente, en función de su horario individual de actividad y descanso. El día de comienzo de la MAPA se realizó una evaluación clínico-biológica de cada paciente, que se repite anualmente o, con mayor frecuencia (cada 3 meses), si hay que modificar el tratamiento antihipertensivo.

Resultados. La mediana del tiempo de seguimiento hasta el momento actual es de 3,9 años (rango 0,5 a 6,8). En función de la MAPA basal, la morbimortalidad cardiovascular fue significativamente menor en los pacientes dipper (2,8 eventos por 100 pacientes-año) que en los no-dipper (3,9) o riser (6,4). Ningún dipper-extremo tuvo evento. Cuando la morbilidad se evaluó en función del perfil de MAPA más próximo al evento (o el último perfil disponible en los pacientes que no presentaron evento), la tasa de eventos disminuyó en los dipper (2,4) y aumentó en los no-dipper (4,0) y riser (7,4), sin que se hayan producido eventos en los pacientes dipper-extremo. La profundidad aumentó durante el seguimiento en los pacientes sin eventos y disminuyó en un 62% en los pacientes que presentaron eventos ($p < 0,001$ entre grupos).

Conclusiones. En pacientes con hipertensión arterial resistente, la probabilidad de supervivencia sin evento cardiovascular está marcadamente relacionada con la profundidad de la presión arterial, lo que ratifica la importancia de la MAPA como una herramienta necesaria para la valoración de riesgo cardiovascular en estos pacientes. Los resultados del estudio, tras 3,9 años de seguimiento, indican que aumentar la profundidad hacia un patrón más dipper mediante la temporalización del tratamiento antihipertensivo (cronoterapia antihipertensiva) disminuye el riesgo cardiovascular, mientras que disminuir la profundidad (lo que, en muchos casos, se asocia a la utilización de fármacos antihipertensivos exclusivamente en dosis matutinas), aumenta la morbilidad y la mortalidad cardiovascular.

RV-80**¿EXISTE ASOCIACIÓN ENTRE EL PERFIL CIRCADIANO DE LA PRESIÓN ARTERIAL Y EL RIESGO CARDIOVASCULAR?**

C. Calvo¹, R. Hermida², M. Rodríguez¹, J. López¹, D. Ayala², L. Chayán¹, M. Romero¹ y M. Fontao²

¹Unidad de Hipertensión y Riesgo Vascular. Hospital Clínico Universitario. Santiago de Compostela, A Coruña. ²Laboratorio de Cronobiología y Bioingeniería. Universidad de Vigo. Vigo, Pontevedra.

Objetivos. Algunos estudios prospectivos recientes, tales como ASCOT, VALUE y HOPE, han comparado el efecto de diversas estra-

tegias terapéuticas antihipertensivas en la prevención de la enfermedad cardiovascular, sobre todo en pacientes hipertensos de alto riesgo. La monitorización ambulatoria (MAPA) de la presión arterial (PA) no ha sido utilizada de forma rutinaria en esos estudios y, en consecuencia, se desconoce el perfil circadiano de la PA de los pacientes incluidos. Este conocimiento podría ser importante, pues la estratificación del riesgo cardiovascular podría estar asociada a una mayor prevalencia del patrón no-dipper y, la hora de administración de los diferentes fármacos utilizados, podría modificar la eficacia antihipertensiva en función del perfil de PA de los pacientes. Por ello, hemos evaluado el patrón circadiano de la PA en una cohorte de sujetos divididos en función del nivel de PA y de su riesgo cardiovascular.

Material y métodos. Estudiamos 4.173 sujetos (2.121 hombres y 2.052 mujeres), de 52,0 ± 13,8 años de edad. De ellos, 2.915 sujetos no recibían tratamiento antihipertensivo en el momento del estudio. Siguiendo los criterios de inclusión del estudio ASCOT, los sujetos fueron divididos en cuatro grupos en función de su PA clínica (según la PA sistólica/diastólica fuera mayor o menor de 160/100 mmHg en sujetos no tratados, o valores de 140/90 mmHg en sujetos tratados) y de su riesgo cardiovascular (presencia/ausencia de al menos 3 factores incluyendo diabetes, sexo varón, edad ≥ 55 años, microalbuminuria, enfermedad arterial periférica, hipertrofia ventricular izquierda, tabaquismo, cociente colesterol total/colesterol-HDL ≥ 6). La PA se monitorizó durante 48 horas. La actividad física se monitorizó cada minuto con un actígrafo de muñeca para calcular las medias diurna y nocturna de PA de cada paciente en función de su actividad y descanso.

Resultados. La menor prevalencia de un patrón no-dipper se encontró entre los sujetos con PA baja y menor riesgo cardiovascular (40,8%). Esta prevalencia aumentó ligeramente en el grupo de PA alta y riesgo bajo (42,9%; $p = 0,304$), pero se incrementó significativamente en los sujetos de PA baja y riesgo cardiovascular alto (58,1%; $p < 0,001$). La mayor prevalencia de un patrón no-dipper en la PA se encontró en los sujetos con PA alta y elevado riesgo cardiovascular (61,4%; $p < 0,001$, en comparación con los dos primeros grupos y $p = 0,353$ en comparación con sujetos de alto riesgo y PA clínica baja). **Conclusiones.** La elevación en el riesgo cardiovascular, definido de acuerdo con los criterios de inclusión del estudio ASCOT, está relacionada con la pérdida progresiva de la regulación de la PA nocturna y una alta prevalencia de un patrón nodipper. Esta prevalencia, sin embargo, aumenta sólo de forma marginal y no significativa con el incremento de PA clínica, tanto en los sujetos de bajo como de alto riesgo cardiovascular. En ausencia de MAPA, la identificación de factores de riesgo y la estratificación sistemática del riesgo cardiovascular, proporciona una información importante para establecer el esquema terapéutico de preferencia (incluyendo la necesidad de administración de los fármacos antihipertensivos al acostarse) en pacientes aquellos pacientes hipertensos que potencialmente van a presentar un perfil circadiano no-dipper de presión arterial.

RV-81**CONTRIBUCIÓN DEL SÍNDROME METABÓLICO AL DESARROLLO DE ATROSCLEROSIS PRECOZ EN PACIENTES CON LES**

J. Vargas Hitos, M. Zamora Pasadas, J. Sabio Sánchez, F. Jarilla Fernández, C. Hidalgo Tenorio y J. Jiménez Alonso

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

Objetivos. Determinar la contribución del SM al desarrollo de aterosclerosis subclínica en pacientes lúpicos, mediante la determinación de marcadores indirectos de aterosclerosis.

Material y métodos. Estudio observacional transversal. Se incluyeron 128 pacientes (28 mujeres y 100 hombres) con LES, (4 o más criterios ACR) procedentes de nuestra Unidad de Enfermedades Autoinmunes Sistémicas. En ellos se cuantificó la prevalencia de SM según los criterios de la ATP III. Asimismo se determinaron los siguientes marcadores indirectos de arteriosclerosis precoz: a) marcadores bioquímicos: PCR, IL-6, fibrinógeno, DD y homocisteína; b) VOP carotídeo-femoral.

Resultados. De los 128 pacientes, 26 (20,3%) de ellos cumplieron criterios de SM. Los resultados se muestran en la tabla.

Discusión. En este estudio observamos que los pacientes con LES y SM presentaron una mayor VOP carotídeo-femoral y unos valores de PCR,

IL-6, fibrinógeno, DD y homocisteína más elevados que los pacientes con LES sin SM, lo que sugiere que el SM podría contribuir a la aparición de arteriosclerosis precoz y por tanto, al desarrollo de ECV en estos pacientes. La importancia del diagnóstico del SM radica en que los FRCV que lo integran son modificables mediante un tratamiento oportuno por lo que una actuación en este sentido podría mejorar la morbimortalidad de origen cardiovascular en los pacientes con LES. **Conclusiones.** El SM parece contribuir al desarrollo de aterosclerosis precoz en los pacientes con LES.

Tabla 1. Tabla de resultados (RV-81).

	LES + SM (n = 26)	LES (n = 102)	p
BVOP (m/s)	9,84 ± 2,3	8,51 ± 1,7	0,002
PCR (mg/dl)	0,58 ± 0,86	0,38 ± 0,66	0,01
IL-6 (pg/ml)	33 ± 50,3	19 ± 31,3	0,05
Fibrinógeno (mg/dl)	360 ± 46	340 ± 101	0,023
Homocisteína (mmol/l)	16,3 ± 6,4	13,6 ± 3,7	0,026

RV-82
ENFERMEDAD ARTERIAL PERIFÉRICA: ENTRE EL OLVIDO Y EL DESCONOCIMIENTO

E. Puerto Pérez, P. Miramontes González, M. Sánchez Ledesma, A. Antolí Royo, J. Martín Oterino, A. García Mingo, M. García y A. Sánchez Rodríguez
Servicio de Medicina Interna. Hospital Universitario de Salamanca. H. Virgen de la Vega. Salamanca.

Objetivos. Valoración de la Enfermedad Arterial Periférica en función hipertensión arterial. Ver si existe relación entre la presencia o no de factores de riesgo vascular y desarrollo de EAP. Descripción de los factores de riesgo vascular predominantes en la población de Salamanca.

Material y métodos. Se realiza un estudio de cohortes, en el que incluimos 501 voluntarios (224 varones y 263 mujeres en edades comprendidas entre 25 y 80 años) de forma aleatoria en la provincia de Salamanca. Se recogieron datos sobre presión arterial, peso, perímetro de la cintura, antecedentes personales y familiares de factores de riesgo vascular, uso de fármacos. Se consideró los valores de referencia los marcados por la ATP III (varones > 102 cm, Mujeres > 88 cm). Tomamos la TA e Índice tobillo-brazo con esfigmomanómetro de mercurio y un sistema de eco-doppler.

Resultados. El 38,9% presenta tan solo un antecedente y/o factor de riesgo de aterotrombosis, el 21,8% 2 antecedentes y 12,8% tenían 3 o más antecedentes. Los 3 factores más prevalentes fueron HTA tratada con 40,1%, hipercolesterolemia un 32,1% tratada y tabaquismo 21,8%. Las mujeres participaron en un 54% frente a 46% de los varones, siendo la edad media de ambos grupos de 64,96 años. El IMC es de 26,61, el perímetro medio de cintura 94,50 cm, presentando obesidad abdominal, 46,9%. La PAS media es 135,43 mmHg y PAD 76,25 mmHg, siendo 58,1% HTA según la Sociedad Europea. El ITB media fue 1,04, con una mayor prevalencia de EAP en varones 20,25%, que en mujeres de 14,14%. Los pacientes HTA presentaban un porcentaje EAP 18,75% y no HTA 14,04%. EAP en función de la presencia/ausencia de antecedentes Si (n = 156) 19,87%, No (n = 29) 3,45%.

Discusión. Podemos observar como la HTA sigue siendo el factor de riesgo vascular más prevalente en la población. Por otra parte si analizamos la obesidad abdominal apreciamos como en nuestra provincia se presentan medias inferiores a las de otras comunidades. La suma de los factores de riesgo aumenta de forma lineal la posibilidad de padecer una EAP.

Tabla 1. Resultados de las variables entre fumadoras y no fumadoras (RV-83).

Variables	Fumadoras (N = 57)	No fumadoras (N = 69)	Valor de p
Edad	29.3 ± 6.7	31.0 ± 9.2	NS
HDL-COL (mg/dl)	50.2 ± 9.8	57.9 ± 10.9	< 0,01
IMC (kg/m ² talla)	24.5 ± 5.5	26.3 ± 6.4	< 0,11 (NS)
Perímetro de cintura (cm)	75.4 ± 11.9	79.1 ± 12.9	< 0,11 (NS)

Conclusiones. El ITB es prueba sencilla, barata y reproducible que podemos realizar en nuestra consulta, con una gran utilidad para el diagnóstico EAP y para la detección de sujetos con alto riesgo cardiovascular. La presencia de un ITB disminuido se asocia con una mayor incidencia de complicaciones coronarias y cerebrovasculares y un mayor riesgo de mortalidad a expensas del incremento de la mortalidad cardiovascular, tanto en sujetos en prevención primaria como secundaria e incluso tras ajustar por los factores de riesgo clásicos. Nosotros pensamos que la población que más se beneficiaría de la realización del ITB sería aquella con un riesgo cardiovascular intermedio (entre 10-20% según Framingham, o del 3-4% según SCORE), dado que un resultado patológico cambiaría su clasificación de riesgo y obligaría a intensificar el tratamiento de los factores de riesgo y a antiagregar (si el ITB < 0,9).

RV-83
MODIFICACIONES DE LOS NIVELES DE LIPOPROTEÍNAS DE ALTA DENSIDAD (HDL-COL) EN MUJERES FUMADORAS CRÓNICAS

I. Marín Montán¹, F. Guerrero Igea¹, M. Rey Rodríguez¹, A. Prados Gallardo¹, P. Retamar Gentil¹, V. Morales Caballero de León¹, S. Palomo Gil² y M. Aguayo Canela¹
¹Servicio de Medicina Interna A. Hospital Virgen Macarena. Sevilla. ²Servicio de Medicina Interna. Hospital de Riotinto. Minas de Riotinto, Huelva.

Objetivos. Estudiar las modificaciones de los niveles plasmáticos de HDL-COL en mujeres fumadoras.

Material y métodos. Diseño transversal. Se estudió una muestra de mujeres premenopáusicas sin tratamiento farmacológico dentro de la población demandante de la consulta de Medicina Interna. Se definió mujer fumadora aquella con consumo habitual de más de 3 cigarrillos diarios durante al menos los 3 últimos años. No fumadora: ausencia de consumo de cigarrillos. Se recogieron datos antropométricos (índice de masa corporal y perímetro de cintura) y analíticos (HDL-COL). Se excluyeron mujeres con enfermedades asociadas, salvo presencia de dislipemia no tratada. Estadística: regresión lineal múltiple.

Resultados. Estudiamos una muestra de 126 mujeres con una edad media 30,2 años: 57 fumadoras y 69 no fumadoras (tabla 1). Tras análisis de regresión lineal múltiple el consumo de tabaco se asocia a una disminución media de 8 mg/dl de HDL (coeficiente de regresión = 8.04, p < 0,01), con independencia de la edad, el perímetro de cintura y el índice de masa corporal.

Discusión. El trabajo plantea como el consumo habitual de cigarrillos se asocia a una disminución de los niveles de HDL-COL, con el consiguiente aumento de riesgo cardiovascular. Los valores medios de HDL-COL en mujeres fumadoras indican que un porcentaje variable de las mismas siguen presentando niveles considerados normales, aunque situándose en su límite inferior.

Conclusiones. El consumo de tabaco influye negativamente sobre los niveles de lipoproteína de alta densidad, disminuyendo su efecto protector.

RV-84
ÍNDICE TOBILLO-BRAZO: BUENO, BONITO Y BARATO

P. Miramontes González, E. Puerto Pérez, A. Antolí Royo, A. García Mingo, M. Borao Cengoitita, J. Hernández Criado, J. Martín Oterino y A. Sánchez Rodríguez
Servicio de Medicina Interna. Hospital Universitario de Salamanca. Virgen de la Vega. Salamanca.

Objetivos. Prevalencia de la enfermedad arterial periférica (EAP) en una población sin diagnóstico previo en función del sexo y

edad. Analizar si existe relación de entre la obesidad abdominal y la EAP.

Material y métodos. Se realiza un estudio transversal y de cohortes, en el que incluimos a 501 personas. Se recogen los siguientes datos; antecedentes personales y familiares para conocer los distintos factores de riesgo vascular clásicos, perímetro abdominal considerando los valores de referencia la ATP III (varones > 102 cm, mujeres > 88 cm), TA, talla, peso. El cálculo del índice tobillo brazo (EAP si el valor es ≤ 0,9) con aparato esfigmomanómetro de mercurio y eco-doppler, se realiza a los 227 con alta sospecha clínica.

Resultados. De los 227 pacientes a los que se le realiza el ITB 185 tenían valores inferiores a 1,3 y 42 valores superiores a 1,3 o bien ITB no calculable por calcificación. ITB en función del sexo: Arterias calcificadas (ITB > 1,30) Varones (V) 26,85%, Mujeres (M) 10%, Normalidad (ITB entre 0,91 -1,30) V 58,33%, M 77,27%, EAP de leve a moderada (ITB entre 0,41 - 0,90) V 13,89%, M 12,73%, EAP grave (ITB entre 0,00 - 0,40) V 0,93%, M 0%. ITB en función de la edad; de 35-55a la media es 1,04, 55-75a 1,07, mayores 75 es 0,95. De los 30 pacientes con obesidad abdominal, sin considerar sexo y edad, EAP obesos: 20%, EAP no obesos 15,22%.

Discusión. De la población estudiada presentaban EAP 14,8% varones 12,7% mujeres, por lo que deducimos que los hombres tienen mayor predisposición a padecer esta enfermedad y que va aumentando de forma progresiva con la edad, observando como los mayores de 75a tienen las cifras más bajas en el ITB. Se confirma la clara asociación entre la obesidad abdominal y la predisposición a padecer una enfermedad arterial periférica.

Conclusiones. En la búsqueda de una mejor estratificación del riesgo cardiovascular de nuestros pacientes, la determinación del ITB es una técnica útil con una buena relación coste/beneficio cuando se realiza en poblaciones seleccionadas y que no requiere un aprendizaje costoso. Para ser eficientes deberíamos realizar el ITB en aquella población de riesgo intermedio con más de 70 años y a los mayores de 60 años con glucemia anormal en ayunas o fumadores. Por lo tanto, un ITB < 0,9 es, además de diagnóstico de EAP, sinónimo de alto riesgo vascular, por lo que habrá que tratar intensivamente los factores de riesgo e iniciar terapia con antiagregante.

RV-85

ICTUS ISQUÉMICO EN ADULTOS JÓVENES

M. Martín del Pozo¹, E. Renillas Sánchez¹, B. De la Casa Fages³, B. Rodríguez Miranda¹, M. Fraile¹, R. Salas Dueñas¹, R. Barba Martín² y G. García de Casasola¹

¹Unidad de Urgencias, ²Unidad de Medicina Interna, ³Unidad de Neurología. Fundación Hospital Alcorcón. Alcorcón, Madrid.

Objetivos. Los ictus isquémicos en adultos jóvenes (edad < 45 años) pueden diferir con respecto al de los enfermos con mayor edad en múltiples aspectos (factores de riesgo, etiología, clínica, pronóstico, tratamiento). El objetivo del estudio es valorar los factores de riesgo, formas de presentación clínica y etiología de los ictus isquémicos en adultos jóvenes.

Material y métodos. Estudio descriptivo retrospectivo. Desde el año 1999 hasta el 2006, ambos incluidos, hemos revisado las historias clínicas de todos los pacientes con edad menor o igual a 45 años ingresados en la Fundación Hospital Alcorcón con el diagnóstico principal de ictus isquémico. En una base de datos recogimos los datos demográficos, factores de riesgo, etiología, manifestaciones clínicas, complicaciones y tratamiento de los enfermos.

Resultados. Identificamos un total de 24 enfermos, edad media 37,1 ± 6 años [24-45 años], de los que 62,5% (n = 15) eran varones. En cuanto a los factores de riesgo para el desarrollo de aterosclerosis precoz destaca: HTA 29% (n = 7), tabaquismo 58% (n = 14), dislipemia 16,7% (n = 4) y diabetes mellitus 12,5% (n = 3). Cuatro pacientes eran consumidores ocasionales de cocaína. No detectamos a ningún enfermo con fibrilación auricular aunque 4 pacientes tenían algún tipo de cardiopatía significativa y en 3 se objetivó disfunción sistólica del ventrículo izquierdo (fracción de eyección < 45%). Con respecto al tipo de ictus, el 50% tuvo un ataque isquémico transitorio y el otro 50% un ictus isquémico establecido. La manifestación clínica más frecuente que condujo al diagnóstico fue la paresia de extremidades (75%; n = 18). Desde el punto de vista etiológico 5 casos estaban asociados a aterosclerosis precoz, 5 a patología cardioembólica (1 valvulopatía, 2 disfunción sistólica severa y 2 foramen oval permeable), 5 a vasculopatía no inflamatoria (2 por consumo de

cocaína y 3 relacionado con crisis de migraña), 1 a vasculopatía inflamatoria (relacionada con infección VIH), 1 a emergencia hipertensiva, 2 a síndrome antifosfolípico y 5 de etiología desconocida. Ningún enfermo falleció aunque 8 enfermos (33%) tenían secuelas neurológicas al alta. El tratamiento antitrombótico más frecuente al alta fue la antiagregación (58%, n = 14) y la anticoagulación (16,7%, n = 4). **Discusión.** El ictus isquémico en adultos jóvenes es una entidad poco frecuente pero no excepcional. Tiene una serie de peculiaridades que lo diferencia del ictus en enfermos de mayor edad. En primer lugar, aunque la aterosclerosis precoz es una causa relativamente frecuente, en este grupo de edad tienen más peso otras etiologías como la cardioembólica o la vasculopatía no inflamatoria (ej: vasoespasmo asociado a migraña o al consumo de cocaína). Esto obliga a realizar un estudio más exhaustivo y que debería protocolizarse. A pesar de ello, en un porcentaje considerable de enfermos no se llega a establecer un diagnóstico definitivo. Afortunadamente el 50% de los pacientes debuta con un accidente isquémico transitorio y en muchos casos las secuelas neurológicas son escasas. No obstante, aunque el pronóstico a corto plazo es relativamente bueno, es fundamental diagnosticar correctamente a los pacientes para instaurar las medidas de prevención secundaria necesarias para evitar complicaciones y mantener una buena calidad de vida.

Conclusiones. La incidencia de ictus isquémico en adultos jóvenes es relativamente baja en comparación con los pacientes de mayor edad. Desde el punto de vista etiológico, las cardiopatías embolígenas y las vasculopatías no inflamatorias (ej: vasoespasmo) tienen tanta importancia como aterosclerosis precoz. En un porcentaje significativo de casos no se llega a conocer la etiología con exactitud. Muchos enfermos debutan como ataques isquémicos transitorios y el pronóstico a corto plazo es relativamente bueno.

RV-86

ACVA EN MENORES DE 55 AÑOS. EXPERIENCIA EN UN HOSPITAL PEQUEÑO

M. Martín Pérez, M. Ramos Cantos, L. Montero Rivas, P. Medina Delgado, C. Martínez Delgado, M. Guil García y C. San Román y Terán

Servicio de Medicina Interna. Hospital Comarcal de la Axarquía. Vélez-Málaga, Málaga.

Objetivos. Definir el perfil clínico y de manejo de los pacientes ingresados en nuestro Servicio con un Accidente Cerebro Vascular Agudo (ACVA) de menos de 55 años.

Material y métodos. Estudio observacional retrospectivo de los Informes de Alta de una cohorte de pacientes menores de 55 cuyo diagnóstico principal se correspondió con los ICD-9 que ingresaron en nuestro Servicio entre el 01/01/2003 y 01/05/2006. Se compararon con una serie previa ya comunicada que recogía todos los ACVA atendidos en 2002.

Tabla 1. ACV todos vs (RV-86).

	General %	< 55 años %
HTA	54,0	55,3
Diabetes mellitus	33,0	23,4
Tabaco	21,0	59,6
Alcohol	16,0	38,3
Hiperlipemia	16,7	38,3
ACV previo	19,0	8,5
Cardiopatía isquémica	16,0	4,3
Antiagregación	18,5	4,3
ACO	4,0	0,0
FA	20,0	6,4
Déficit severo	46,0	17,0
Alteración nivel conciencia	18,0	72,4
Coma	7,3	10,6
Recuperación con secuelas	74,5	66,1
Recuperación total	7,0	27,5
Mortalidad intrahospitalaria	18,5	6,4

Resultados. Se analizaron 47 informes de Alta, 28 mujeres y 19 hombres con una edad mediana de 50 años (49,3 + 5,35 años). La

mortalidad intrahospitalaria fue del 6,4%. 36 fueron clasificados como aterotrombóticos (76,6%), 4 cardioembólicos (8,5%), 5 hemorrágicos (10,6%) y solo 2 Accidentes Isquémicos Transitorios (AIT) (4,3%). Respecto a su localización el 80,9% (38) fueron del territorio carotídeo y el 19,1% (9) fueron vertebro-basilares. Los factores de riesgo cardiovascular, la comorbilidad, los datos de presentación clínica y la evolución se definen en la tabla comparativa con la serie de todas las edades. Al realizar el estudio comparativo con la serie general de 2.002 se encontraron diferencias significativas en cuanto a mayor porcentaje de mujeres, consumo de tabaco y alcohol, hiperlipemia, mejor evolución clínica, así como menor mortalidad en los más jóvenes.

Conclusiones. El mayor control de los factores de riesgo cardiovascular va a disminuir verosímilmente la incidencia de ACVA en menores de 55 años. La evolución en estos casos es globalmente mejor.

RV-87

TASA DE EVENTOS CARDIOVASCULARES (CV) A UN AÑO EN LOS PACIENTES ESPAÑOLES DEL REGISTRO REACH

C. Suárez Fernández¹, F. Lozano Gutiérrez², G. Pía Iglesias³, J. Maraver Delgado⁴, T. Rubio Vela⁵, F. Gómez Pérez⁶, J. Alonso Martínez⁷ y G. García Gutiérrez⁸

¹Servicio de Medicina Interna. Hospital Universitario de la Princesa. Madrid. ²Servicio de Medicina Interna. Complejo Hospitalario Nuestra Señora de Valme. Sevilla. ³Servicio de Medicina Interna. Complejo Hospitalario Arquitecto Marcede-Prof. Novoa Santos. Ferrol, A Coruña. ⁴Servicio de Medicina Interna. Hospital General de Jerez de la Frontera. Jerez de la Frontera, Cádiz. ⁵Servicio de Medicina Interna. Hospital Reina Sofía. Tudela, Navarra. ⁶Servicio de Medicina Interna. Hospital Comarcal de Monforte. Monforte de Lemos, Lugo. ⁷Servicio de Medicina Interna. Hospital de Navarra. Pamplona/Iruña, Navarra. ⁸Servicio de Medicina Interna. Hospital Virgen de la Concha. Zamora.

Objetivos. Establecer las tasas de episodios CV a un año, en los pacientes españoles incluidos en el registro internacional REACH (Registro de pacientes con enfermedad aterosclerótica establecida o con múltiples factores de riesgo de aterotrombosis).

Material y métodos. Cohorte internacional prospectiva de 68.236 pacientes de los cuales 2.505 son pacientes españoles. De ellos 2.252 pacientes (1.992 tenían antecedentes de ECV previa: 1.241 de cardiopatía isquémica (CI), 733 de ictus previo, 377 de enfermedad arterial periférica (EAP) y 260 sin ECV pero con múltiples factores de riesgo (MFR) han sido seguidos al menos durante un año. Edad media 67,15 años, 71,32% varones, 41,21% diabéticos, 69,73% hipertensos, 31,12% obesos y 48,56% fumadores. Las principales tasas de valoración son: muerte CV, infarto agudo de miocardio (IAM) e ictus.

Resultados. La tasa de mortalidad total fue del 3,36%; 3,57% en los pacientes con ECV previa (4,55% en CI, 3,61% en ictus previo y 2,67 en EAP) 1, 98% en MFR. La tasa de muerte CV fue del 2,38%; 2,69% en los pacientes con ECV previa (3,47% en CI, 2,78% en ictus previo y 1,46% en EAP) y 0,62% en MFR. La variable combinada: muerte CV, IAM, ictus u hospitalización por ECV ocurrió en el 13,99% de la población (15,34% en los pacientes con ECV previa (18,52% en CI, 13,75% en ictus previo y 14,52 en EAP) y 5,47% en MFR). Mientras que la mortalidad CV al año de los pacientes con solo un territorio afecto fue del 2,46%, la de aquellos con dos se incrementó a 3,55%, siendo de 4,32% en aquellos con afectación clínica de los tres territorios.

Discusión. La ECV aterotrombótica constituye la primera causa de muerte en nuestro país. La probabilidad de complicaciones CV de los pacientes con alto riesgo de sufrirla y de aquellos con un episodio previo no es despreciable incluso al año de seguimiento. A diferencia de los datos generales del REACH y lo publicado en la literatura, llama la atención el pronóstico más favorable de los pacientes con EAP que el de aquellos con CI o ictus incluidos en España.

Conclusiones. Los pacientes ambulatorios con ECV establecida o aquellos con alto riesgo de desarrollarla, presentan solo al año de seguimiento tasas relativamente elevadas de complicaciones CV mortales o no, por lo que es necesario el optimizar el manejo y seguimiento de esta población de alto riesgo. La afectación simultánea de más de un territorio vascular es un marcador de mal pronóstico.

RV-88

CRONOTERAPIA ANTIHIPERTENSIVA Y PERFIL CIRCADIANO DE LA PRESIÓN ARTERIAL EN PACIENTES DE ALTO RIESGO CARDIOVASCULAR

C. Calvo¹, R. Hermida², J. López¹, M. Rodríguez¹, L. Chayan¹, M. Romero¹, M. Fontao² y D. Ayala²

¹Unidad de Hipertensión y Riesgo Vascular. Hospital Clínico Universitario. Santiago de Compostela, A Coruña. ²Laboratorio de Cronobiología y Bioingeniería. Universidad de Vigo, Vigo, Pontevedra.

Objetivos. Los pacientes con múltiples factores de riesgo cardiovascular, como los incluidos en el estudio ASCOT, presentan una alta prevalencia de un patrón no-dipper en la presión arterial (PA). Excepto en el estudio HOPE en el que los pacientes del grupo de tratamiento activo recibieron el fármaco ramipril por la noche, en los demás ensayos en los que se incluyeron pacientes de alto riesgo tienen, como característica común, la administración matutina de los fármacos antihipertensivos. Resultados recientes, sin embargo, indican que la temporalización del tratamiento aumenta el grado de control, disminuye la prevalencia del patrón no-dipper y reduce el riesgo cardiovascular. Por ello, hemos investigado el impacto de la hora del día de tratamiento en el patrón circadiano de la PA en pacientes hipertensos de alto riesgo.

Material y métodos. Siguiendo los criterios de inclusión de ASCOT, identificamos pacientes con PA clínica alta (PA sistólica/diastólica \geq 160/100 mmHg en sujetos no tratados o \geq 140/90 en sujetos tratados) y elevado riesgo cardiovascular (presencia de al menos 3 factores incluyendo diabetes, sexo varón, edad \geq 55 años, microalbuminuria, enfermedad arterial periférica, hipertrofia ventricular izquierda, tabaquismo, cociente colesterol total/colesterol-HDL \geq 6). De los 293 pacientes con estos criterios, 97 no recibían tratamiento antihipertensivo en el momento del estudio, 138 tomaban toda su medicación al levantarse, y 58 tomaban al menos un fármaco antihipertensivo a la hora de acostarse. La PA se monitorizó durante 48 horas. La actividad física se monitorizó cada minuto con un actígrafo de muñeca para calcular las medias diurna y nocturna de PA de cada paciente en función de su actividad y descanso.

Resultados. Entre los pacientes no tratados, el 60,8% eran no-dipper. En comparación con los pacientes sin tratamiento antihipertensivo, en los hipertensos que reciben toda la medicación antihipertensiva a la hora de levantarse, la PA se redujo de forma más significativa durante las horas de actividad que durante las horas de descanso nocturno; en consecuencia, el porcentaje de pacientes no-dipper se elevó hasta el 67,4%. Esta prevalencia disminuye al 49,0% en los pacientes que toman fármacos antihipertensivos tanto al levantarse como al acostarse, y se reduce todavía más, hasta un 42,8%, en aquellos pacientes que toman toda su medicación al acostarse ($p < 0,01$ entre grupos).

Conclusiones. El riesgo cardiovascular elevado, definido de acuerdo con los criterios de inclusión del estudio ASCOT, está relacionado con una alta prevalencia de un patrón no-dipper en la PA. A pesar de que la administración de fármacos antihipertensivos en dosis matutinas es el esquema terapéutico más frecuente y habitual, incluso entre los pacientes de alto riesgo cardiovascular, la alta prevalencia del patrón no-dipper sólo se puede reducir mediante la administración temporalizada del tratamiento antihipertensivo, fundamentalmente con la utilización de fármacos a la hora de acostarse.

RV-89

VALOR PRONÓSTICO DE LA PRESIÓN DE PULSO TOMADA POR REGISTRO HOLTER DE PRESIÓN ARTERIAL DE 24 HORAS EN EL SÍNDROME CORONARIO AGUDO

G. Vázquez Oliva¹, A. Zamora Cervantes¹, M. Crespo Plnas², A. Gibert Rabassa¹, G. Paluzie Ávila², M. Vilaseca Corbera¹, I. Caballe Martín³ y C. Campoamor Cela¹

¹Servicio de Medicina Interna- Cardiología, ²Documentación Médica, ³Laboratorio y Analisis Clínicos. Hospital Comarcal de Blanes. Blanes, Girona.

Objetivos. Valorar si la presión de pulso tomada por registro holter de presión arterial (PA) de 24 horas (MAPA) se comporta como marcador pronóstico en el Síndrome Coronario Agudo (SCA).

Material y métodos. Diseño: estudio de cohorte, prospectivo con un período de inclusión de 1 año. Población a estudio: pacientes ingre-

sados en planta de cardiología de forma correlativa con el diagnóstico al alta de SCA. Datos clínicos: antecedentes clínicos, tratamiento farmacológico al alta y hora de administración. Datos analíticos. Analítica de rutina, microalbuminuria, filtrado glomerular, fibrinógeno, proteína C- reactiva. Valoración pronóstica: escala TIMI, grado Killip, fracción de eyección, ergometría y número de vasos afectados por cateterismo cardiaco. Registro MAPA de 24 horas, durante el ingreso hospitalario, una vez reiniciada deambulacion y sin medicación endovenosa. Se analizaron la presencia de patrón circadiano de PA (definidos como dipper, no dipper, riser y riser extremo según la definición de la Sociedad Española de Hipertensión), PA en 24 horas, período de actividad, período de descanso y presión de pulso (definida como PAS- PAD) tanto en período de 24 horas, período de actividad y período de descanso. Acontecimientos de interés registrados en el seguimiento: Éxitus y/o reingreso de causa cardiovascular (angor, infarto de miocardio, revascularización miocárdica, insuficiencia cardíaca, accidente cerebro vascular).

Resultados. Se han incluido 50 pacientes (30 mujeres/20 varones) con el diagnóstico de SCA, con una media de edad de $73,66 \pm 11,95$ años. Se han observado un total de 32 eventos (7 éxitus y 25 reingresos) con un seguimiento medio de 7,7 meses. No se observaron diferencias significativas en cuanto a la aparición de eventos cardiovasculares en función del patrón circadiano de PA, valores de PAS y PAD en 24 horas, período de actividad o período de descanso ni en de la PA clínica. Se observó que la PP de 24 horas, actividad y descanso se asociaron de forma significativa con la aparición de eventos cardiovasculares ($p = 0,02$). En el análisis multivariante incluyendo edad, sexo, fracción de eyección, estratificación TIMI y Killip, la PP de 24 horas, en período de actividad y período de descanso medidas por MAPA 24 horas se mantuvieron como variables independientes asociadas a la presencia de un mayor número de eventos cardiovasculares.

Discusión. La PP es un maracador indirecto de la rigidez arterial y recientes publicaciones le otorgan una mayor asociación con el riesgo cardiovascular que la PAS o la PAD clínicas consideradas de forma aislada. Hasta la fecha no existen trabajos que analicen la cronobiología de la PA en el SCA mediante registro holter de PA de 24 horas. Probablemente, el registro holter de PA de 24 nos puede dar importante información pronóstica en pacientes ingresados por SCA.

Conclusiones. La PP medida por MAPA durante el ingreso por SCA se asocian a un peor pronóstico cardiovascular

RV-90

ARTERIOSCLEROSIS SUBCLÍNICA (ATSC) Y SÍNDROME METABÓLICO (SM)

I. Colina, J. Araquistain, I. Alberola y O. Beloqui

Servicio de Medicina Interna. Unidad de Chequeos. Clínica Universitaria de Navarra. Pamplona/Iruña, Navarra.

Objetivos. 1) Determinar la prevalencia de ATSC en pacientes con SM 2) Evaluar la influencia individual de los componentes del SM en la existencia de ATSC.

Material y métodos. Se estudiaron 1186 pacientes que acudieron a la Unidad para realizar una revisión de salud. El diagnóstico de SM se realizó según los criterios de la NCEP-III. La ATSC se evaluó midiendo el espesor íntima-media (EIMC) de ambas carótidas comunes mediante ultrasonografía. Se consideró un EIMC patológico un valor $>$ o igual a 0,8 mm (cuartil más alto de toda la población estudiada).

Resultados. 387 sujetos presentaron SM de los cuales 47% tenían ATSC. El EIMC en pacientes con SM ($0,77 \pm 0,009$) fue significativamente superior al observado en pacientes sin SM ($0,71 \pm 0,006$, $p = 0,000$). Globalmente, la presencia de un solo componente del SM ya se asocia a un riesgo aumentado de EIMC patológico ($p = 0,033$) y la existencia de SM multiplica por 3 este riesgo (ajuste multivariado, $p = 0,000$). En un análisis multivariado, la obesidad abdominal (O.R.: 1,32; IC: 0,99-1,76; $p = 0,05$) y la presión arterial elevada (O.R.: 2,00; IC: 1,45-2,75, $p = 0,000$), fueron los componentes del SM que se asociaron significativamente a un aumento del EIMC.

Discusión. Este estudio demuestra que el SM supone un aumento de probabilidad de tener arteriosclerosis subclínica detectada con ecodoppler carotídeo, siendo el riesgo 3 veces mayor que en un grupo control. Ello sugiere que en pacientes con SM la evaluación de at-

rosclerosis subclínica puede ser útil para valorar objetivamente el daño vascular. La relación lineal estrecha observada entre el n° de componentes del SM y el EIMC patológico podría justificar la evaluación del EIMC en pacientes que no cumplan criterios de SM pero muestren alguno de sus componentes. Por otra parte esta correlación permitiría asumir con alta probabilidad la existencia de arteriosclerosis subclínica en pacientes con elevado n° de componentes del SM cuando no se disponga de esta técnica de exploración.

Conclusiones. El SM se asocia de forma significativa a la presencia de ATSC evaluada por EIMC. Los principales responsables de la ATSC parecen ser la obesidad abdominal y la hipertensión arterial. Se sugiere que el EIMC debe ser utilizado para estimar ATSC en pacientes asintomáticos con SM, para instaurar un tratamiento más precoz y agresivo.

RV-91

RECONOCIMIENTO DE FACTORES EMERGENTES DE RIESGO, COMO PERÍMETRO CINTURA Y ADIPONECTINA, EN LA PROBABILIDAD DE OCURRENCIA DE UN EVENTO CARDIOVASCULAR, ESTUDIO REFERENCE

R. Gómez-Huelgas¹, V. Barrios Alonso², P. De Pablos Velasco³, R. Rodríguez Azeredo⁴ y Grupo Investigador del Estudio REFERENCE⁵

¹Servicio Medicina Interna. Complejo Hospitalario Carlos Haya.

²Servicio de Cardiología. Hospital Ramón y Cajal.

³Málaga. ⁴Servicio de Endocrinología. Complejo Hospitalario

Dr. Negrín. Palmas de Gran Canaria (Las), Las Palmas.

⁵Departamento Médico. Sanofi Aventis. Barcelona.

Objetivos. El estudio REFERENCE evaluó la asociación entre los factores emergentes de riesgo cardiovascular (CV) y la probabilidad de ocurrencia de un evento cardiovascular.

Material y métodos. Se diseñó un estudio caso-control epidemiológico, multicéntrico, retrospectivo y de ámbito nacional. Se reclutó a pacientes que acudieran a consultas hospitalarias de Medicina Interna, Cardiología o Endocrinología por cualquier motivo en contexto de una única visita. Se incluyeron pacientes de ambos sexos, entre 40-75 años, que firmaran el consentimiento informado y que cumplieran los criterios de inclusión: a) Grupo Control: pacientes sin historial de evento CV previo, b) Grupo Caso: pacientes con un primer evento CV en los últimos 3 meses anteriores a la inclusión en el estudio. Ambos grupos debían de disponer una historia clínica completa y analítica de los últimos 3 años anteriores a la visita, incluyendo datos recientes de 3 meses o menos. Se definió como evento CV a aquellos pacientes con: cardiopatía isquémica (IAM, angor, revascularización), ictus (ACVA isquémico o hemorrágico, AIT), Insuficiencia cardíaca congestiva, enfermedad arterial periférica (claudicación intermitente, ITB patológico, revascularización). Se cumplimentaron datos demográficos, antropométricos y analíticos entre los que constaban: fecha de nacimiento, peso, talla, colesterol total, triglicéridos, c-LDL, c-HDL, presión arterial y tabaquismo. Se han destacado para su análisis los factores de riesgo cardiovascular emergentes, como la obesidad central medida a través del perímetro de cintura, y marcadores como la adiponectina y la proteína C reactiva (PCR).

Resultados. La muestra final evaluable fue de 999 pacientes (523 del Grupo Caso y 476 del Grupo Control). En ambos grupos predominaban los hombres (70,4% en casos y 68,1% en controles). La edad media fue de 61,7 años, y de 60,8 años respectivamente. El evento CV más frecuente fue la cardiopatía isquémica (70,9%). Las cifras de presión arterial se situaron dentro de la normalidad en los casos, pero se encontraban en el rango de hipertensión en el grupo control. Los casos presentaron menores niveles de colesterol total y c-LDL y mayores niveles de c-HDL que los controles ($p < 0,0001$, $p < 0,0001$ y $p = 0,0021$ respectivamente). El valor medio de los triglicéridos fue de 149,7 (77,3) mg/dL para los casos y de 150,9 (80,9) mg/dL para los controles ($p = 0,5202$). El mejor perfil tensional y lipídico de los casos se justifica por el mayor empleo en los mismos de medidas farmacológicas de prevención secundaria (estatinas, antihipertensivos). En cuanto a los factores de riesgo emergentes, el 83% presentaba obesidad central en ambos grupos con una media del PC de 101, 5 cm para los casos y de 100,3 cm para los controles ($p = 0,0852$). Encontramos niveles significativamente más bajos de adiponectina, en el grupo caso respecto al grupo control, 7,65 (DE = 5,9) $\mu\text{g/ml}$ vs 8,71 (DE = 6,08) $\mu\text{g/ml}$, ($p < 0,0014$). La PCR

presentó valores más elevados en el grupo caso comparado con el control (4,3 (DE = 4,6) mg/dL vs. 2,5 (DE = 3,1) mg/dL ($p < 0,0001$)).

Conclusiones. Los pacientes con un evento CV reciente presentaron respecto a los controles unos menores niveles de adiponectina y una elevación de la PCR. En el momento del estudio no encontramos diferencias de perímetro de cintura y de triglicéridos entre casos y controles. Los factores emergentes medidos en la actualidad que presentaron una asociación significativa con la presencia de evento CV fueron: la adiponectina inferior a 4,5 $\mu\text{g}/\text{mL}$ (OR 1,5, IC95: 1,10-2,04), y la PCR superior a 1 mg/dL (OR 2,52, IC95: 1,71-3,72).

RV-92

LA PROFUNDIDAD Y LA VELOCIDAD DE INCREMENTO DE LA PRESIÓN ARTERIAL EN EL SÍNDROME CORONARIO AGUDO SE ASOCIAN A UN PEOR PRONÓSTICO CARDIOVASCULAR

A. Zamora Cervantes¹, G. Vázquez Oliva¹, M. Crespo Planas¹, A. Gibert Rabassa¹, G. Paulizie Ávila¹, M. Vilaseca Corbera¹, C. Campoamor Cela¹ y J. Massa Sole²

¹Servicio de Medicina Interna, ²Laboratorio y análisis clínicos. Hospital Comarcal de Blanes. Blanes, Girona.

Objetivos. Definir el valor pronostico de la profundidad de presión arterial (PA) y la de la velocidad de incremento de PA tomadas por registro holter de PA de 24 horas (MAPA) en pacientes ingresados por Síndrome Coronario Agudo (SCA).

Material y métodos. Se reclutaron 50 pacientes con una media de edad de $73,6 \pm 11$ ingresados de forma consecutiva con el diagnóstico de SCA. Se recogieron los antecedentes clínicos, índice de comorbilidad de Charlson, criterios de síndrome metabólico (según criterios de ATPIII), tratamiento médico administrado, analítica general, proteína C-reactiva y microalbuminuria. Se practica un primer MAPA de 24 horas durante el ingreso, en fase estable, sin medicación endovenosa y una vez iniciado deambulacion. Se analizaron los patrones circadianos de PA (definidos como patrón dipper, no dipper, riser y riser extremo según criterios de la Sociedad española de Hipertensión), PA sistólica (PAS) y PA diastólica (PAD) de 24 horas, PAS y PAD en periodo de actividad y descanso, profundidad de presión (definida como PAS y PAD en periodo de actividad/PA en periodo de descanso) y velocidad de incremento de PA (definida como PA en las dos primeras horas de actividad/PA en las dos últimas horas de descanso): Seguimiento: 1 año. Acontecimientos de interés registrados: Éxito o ingreso de causa cardiovascular (infarto de miocardio, angor pectoris, insuficiencia cardíaca, accidente cerebrovascular o revascularización miocárdica).

Resultados. No se observaron diferencias significativas entre patrón circadiano; PAS y PAD de 24 horas, de periodo de actividad ni periodo de descanso durante el ingreso y acontecimientos de interés. La profundidad de PA se asoció de forma significativa con la presencia de eventos cardiovasculares en el seguimiento ($p = 0,02$). Igualmente, la velocidad de incremento de PA se asoció con un peor pronostico cardiovascular en el seguimiento ($p = 0,002$). En el análisis multivariante se incluyeron: edad, sexo, antecedentes de diabetes, antecedentes de enfermedad cardiovascular, valoración TIMI, puntuación Killip, fracción de eyección, la profundidad de PA y la velocidad de incremento de PA. La profundidad de PA y la velocidad de ascenso de la PA se mostraron como variables sociadas de forma independiente a un peor pronostico cardiovascular.

Discusión. El patrón circadiano de PA medido por MAPA es un factor de riesgo cardiovascular independiente y pronóstico en población ambulatoria. La modificación del patrón circadiano de PA hasta un patrón reductor (dipper) puede mejorar el pronóstico cardiovascular. Hasta la fecha no se ha utilizado el MAPA en pacientes ingresados por SCA. Los datos obtenidos en el presente trabajo apuntan a que ausencia del descenso fisiológico de la PA en el periodo de descanso se asocia aun peor pronostico cardiovascular en pacientes ingresados por SCA. La realización de un registro holter de PA de 24 horas en el SCA podría aportar información útil en su manejo terapéutico, posibilitando un abordaje cronoterapéutico, y en la estratificación pronóstica del mismo. Es necesario desarrollar estudios en el que se valore la eficacia de la medicación con efecto antihipertensivo en el control de la PA en periodo de descanso y su influencia en el pronostico de pacientes con SCA.

Conclusiones. La profundidad de PA y la velocidad de incremento de PA se asocian a un peor pronostico cardiovascular en pacientes ingresados por SCA.

RV-93

IMPORTANCIA DE LA HIPERTENSIÓN ARTERIAL EN LA EVOLUCIÓN Y EL PRONÓSTICO DE UNA COHORTE DE PACIENTES CON ARTERIOPATÍA PERIFÉRICA

F. Martínez Peñalver¹, M. Rico Corral¹, I. Pérez Camacho², R. Aguilar Velasco¹, R. Domínguez Álvarez¹, J. De la Vega Sánchez¹, A. De la Cuesta Díaz³ y R. Pérez Cano¹

¹Servicio de Medicina Interna B, ²Servicio de Rehabilitación, ³Servicio de Cirugía General. Hospital Virgen Macarena. Sevilla.

Objetivos. Describir las características de una población de pacientes hipertensos en una Consulta Monográfica y Multidisciplinar de Lesiones Isquémicas Crónicas en MMII: Dicha descripción se circunscribe a una de las cohortes de pacientes con Enfermedad Arterial Periférica diagnosticada definidos como hipertensos, y a los que intentamos ajustar su tratamiento según las guías vigentes.

Material y métodos. Estudio retrospectivo sobre 150 pacientes que acudieron a nuestra consulta Monográfica y Multidisciplinar de Arteriopatía Periférica en miembros inferiores y que además tuvieran el diagnóstico de Hipertensión Arterial. Se aplicó sobre ellos un cuestionario con una serie de ítems consensuados entre todos los médicos responsables de dicha Consulta. Para el análisis estadístico se empleó el programa SPSS v13.0.

Resultados. Los factores de riesgo cardiovascular acompañantes más frecuentes fueron el tabaquismo (64%), la Diabetes Mellitus (77,3%) y la dislipemia (60%). El 27,4% de los pacientes presentó datos clínicos y analíticos de insuficiencia renal. Se observó entre los actos quirúrgicos realizados sobre estos pacientes que un 24% había sufrido la amputación de al menos un dedo, un 27,3% había sufrido una amputación supracondílea unilateral, y un 3,3% presentaba una amputación supracondílea bilateral. En los pocos casos de Hipertensión arterial aislada, sin otro factor de riesgo vascular acompañante, los datos arrojaban un porcentaje de amputación de al menos un dedo del 11,1%, amputación supracondílea unilateral del 18,9%, y de amputación supracondílea bilateral del 6,1%. Los fármacos antihipertensivos más usados fueron el grupo de IECA/ARA II con un 57,3% de los casos, seguidos de los antagonistas del Calcio en un 23,3% de los pacientes. El uso controvertido de los beta bloqueantes en este tipo especial de pacientes hace que su uso quede reducido a un 12% de los casos estudiados.

Discusión. La Hipertensión es uno de los frentes de lucha abiertos en el control de la Enfermedad Arterial Periférica. En la cohorte de pacientes hipertensos, con respecto a la población total de nuestra Consulta, el porcentaje de amputaciones presenta unos índices más bajos, de lo cual se intuye que la Hipertensión Arterial es un importante factor de riesgo de EAP de manera aislada, pero que esa importancia se exacerba cuando se ve acompañada por alguno de los otros factores de riesgo vascular existentes. En cuanto a la terapia farmacológica, en estos pacientes existen recomendaciones sobre la restricción del uso de los betabloqueantes, algo que en nuestra Consulta estamos planteando someter a revisión, al menos en el caso de los betabloqueantes cardioselectivos. Por lo demás, la reciente aparición de una nueva generación de Antagonistas del Calcio, que ofrecen mayor eficacia en la EAP, también será objeto de futuros estudios.

RV-94

ANÁLISIS DE PREVALENCIA Y CARACTERÍSTICAS SOCIOCULTURALES DE LOS PACIENTES CON SÍNDROME METABÓLICO ATENDIDOS EN ATENCIÓN PRIMARIA EN UN ÁREA URBANA DE MÁLAGA

S. Santamaría Fernández¹, F. Salgado Ordóñez¹, D. Peña Jiménez¹, I. Pérez de Pedro¹, A. Baca Osorio², J. Mancera Romero², R. Guijarro Merino¹, R. Gómez Huelgas¹

¹Servicio de Medicina Interna, ²Centro de Salud Ciudad Jardín. Distrito Málaga. Complejo Hospitalario Carlos Haya. Málaga.

Objetivos. 1) Determinar la prevalencia de Síndrome Metabólico (SM) en la población atendida en Atención Primaria por grupos etarios y género. 2) Comparar las características diferenciales de tipo

Tabla 1. Prevalencia de obesidad y SM por tramos etarios (RV-94).

	18-29	30-39	40-49	50-59	60-69	70-79	80-89
HIDF	5,5%	17,6%	28%	42,2%	56,9%	58,7%	50%
ATPIII	3,7%	14,3%	25,7%	40,7%	48,6%	52,7%	38,9%
IMC > 25	17,1%	31,7%	39,6%	40,4%	42%	38,1%	37,5%
IMC > 30	11,1%	22,7%	28,1%	39,9%	44,2%	47%	37,5%

sociocultural (nivel de estudios y grado de actividad física) de este colectivo respecto a otros pacientes atendidos en Atención Primaria con objeto de dirigir mejor los mecanismos de intervención.

Material y métodos. Pacientes: adultos (mayores de 18 años) de ambos sexos pertenecientes a una muestra aleatoria extraída de la población que acude a un Centro de Salud urbano del área Norte de Málaga capital. Criterios diagnósticos: se consideraron criterios de síndrome metabólico los establecidos por la ATP III y la Federación Internacional de Diabetes (IDF). Se analizaron variables demográficas, antropométricas, clínicas y analíticas. El nivel cultural se dividió en tres categorías: 1) analfabetos, 2) estudios primarios y 3) estudios secundarios o superiores), al igual que la actividad física (A-sedentario, B-menos de 1 hora de ejercicio isométrico al día o C-más de dicho tiempo). Análisis estadístico: se realizó un análisis de regresión logística binaria para el análisis multivariante y conocer las variables que se asocian de forma independiente a SM. El análisis estadístico se realizó mediante los tests de la t de student y X-cuadrado con el paquete estadístico EPI INFO 2000.

Resultados. Se estudiaron 1224 pacientes con un rango de edad entre 19 y 83 años. La proporción de hombres y mujeres fue de 38 y 62% respectivamente. No hubo diferencias entre las edades medias de ambos géneros (51,1 + 16,7 vs 49,7 + 17,5 años). El perímetro de cintura estaba elevado en el 46,2% de los sujetos según criterios de ATP-III y en el 69% según criterios IDF, siendo más frecuente en mujeres. La prevalencia de síndrome metabólico según los criterios de la IDF fue del 35,7% y por los de la ATP III de 31,7%. La frecuencia de síndrome metabólico aumentaba por tramos etarios concentrándose entre la 5ª y 8ª década de la vida (tabla 1). Más del 80% de los pacientes con SM no habían completado estudios primarios frente a menos del 60% del resto de la muestra ($p = 0,001$), y además presentaban una mayor tasa de sedentarismo (64,7% vs 56% $p = 0,001$). Tras el análisis multivariante de las distintas variables sólo la edad, el sedentarismo y el género mujer se asocian a SM (OR: 1,05 (IC 1,04-1,06); 1,6 (IC: 1,12-2,2); 1,6 (1,3-2,2): $p < 0,0001$).

Conclusiones. 1) La prevalencia de síndrome metabólico en la población malagueña atendida en Atención Primaria es superior al 30% y afecta más frecuentemente a mujeres de más de 50 años y sedentarias, con bajo nivel cultural. 2) Las medidas encaminadas a prevenir la aparición de enfermedades cardiovasculares y diabetes mellitus deben intensificarse en este grupo por lo que es fundamental implementar programas de intervención y colaboración entre Atención Primaria y unidades especializadas en riesgo vascular.

RV-95

CONTROL DE LA POBLACIÓN DE ALTO RIESGO CARDIOVASCULAR EN FUNCIÓN DEL GÉNERO (ESTUDIO MULTIRISC)

P. Conthe García¹, A. Cases Amenos², J. González Juanatey³, A. Matalí Gilarranz⁴ y R. Pacheco López⁵

¹Servicio de Medicina Interna. Hospital General Gregorio Marañón. Madrid. ²Servicio de Nefrología. Hospital Clínic i Provincial de Barcelona. Barcelona. ³Servicio de Cardiología. Complejo Hospitalario Universitario de Santiago. Santiago de Compostela, A Coruña. ⁴Departamento Médico. Laboratorios Almirall, S.A., ⁵ADKNOMA. Barcelona.

Objetivos. Conocer el grado de control de los factores de riesgo cardiovascular (FRCV) de los pacientes de alto riesgo cardiovascular en función del género del paciente.

Material y métodos. Estudio transversal y multicéntrico realizado en consultas de cardiología, medicina interna, nefrología y endocrinología principalmente, de todo el territorio español. Se incluyeron pacientes mayores de edad, con riesgo cardiovascular definido por SCORE > 5% o con diabetes mellitus o alguna enfermedad clínica

asociada (ECA). Se consideraron los siguientes valores de control: PA según guías españolas de HTA 2005, colesterol-LDL < 100 mg/dL y hemoglobina glicosilada (HbA_{1c}) < 7% en diabéticos. Se consideró enfermedad renal crónica (ERC) oculta cuando el médico no indicaba enfermedad renal y el paciente presentaba albuminuria ≥ 200 mg/dL o filtrado glomerular (MDRD-4) < 60 mL/min/1,73 m². El análisis estadístico se realizó con el soporte del paquete SAS versión 9.1.

Resultados. Se reclutaron 3.188 pacientes, de los cuales 3.044 (95,5%) resultaron valorables. Un 65,6% fueron varones, la edad media fue de 65,3 años (DT = 11,3) y el IMC medio de 29,4 kg/m² (DT = 4,6). Los FRCV más frecuentes fueron HTA (85,1%) y dislipemia (83,3%); las lesiones de órgano diana, hipertrofia ventricular izquierda (43,5%) y microalbuminuria (29,9%); y las ECA la enfermedad cardíaca (62,5%) y la renal (25,3%). Un 59,2% eran diabéticos y un 62,4% presentaban afectación vascular, la mayoría en una sola localización (46,3%), siendo la enfermedad coronaria la más frecuente (47,4%). Los hombres presentaron afectación multivascular más frecuentemente que las mujeres (18,6% vs. 11,2%). Se observaron diferencias estadísticamente significativas en los porcentajes de control de PA, colesterol LDL y HbA_{1c} entre varones y mujeres. La PA estaba controlada en un 19,4% de varones y un 14,3% de mujeres ($p = 0,0005$), la HbA_{1c} en un 31,2% de varones y en un 26,4% de mujeres ($p = 0,0305$) y el colesterol LDL en un 38,2% de varones y un 31,4% mujeres ($p = 0,0003$). Alrededor de un 25% de los pacientes presentaban ERC declarada (25,3% varones vs. 25,1% mujeres), pero las mujeres presentaban un mayor porcentaje de ERC oculta (58,5%) que los hombres (12,7%).

Discusión. La población de alto riesgo cardiovascular presenta una elevada prevalencia de FRCV y un bajo control de los mismos, siendo las mujeres las que presentan peor control, así como mayor porcentaje de ERC oculta.

Conclusiones. Es importante conseguir un mayor control de los FRCV y una mayor detección de ERC, especialmente en mujeres, por parte de los médicos que siguen habitualmente a estos pacientes.

RV-96

RELACIÓN ENTRE ACLARAMIENTO DE CREATININA Y MORBIMORTALIDAD CARDIOVASCULAR (PROYECTO MIRVAS)

M. Moreno Palanco¹, L. Pérez Alonso¹, P. Ibáñez Sanz² y C. Suárez Fernández²

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

Objetivos. La relación entre enfermedad renal crónica y enfermedad cardiovascular es bidireccional. La insuficiencia renal crónica se asocia claramente a un mayor riesgo cardiovascular, y los pacientes que la presentan deben recibir tratamiento igual que otros pacientes en prevención secundaria. Recientes estudios demuestran que no sólo este riesgo está aumentado en pacientes con enfermedad renal avanzada, sino que es progresivo a lo largo del espectro de función renal. Nuestro propósito es evaluar si la reincidencia de eventos cardiovasculares, en un grupo de pacientes sometidos a un control intensivo de factores de riesgo cardiovascular, se relaciona con el aclaramiento de creatinina (CCr).

Material y métodos. El proyecto MIRVAS es un estudio que pretende evaluar la utilidad de un control integral e intensivo de factores de riesgo cardiovascular (FRCV) frente al control habitual en pacientes en prevención secundaria. Se eligieron pacientes que hubiesen sufrido un evento cardiovascular (IAM no mortal, SCASEST o ictus atrotrombótico), menores de 84 años, sin impedimento para acudir a consulta y con esperanza de vida mayor de 6 meses. El reclutamiento se desarrolló entre octubre de 2002 y febrero de 2004, asignán-

dose aleatoriamente los pacientes a un cuidado intensivo de FRCV o el cuidado tradicional. Se ha determinado el aclaramiento de creatinina mediante la fórmula MDRD abreviada en aquellos pacientes sometidos a tratamiento intensivo y se ha registrado el número de pacientes que presentaban un nuevo evento cardiovascular (muerte cardiovascular, rictus, IAM, SCASEST, ictus, AIT, isquemia arterial periférica o ingreso por insuficiencia cardíaca). Se ha calculado la relación entre CCr y morbimortalidad mediante regresión logística. **Resultados.** De los 120 pacientes incluidos en el grupo de tratamiento intensivo, se dispone de cifras de aclaramiento de creatinina de 96 de ellos. Setenta y ocho son hombres (81,3%) y 18 mujeres (18,8%). La edad media es de 56,08 años (SD 3,67). La cifra media de aclaramiento de creatinina fue de 77,49 ml/min (SD 19,34). Veinte pacientes (8,1%) tenían un CCr mayor de 90 ml/min, 62 (25,2%) tenían un CCr entre 60 y 89,9 ml/min y 14 (5,7%) pacientes entre 30 y 59,9 ml/min. Ninguno de los pacientes tenía un aclaramiento de creatinina inferior a 30 ml/min. Los pacientes que no presentaron eventos cardiovasculares durante el seguimiento presentaron un CCr medio de 79,39 ml/min (SD 18,50), mientras que aquellos que tuvieron al menos un evento presentaron un CCr medio de 67,24 ml/min (SD 21,18). Por cada descenso de CCr de 1 ml/min, el riesgo de un nuevo evento se multiplica por 1,043 (95% CI 1,005 - 1,081; $p = 0,025$). Los pacientes con un CCr entre 30 y 59,9 ml/min tienen un riesgo superior (RR = 9; 95% CI 1,49-54,32; $p = 0,017$) de presentar un nuevo evento que aquellos con un CCr superior a 90 ml/min. Este riesgo es independiente del efecto de la edad y el sexo del paciente.

Conclusiones. Una reducción del aclaramiento de creatinina se asocia a un mayor riesgo de eventos cardiovasculares en pacientes sometidos a un control intensivo de FRCV. Este mayor riesgo ocurre en pacientes que sólo presentan una reducción moderada del aclaramiento de creatinina.

RV-97

REDUCCIÓN DE MORBIMORTALIDAD CARDIOVASCULAR MEDIANTE UN CONTROL INTEGRAL E INTENSIVO DE FACTORES DE RIESGO: PROYECTO MIRVAS

M. Moreno Palanco¹, L. Pérez Alonso¹, P. Ibañez Sanz² y C. Suárez Fernández²

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

Objetivos. A pesar de la publicación de numerosas guías clínicas por distintas sociedades médicas, el tratamiento de los pacientes en prevención secundaria tras un evento cardiovascular no alcanza los objetivos indicados en las mismas, según lo demuestran diversos estudios. Dado que la enfermedad cardiovascular es una importante causa de morbimortalidad en los países desarrollados, debemos desarrollar estrategias para disminuir su impacto, tanto en costes humanos como económicos. Nuestro estudio pretende demostrar que es posible reducir esta morbimortalidad mediante actuación integral e intensiva sobre los factores de riesgo cardiovascular (FRCV) y superioridad frente al control habitual. Esta actuación se desarrollaría en el ámbito de una consulta monográfica atendida por un médico internista y una enfermera especializada.

Material y métodos. Se eligieron pacientes que hubiesen sufrido un evento cardiovascular (IAM no mortal, SCASEST o ictus aterotrombótico), menores de 84 años, sin impedimento para acudir a consulta y con esperanza de vida mayor de 6 meses. El reclutamiento se desarrolló entre octubre 2002 y febrero 2004, asignándose aleatoriamente los pacientes a un cuidado intensivo de FRCV (grupo intervención) o el cuidado tradicional (grupo control). El cuidado intensivo incluye al menos tres visitas durante el primer año y en los siguientes un mínimo de dos anuales; en cada una inicialmente una enfermera mide la presión arterial, índice de masa corporal y verifica y corrige el cumplimiento de hábitos de vida correctos. Posteriormente el paciente pasa a consulta médica donde se ajusta el tratamiento en función de la anamnesis, exploración y pruebas complementarias. Los pacientes controles acuden una sola vez a consulta, se verifica el control de los FRCV pero no se realiza intervención terapéutica. Se ha realizado un seguimiento mínimo de tres años por paciente.

Resultados. De los 246 pacientes incluidos, 120 recibieron un cuidado intensivo y 126 un cuidado habitual. No existen diferencias sig-

nificativas en las características basales de los pacientes ni en el tipo de episodio cardiovascular que les incluyó en el estudio. Se obtuvieron datos de 237 pacientes, 116 del grupo intervención y 121 del grupo control. Durante el seguimiento 19 pacientes (16,4%) del grupo intervención y 50 pacientes (41,3%) del grupo control presentaron algún evento cardiovascular (RR 3,60; 95% CI 1,95-6,62; $p < 0,0005$). En total se produjeron 29 eventos en el grupo intervención (4 muertes de causa cardiovascular, 14 SCASEST, 2 AITs, 6 ingresos por insuficiencia cardíaca, 2 ingresos por isquemia arterial periférica y una muerte de causa no cardiovascular) y 63 en el grupo control (seis muertes cardiovasculares, 25 SCASESTs, 13 ingresos por insuficiencia cardíaca, 5 ictus, 4 ingresos por isquemia arterial, 1 IAM, 1 AIT, 5 eventos menores (crisis HTA) y 3 muertes de causa no cardiovascular. Además del grupo de asignación, confirieron un riesgo significativamente superior de presentar un nuevo evento, el tener antecedentes personales de cardiopatía isquémica ($p = 0,001$) o de HTA ($p = 0,004$), y el sexo femenino ($p = 0,022$).

Conclusiones. Un control integral e intensivo de FRCV realizado en una consulta monográfica de Medicina Interna consigue reducir de forma significativa la morbimortalidad cardiovascular en los tres años siguientes a un síndrome coronario o ictus.

RV-98

FACTORES ASOCIADOS A PEOR EVOLUCIÓN TRAS UN EVENTO CARDIOVASCULAR (PROYECTO MIRVAS)

M. Moreno Palanco¹, L. Pérez Alonso¹, P. Ibañez Sanz² y C. Suárez Fernández²

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

Objetivos. Los pacientes que han sufrido un evento cardiovascular tienen un riesgo significativamente mayor de presentar un nuevo evento que la población general. Un mal control de factores de riesgo cardiovascular (FRCV) se asocia claramente a una peor evolución, además, algunos subgrupos de pacientes podrían tener un riesgo incrementado requiriendo un mayor esfuerzo por controlar los FRCV. Nuestro objetivo es identificar si alguna de las características basales de los pacientes que han presentado un evento cardiovascular condiciona una peor evolución en cuanto a morbimortalidad en los tres años posteriores al evento.

Material y métodos. El proyecto MIRVAS es un estudio que pretende evaluar la utilidad de un control integral e intensivo de factores de riesgo cardiovascular (FRCV) frente al control habitual en pacientes en prevención secundaria. Se eligieron pacientes que hubiesen sufrido un evento cardiovascular (IAM no mortal, SCASEST o ictus aterotrombótico), menores de 84 años, sin impedimento para acudir a consulta y con esperanza de vida mayor de 6 meses. El reclutamiento se desarrolló entre octubre 2002 y febrero 2004, asignándose aleatoriamente los pacientes a un cuidado intensivo de FRCV o el cuidado tradicional. Se ha registrado el número de pacientes que presentaban un nuevo evento cardiovascular (muerte cardiovascular, IAM, SCASEST, ictus, AIT, isquemia arterial periférica o ingreso por insuficiencia cardíaca) en los tres años siguientes a su inclusión y se ha comparado la incidencia de eventos según: edad, sexo, antecedentes de enfermedad cardiovascular, tipo de evento que motivó la inclusión, tabaquismo o consumo excesivo de alcohol previos e HTA o diabetes conocidas antes de la inclusión en el estudio.

Resultados. La edad avanzada se asoció a una peor evolución, por cada año cumplido se multiplica por 1,038 el riesgo de presentar un evento (95% IC 1,014-1,063; $p = 0,002$). Las mujeres presentaron una peor evolución, 44 de 132 hombres (25%) presentaron algún evento, frente a 25 de 36 mujeres (41,0%); $p = 0,022$. La presencia de antecedentes personales de enfermedad cardiovascular también marcó una peor evolución, un 51,4% de los pacientes con antecedentes de cardiopatía isquémica, un 33,3% con antecedentes de ictus y un 40,0% de aquellos con antecedentes de enfermedad arterial periférica presentaron un evento, frente al 22,8% de los pacientes que no tenían eventos previos ($p = 0,001$). Un 36,8% de los pacientes con HTA conocida antes de la inclusión presentaron eventos, frente al 18,8% de los pacientes no hipertensos ($p = 0,04$). Los pacientes incluidos tras un síndrome coronario, los fumadores y los que consumían una cantidad excesiva de alcohol presentaron una mayor frecuencia de eventos (31,4%, 32,9% y 32,1% respectivamente) que los incluidos por ictus, no fumadores y abstemios

(24,7%, 23,1% y 18% respectivamente) aunque las diferencias no fueron estadísticamente significativas. Los pacientes diabéticos y no diabéticos presentaron un porcentaje similar de eventos (31,3% vs 28,2%).

Conclusiones. La edad avanzada, el sexo femenino, los antecedentes personales de enfermedad cardiovascular (especialmente cardiopatía isquémica) y la presencia de HTA previa se asocian a una peor evolución tras un evento cardiovascular.

RV-99

¿ES SUFICIENTE CON MEDIR EL ÍNDICE DE AUMENTO UNA VEZ O DEBEN REALIZARSE MEDIDAS REPETIDAS EN LA MISMA VISITA CLÍNICA?

L. Pérez Alonso¹, M. Moreno Palanco¹, I. García Polo² y C. Suárez Fernández²

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

Objetivos. La HTA ha sido definida tradicionalmente a partir de datos obtenidos de la PA periférica. Hoy sabemos que la medida de la presión arterial central (PAC) nos ofrece una mayor información pronóstica. Esta PAC se puede hallar a través del análisis de la onda de pulso de las arterias, es decir, a partir de la representación gráfica de la suma de las ondas generadas en los vasos sanguíneos como consecuencia de la presión que se genera en tras la eyección de sangre en sístole (Onda de eyección) y la presión de las ondas que retornan tras colisionar con las paredes arteriales (ondas reflejadas). El índice de aumento (IA) se obtiene a partir del análisis de la onda de pulso y es una medida de rigidez arterial. Nuestro objetivo es determinar si la medida del índice de aumento presenta variaciones significativas al realizarse de forma repetida, al igual, que debido a la reacción de alerta, le ocurre.

Material y métodos. Se seleccionaron consecutivamente 28 pacientes, 100% hipertensos, de los cuales 16 (57,14%) tenían tratamiento farmacológico y 12 (42,85%) fueron diagnosticados en el momento de inclusión. Se les realizaron medidas de PA en brazo derecho e IA en el brazo izquierdo simultáneamente y en condiciones estándar, en tres ocasiones, separadas entre sí 5 minutos. Se realizaron las medidas del IA con un tonómetro OMRON HEM-9000AI. El IA se expresa en porcentaje. Se calculó la diferencia de PA en mmHg y del valor del IA (%) entre la primera y tercera medida para cada sujeto, analizando estos datos con t-student para muestras pareadas.

Resultados. Se realizaron mediciones a 28 pacientes, de los cuales 15 (53,6%) eran varones y 13 (46,4%) mujeres. Los valores medios de la primera medida del IA fueron de 86,93 g (sd 8,19), y los de la tercera 88,11 (sd 9,21%). Los valores medios de la primera medida de la PAS fueron de 141,11 mmHg (sd 12,38), y los de la tercera 135,3 (sd 12,07). La diferencia del valor de IA entre la primera y última toma es de 1,18 (sd 4,13, con un intervalo de confianza entre -2,8 y 0,45, $p < 0,148$), mientras que las diferencias de las PA, tanto sistólicas como diastólicas, se cuantifican en 5,7 mmHg (sd 1,4) y 3,5 mmHg (4,1 mmHg) respectivamente ($p < 0,01$ y $p < 0,02$).

Conclusiones. A diferencia de la medida de la PA periférica, la medida del IA no presenta una variación significativa entre la 1ª y 3ª determinación siendo suficiente para su evaluación la medida en una única ocasión.

RV-100

FACTORES RELACIONADOS CON MEDIDAS ELEVADAS DE MONITORIZACIÓN DE PRESIÓN ARTERIAL AMBULATORIA EN UNA CONSULTA DE MEDICINA INTERNA

M. Montero Pérez-Barquero, A. Lozano Rodríguez, B. Cortés Rodríguez, J. Ampuero Ampuero, A. Jurado Porcel, L. López Jiménez, J. Ortiz Minuesa y R. Martínez Fernández

Servicio de Medicina Interna. Hospital Universitario Reina Sofía. Córdoba.

Objetivos. Conocer las variables relacionadas con hipertensión arterial en el periodo de actividad medida por monitorización de presión arterial ambulatoria (MAPA) en una muestra de pacientes diagnosticados de hipertensión arterial en seguimiento en una consulta de Medicina Interna.

Material y métodos. En un estudio transversal se seleccionaron de forma consecutiva 177 pacientes diagnosticados de hipertensión arterial (HTA) según criterios de la OMS (TAS ≥ 140 y/o TAD ≥ 90 mmHg), en seguimiento en las consultas externas de Medicina Interna de nuestro hospital, a los que se les solicitaba una MAPA. Se registraron: Motivo de la MAPA, género, edad, índice de masa corporal (IMC), perímetro abdominal, años de evolución de HTA, enfermedad cardiovascular, lesión de órgano diana, FRCV (diabetes mellitus, tabaquismo, dislipemia), antecedentes familiares de enfermedad cardiovascular precoz, tratamiento antihipertensivo. A cada paciente se le realizó una MAPA de 24 horas de duración mediante el sistema Space Labs® Mod 90207 (USA). El cálculo del RCV global de cada paciente se realizó utilizando tablas de la OMS/ISH. Se estimaron como obesidad IMC > 30 y obesidad abdominal, un perímetro de cintura ≥ 102 cms en los hombres y ≥ 88 cm en las mujeres. Se consideró hipertensión arterial, valores del MAPA durante el periodo de actividad: PAS ≥ 135 o PAD ≥ 85 . Se realizó un análisis bivariante mediante una Chi-cuadrado con el cálculo de riesgo relativo, mediante el paquete estadístico SPSS 10.0E.

Resultados. Nuestra muestra consta de 107 mujeres (60,5%) y 70 hombres (39,5%), con una edad media de $58,37 \pm 13,85$ años (45% más de 60) y 6,09 años de evolución de la HTA (19,2% más de 10 años de evolución). El 45% presentaban obesidad y el 53% obesidad abdominal. Se detectaron un 18,1% de tabaquismo, 16,9% diabéticos y 47,5% con dislipemia. El 17,5% se encontraba en situación de prevención secundaria de Enfermedad cardiovascular y un 8,5% presentaba lesión de órgano diana. El 29% seguía tratamiento con 3 o más fármacos hipotensores. El motivo de realización del MAPA fue la valoración de la eficacia del tratamiento en un 48,6%. En cuanto a distintos patrones de comportamiento nocturno de la presión arterial, el 51,4% de nuestra población eran no reductores durante el descanso (37,3% non-Dipper y 15,3% Riser o elevadores). Con estos datos, el RCV calculado fue elevado o muy elevado en un 38,4% de la muestra. El 45% presentaron valores elevados de presión arterial (PA) en el periodo de actividad medida por MAPA. En el análisis bivariante, una presión arterial mayor de 135/85 se asoció con: género (hombre; RR 1,81; $p = 0,06$), número de fármacos (3 o más; RR 1,99; $p = 0,045$), patrón circadiano de PA (dipper o extreme dipper; RR 1,94; $p = 0,034$) grado de riesgo (elevado o muy elevado; RR 2,49; $p = 0,007$).

Conclusiones. El 45% de la muestra de nuestro estudio presenta valores elevados de hipertensión arterial medida por MAPA y ello se relaciona con ser hombre, tomar tres o más fármacos hipotensores y presentar un riesgo cardiovascular elevado o muy elevado por lo que creemos de utilidad la realización de MAPA en esta población de pacientes.

RV-101

IMPACTO DE LA ENFERMEDAD VASCULAR CEREBRAL EN EL LUPUS

P. Moral Moral, I. Moreno Muñoz, L. Micó Giner y 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 su posible etiopatogenia y su enfoque terapéutico.

Material y métodos. Describimos los casos de 8 pacientes que presentaron un AVC, todos ellos extraídos de una muestra de 108 pacientes diagnosticados de LES según los criterios de la ACR, 98 y estudiados en nuestro servicio entre 1993 y 2006. Estudiamos los siguientes parámetros: sexo, edad en el momento del AVC, factores de riesgo vascular (hipertensión (HTA), dislipemia, 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 de 108 pacientes con LES fue de 7,41% (8), de ellos, el 87,5% eran mujeres (7). La edad media fue de 44 años (intervalo 19-81) y la media de años de evolución del LES hasta la aparición del evento fue de 10 años.

El 50% (4) de estos pacientes presentaban nefropatía lúpica, estando todos ellos en tratamiento con inmunosupresores y el 87,5% (7) seguía tratamiento de manera crónica con corticoides orales. En términos de factores de riesgo vascular, el 50% (4) eran hipertensos y dislipémicos pero solo 3 de ellos seguían tratamiento antihipertensivo y solo uno hipolipemiante; por otra parte, uno de ellos era diabético 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 magnéticas realizadas mostraron signos de isquemia aguda en parénquima cerebral y solo una mostró una imagen compatible con vasculitis cerebral, no encontrando en ningún caso signos de hemorragia. Finalmente, no se encontró ninguna alteración electrocardiográfica y en un 50% (4) de los pacientes, la ecocardiografía mostró signos compatibles con endocarditis de Libman-Sachs, teniendo todos ellos anticoagulante lúpico positivo.

Discusión. Se admiten como factores etiopatogénicos del AVC en el LES la edad, la HTA, los estados protrombóticos, las valvulopatías cardíacas, la ateromatosis precoz y las vasculitis del territorio cerebral. En nuestra serie, hasta un 50% de los paciente con LES que desarrollaron un AVC estaban afectados de endocarditis de Libman-Sachs, siendo todos ellos portadores de ACL y sugiriendo, en estos casos, la etiología cardioembólica como causa determinante. En el resto de pacientes, factores como la HTA o la dislipemia 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 juventud 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 afectados de LES y AVC. En nuestra serie, encontramos un paciente con una neuroimagen sugestiva de afectación vasculítica.

Conclusiones. 1) La incidencia de AVC en el LES es muy baja (7,4% en nuestra serie) y suele aparecer en fases avanzadas y activas de la enfermedad. 2) Entre los mecanismos etiopatogénicos involucrados destaca la presencia de ACL, asociándose en estos casos a una endocarditis de Libman-Sachs y a un mecanismo cardioembólico. 3) La presencia de ACL debe investigarse de manera sistemática tanto en LES como en pacientes jóvenes con AVC, realizando siempre una ecocardiografía ante la sospecha de una endocarditis de Libman-Sachs. 4) Será necesario 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.

RV-102

EL POLIMORFISMO RS1799986 DEL GEN LRP1 MODULA LA RESPUESTA LIPÉMICA POSTPRANDIAL TRAS UNA COMIDA RICA EN GRASA

N. Delgado Casado, M. Moreno Conde, E. Galán Dorado, F. Martín Martos, J. Ruano Ruiz, R. Fernández de la Puebla, J. López Miranda y F. Pérez Jiménez

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

Objetivos. Introducción: la proteína LRP1, uno de los receptores relacionados con los LDLR, está involucrada en el aclaramiento postprandial de las lipoproteínas ricas en triglicéridos (TRL). Se ha descrito que los polimorfismos en el gen LRP son un factor de riesgo para un desarrollo prematuro de enfermedad cardiovascular. **Objetivo.** Estudiar el efecto del polimorfismo rs1799966 en el gen LRP1 sobre el metabolismo lipídico postprandial en individuos sanos.

Material y métodos. A 88 voluntarios sanos (42 CC, 37 TC y 9 TT) normolipémicos y homocigotos para el alelo E3 de la Apo E, se les administró una comida rica en grasa (1 gramo de grasa/kg de peso corporal, 60.000 UI de vitamina A y 7 mg de colesterol/kg de peso) con un 60% de calorías como grasas, 15% como proteínas y 25% como hidratos de carbono. Se realizaron extracciones en el tiempo 0 y cada hora, hasta la hora sexta y cada dos horas y media hasta las 11 horas. Se determinaron colesterol total, triglicéridos, HDL colesterol, LDL colesterol, Apo A1 y Apo B plasmáticos, así como el colesterol, triglicéridos, Apo B100, Apo B48 y retinil palmitato en las lipoproteínas ricas en triglicéridos (TRL grandes y pequeñas).

Resultados. Los individuos homocigotos TT presentaron una mayor respuesta postprandial en los niveles de colesterol, retinil palmitato y Apo B100 vehiculizados en las TRL-grandes ($p < 0,05$), cuando se compararon con los participantes portadores del alelo C. Los homocigotos TT mostraron mayores niveles de LDL colesterol en plasma y de colesterol en las TRL-pequeñas, independientemente de las respuesta postprandial ($p < 0,05$). No se encontraron diferencias significativas con el resto de los parámetros estudiados.

Conclusiones. Los resultados obtenidos sugieren que el polimorfismo rs1799986 en el gen de la LRP1 modifica la respuesta postprandial en personas sanas, de forma que los individuos con el genotipo TT podrían tener un mayor riesgo de desarrollar enfermedades cardiovasculares.

RV-103

NIVELES DE POTASIO EN HIPERTENSIÓN RENOVASCULAR

M. Ayala Gutiérrez¹, M. Carrillo de Albornoz², M. López Carmona¹, F. Salgado¹, N. Muñoz Roca¹, J. Martínez González¹, P. Aranda Lara³ y R. Gómez-Huelgas¹

¹Servicio de Medicina interna, ²Servicio de Nefrología. Complejo Hospitalario Carlos Haya. Málaga. ³Escuela de Medicina Deportiva. Hospital Virgen de la Victoria. Málaga.

Objetivos. Los niveles séricos bajos de potasio deberían hacernos sospechar hiperaldosteronismo, ante un cuadro de HTA resistente. El objetivo del trabajo es describir los valores de potasemia en una muestra de 30 pacientes con Hipertensión renovascular. Como objetivo secundario se plantea la descripción clínica de la muestra y la valoración de diversas variables que puedan influir en la potasemia.

Material y métodos. Revisamos 30 casos constatados de HTA renovascular (18 mujeres, 12 varones; Edad: 58,53, SD: 14,8). Criterios de inclusión: Hiperaldosteronismo, hiperreninémico con gammagrafía/nefrograma isotópico con captopril indicativo de HTA renovascular; y en los casos de sospecha de enfermedad bilateral, además arteriografía o angio-RMN de arterias renales. Valoramos los niveles de potasemia, en relación con los datos clínicos, tratamiento, y datos bioquímicos, con especial atención a la natiemia, natriuria, función renal, niveles de ARP, aldosterona, e iones.

Resultados. Factores de riesgo: Sedentarismo; 20 pacientes; 66%. Obesidad; 12; 40%. Diabetes 10; 33%. Hiperlipemia; 10; 33%. Tabaquismo; 12; 40%. Daño de órgano diana: Enf. Renal; 10 pacientes; 33%. Enf. Cardíaca; 10; 33%. Enf. Cerebro-vascular; 4; 13%. Presión arterial al inicio del estudio: TAS; 158,3 ± 16,2; 66% (20 pacientes TAS mayor de 140 mmHg. TAD; 87,1 ± 8,3; 33%; (10 pacientes con TAD mayor 90 mmHg. Variables analíticas: glucosa; 125,7; ± 57,4. Creatinina; 1,2; ± 0,5. Colesterol total; 198,5; ± 35,3. Col-Hdl; 131,5; ± 33,9. Col-hdl; 49,7; ± 23,3. Triglicéridos: 153,4; ± 82,2. Na; 140,3; ± 2,3. K; 4,45; ± 0,52 (29 pacientes con K mayor a 4 mmol/l). Na U; 101,3; ± 43,1. K U; 33,1; ± 24,4. Micralb; 96,7 ± 162,7 (50% de los pacientes > 30 mg/gr); Aldosterona; 403,5 ± 239,6 (Rango: 80-1205); ARP; 12,9; ± 13,9. Tratamiento: Inh-eje RAA; 27 pacientes; 90%. ARA-II; 18; 60%. Asa; 10; 33%. Tiazidas; 11; 36,6%. Inh-ald; 4; 13,3%. B-Block; 8; 26,6%. diagnóstico de imagen: La HTA renovascular fue bilateral en 5 pacesintes; 16,6%

Discusión. Factores de riesgo: El perfil del paciente con HTA renovascular es de mujer con HTA de predominio sistólico con niveles de glucemia y creatinina discretamente elevados, microalbuminuria y niveles de Na y k normales, en su gran mayoría con K mayor de 4. En su tratamiento, tienen una meía de 3 fármacos predominando los inhibidores del eje RAA. Es claramente llamativa la ausencia de hipopotasemia, ya que esta se cita ampliamente en la literatura como marcador de HTA renovascular e hiperaldosteronismo. Es posible que la hipopotasemia quede enmascarada por el uso de fármacos que producen hiperpotasemia, ya que la casi totalidad de los pacientes usaban inhibidores del eje RAA o diuréticos ahorradores de potasio.

Conclusiones. En la muestra estudiada la hipopotasemia no ha resultado un marcador útil para la detección de HTA renovascular. Desaconsejamos que la hipopotasemia se use como marcador limitante para iniciar el estudio de una posible HTA renovascular.

RV-104**METABOLISMO DE LA GLUCOSA Y SÍNDROME METABÓLICO EN PACIENTES CON HIPERTENSIÓN ARTERIAL ESENCIAL**

I. Fernández Galante, E. González Sarmiento, I. Fernández Martínez, N. Suliman Jabary y C. Hinojosa Mena-Bernal
Servicio de Medicina Interna. Hospital Clínico Universitario de Valladolid. Valladolid.

Objetivos. La hipertensión arterial (HTA) esencial es un trastorno asociado a las alteraciones del metabolismo de la glucosa, al Síndrome Metabólico (SM) y a la Resistencia a la Insulina (RI). El objetivo es evaluar su prevalencia en una población de pacientes hipertensos esenciales.

Material y métodos. Estudio transversal sobre 204 pacientes hipertensos, no diabéticos conocidos, que acudieron a la consulta de Hipertensión o de Medicina Interna, en el Hospital Clínico Universitario de Valladolid. A todos ellos se determinaron datos antropométricos, concentraciones plasmáticas de lípidos, glucemia e insulina basal y a los 120 minutos, tras la SOG con 75 g de glucosa. Se consideró RI cuando el índice de HOMA, fuera mayor o igual a 3,8. Se utilizaron los criterios de la IDF para el diagnóstico de SM y los criterios de la ADA para el diagnóstico de las alteraciones del metabolismo de la glucosa.

Resultados. La edad fue de $58,28 \pm 9,86$ años, siendo el 43,6% hombres. Presentaron un IMC de $29,79 \pm 3,55$ kg/m² y un perímetro abdominal de $92,76 \pm 11,92$ cm. El 6,4% fue diagnosticada de alteración de la glucosa en ayunas (AGA), el 29,4% de intolerancia oral a la glucosa (ITG), el 14,7% de diabetes mellitus (DM) y el 15,2% de RI. El 34,3% tenían un metabolismo de la glucosa normal. El 19,1% fueron diagnosticados de SM. El 10,3% presentaron hipertrofia ventricular izquierda (HVI). No hubo diferencias significativas en cuanto al sexo salvo en los niveles de HDL y en el perímetro de la circunferencia, más elevados en la mujer ($p < 0,001$).

Discusión. La HTA, primer factor de riesgo cardiovascular, y las alteraciones del metabolismo de la glucosa son dos procesos muy prevalentes en nuestro medio, que reconocen una base fisiopatológica común, la RI, por lo que se asocian frecuentemente entre sí y con otros factores de riesgo cardiometabólico. La acumulación de estos factores incrementa el riesgo de padecer enfermedades cardiovasculares y constituyen el denominado SM.

Conclusiones. Las alteraciones del metabolismo de la glucosa, la RI, el SM son muy frecuentes en los pacientes con HTA esencial, lo que aumenta el riesgo para las enfermedades cardiovasculares.

RV-105**RELACIÓN ENTRE EL ÍNDICE DE AUMENTO Y EL PATRÓN DE TENSIÓN ARTERIAL EN MONITORIZACIÓN AMBULATORIA**

L. Pérez Alonso¹, M. Moreno Palanco¹, P. Ibañez Sanz², I. García Polo² y C. Suárez Fernández²

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

Objetivos. La HTA ha sido definida tradicionalmente a partir de datos obtenidos de la PA periférica. Hoy sabemos que la medida de la presión arterial central (PAC) nos ofrece una mayor información pronóstica. Esta PAC se puede hallar a través del análisis de la onda de pulso de las arterias, es decir, a partir de la representación gráfica de la suma de las ondas generadas en los vasos sanguíneos como consecuencia de la presión que se genera en tras la eyección de sangre en sístole (Onda de eyección) y la presión de las ondas que retornan tras colisionar con las paredes arteriales (ondas reflejadas). El Índice de aumento (IA) se obtiene a partir del análisis de la onda de pulso y es una medida de rigidez arterial. Nuestro objetivo es determinar si un IA alterado se relaciona con patrones de variación circadiana de HTA no dipper, que también representan un mayor riesgo cardiovascular

Material y métodos. Se seleccionaron consecutivamente 80 pacientes remitidos para MAPA y se les realizaron medidas de PA cada 30 minutos durante el día y cada 20 minutos durante la noche, con monitores de Spacelabs Medical modelo 90207. Tras la retirada del manguito de PA, obtenemos las gráficas de onda de pulso y el IA con un tonómetro OMROM HEM-9000AI. El IA se expresa en porcentaje, cuyo valor de normalidad varía en función del sexo y edad de

cada paciente. Cada determinación se acompaña de una gráfica en la que se interpreta el resultado en función de estos parámetros.

Resultados. Se realizaron mediciones a 80 pacientes, de los cuales 34 (42,5%) eran varones y 46 (57,5) mujeres, con edad media de 60,4 años (sd 15,7) con edades comprendidas ente 25,5 y 85,5 años (Rango 60). De ellos 49 (61,3%) eran hipertensos y realizaban tratamiento, 22 (27,5%) no tenían diagnóstico previo, aunque de 9 (11,3%) no hay registro de sus antecedentes ni tratamiento. Solo hubo un paciente (1,3% de la muestra) cuyo registro no fue válido y no se pudo analizar el tipo de patrón al que pertenecía. 33 pacientes (41,3%) presentaron un patrón dipper y 46 (98%) no dipper. De los índices de aumento 29 (36,6%) estaban dentro de la normalidad, mientras que 51 (63%) tenían valores por encima del normal. El 100% de los pacientes con un IA correcto tenía un patrón dipper. De los pacientes con IA alterado 92% tienen patrón no dipper ($p < 0,0005$).

Conclusiones. Todos los pacientes que presentan un IA normal tienen un patrón dipper, lo que significa que pertenecen a grupos de menor riesgo. Por otra parte un IA de alterado tiene una probabilidad muy alta de presentar un patrón no dipper, por lo que no solo sabemos que pertenece a pacientes de mayor riesgo sino que podemos adoptar decisiones terapéuticas al respecto dividiendo la dosificación del antihipertensivo en dos dosis.

RV-106**EFFECTO DE TRES PRODUCTOS LÁCTEOS ENRIQUECIDOS EN ESTEROLES VEGETALES, OMEGA-3 Y ÁCIDO FÓLICO, SOBRE EL COLESTEROL-LDL EN FUNCIÓN DEL ÍNDICE DE MASA CORPORAL**

J. García Quintana, E. Galán Dorado, A. García Ríos, D. Rosado, F. López Segura, J. Delgado Lista, J. López Miranda y F. Pérez Jiménez

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

Objetivos. Los alimentos funcionales suponen una opción terapéutica en el control de los factores de riesgo cardiovascular, que deben ser tenidos en cuenta junto con otros cambios en los hábitos de vida. Los ácidos grasos poliinsaturados omega-3, han demostrado sus efectos beneficiosos en numerosos estudios. Los esteroleos vegetales podrían inhibir la absorción intestinal de colesterol reduciendo los niveles de colesterol total y de LDL en la sangre. La respuesta a los mismos parece ser diferente en los distintos sujetos. El objetivo del presente estudio fue analizar el efecto de una intervención dietética con tres productos lácteos enriquecidos en esteroleos vegetales (EV), omega-3 y oleico (N-3), y ácido fólico (AF), en función del Índice de Masa Corporal (IMC) sobre los niveles plasmáticos de colesterol LDL. Secundariamente, evaluar la influencia de dicha intervención sobre otros componentes lipídicos plasmáticos.

Material y métodos. Estudio de intervención dietética, cruzado, aleatorizado, a simple ciego, con 29 pacientes con hipercolesterolemia poligénica. Se administraron 3 dietas (con un seguimiento de 4 semanas cada una) consistentes en una alimentación de tipo mediterráneo y 500 ml al día de tres lácteos enriquecidos en esteroleos vegetales, ácidos grasos omega-3 y oleico, y ácido fólico. Se determinó al final de cada período de intervención los niveles plasmáticos de colesterol total, colesterol-LDL, colesterol-HDL, triglicéridos (TG), Apolipoproteína A (Apo A), Apolipoproteína B (Apo-B) y Lipoproteína (a), analizando los resultados en función del IMC.

Resultados. Al comparar la intervención con esteroleos vegetales (EV) frente a omega-3 (N-3) y a ácido fólico (AF), observamos una disminución media de los niveles plasmáticos de colesterol-LDL con respecto a valores basales del 12,9% (EV: $134,82 \pm 23,33$ vs. N-3: $137,87 \pm 24,87$ vs. AF: $156,35 \pm 24,39$), una reducción de Colesterol total del 6,53% (EV: $210,25 \pm 23,06$ vs. N-3: $209,62 \pm 35,40$ vs. AF: $236,75 \pm 25,69$) y una disminución de Apolipoproteína B del 15,59% (EV: $84,75 \pm 11,48$ vs. N-3: $84,88 \pm 11,98$ vs. P: $95,75 \pm 11,75$) en el tercil de IMC $< 25,2$ a favor de los esteroleos vegetales, siendo estas diferencias estadísticamente significativas ($p < 0,05$). No se halló significación en los tertiles de mayor IMC, ni al analizar TG, ApoA y HDL.

Discusión. A parte de los factores genéticos que podrían estar influyendo la diferente respuesta interindividual a los esteroleos vegetales, parece existir una influencia significativa del índice de masa corporal, siendo los más beneficiados los participantes sin sobrepeso.

Conclusiones. Una alimentación de tipo mediterráneo junto con lácteos enriquecidos en esteroleos vegetales, disminuye más los niveles plasmáticos de colesterol-LDL que el mismo tipo de alimentación con lácteos enriquecidos en omega-3 y oleico, y en ácido fólico, en pacientes con hipercolesterolemia poligénica, siendo estas diferencias estadísticamente significativas sólo en el grupo de pacientes sin sobrepeso (IMC < 25,2).

RV-107

COMPARACIÓN DEL RIESGO CARDIOVASCULAR ESTIMADO CON DISTINTAS ESCALAS EN UNA MUESTRA DE PACIENTES DEL ÁREA URBANA DE MÁLAGA

G. Uribarri Sánchez¹, S. Jansen Chaparro¹, N. Macías Vega¹, P. De los Reyes Martínez², F. Salgado Ordóñez¹, R. Guijarro Merino¹, J. Cuende Melero³ y R. Gómez Huelgas¹

¹Servicio de Medicina Interna, ²Centro de Salud Ciudad Jardín. Complejo Hospitalario Carlos Haya. Málaga. ³Servicio de Medicina Interna. Complejo Asistencial de Palencia. Palencia.

Objetivos. Comparar la escala de riesgo SCORE con otros tres modelos de cálculo de riesgo cardiovascular (Framingham de Wilson, REGICOR y DORICA) en una muestra de pacientes atendidos en Atención Primaria.

Material y métodos. Estudio descriptivo transversal en sujetos mayores de 18 años de ambos sexos pertenecientes a una muestra aleatoria de la población atendida en un Centro de Salud urbano del área Norte de Málaga capital. Las variables incluidas en el estudio fueron edad, sexo, colesterol total, HDL-colesterol, presión arterial, hábito tabáquico y presencia de diabetes mellitus. Se excluyeron del análisis aquellos pacientes con antecedentes de cardiopatía isquémica, enfermedad cerebrovascular o arteriopatía periférica. Se consideraron tres categorías de riesgo (bajo: riesgo cardiovascular en SCORE menor de 3% o riesgo coronario en el resto de escalas menor de 10%), moderado (SCORE 3-4% y resto 10-19%) o alto (SCORE igual o mayor a 5% o resto igual o mayor a 20%). Los sujetos diabéticos fueron clasificados directamente de alto riesgo en la escala de Wilson y en la SCORE el riesgo que obtuvieron inicialmente se multiplicó por 2 (en varones) o 4 (en mujeres). El análisis estadístico se realizó con el programa SPSS.

Resultados. Se estudiaron 1133 pacientes de edades comprendidas entre 19 y 83 años de los que el 37% eran varones y el 63% mujeres. Un 38% tenía cifras de presión arterial igual o mayor de 140/90 mmHg o tomaba tratamiento antihipertensivo y un 8% tenía diabetes mellitus conocida. El 22% eran fumadores activos. El 46% presentaban cifras de LDL mayores de 130 mg/dl o tomaba hipolipemiantes y un 24% tenía cifras bajas de HDL-C para su sexo. Según SCORE el 71,9% de los sujetos tenía riesgo cardiovascular bajo, 7,5% intermedio y 20,5% alto. Para las otras tres escalas los riesgos bajo, moderado y alto fueron respectivamente 68,3%, 15,3% y 16,3% (Wilson), 92,1%, 6% y 1,9% (REGICOR), y 86,1%, 9,3% y 4,7% (DORICA). La concordancia de la clasificación del riesgo (kappa) fue 0,492 con Wilson, 0,21 con REGICOR, y 0,376 con DORICA.

Conclusiones. En nuestra población, las tablas SCORE identifican más pacientes de riesgo que las de REGICOR, Framingham y DORICA. Existe poca concordancia entre el sistema SCORE y el resto de modelos analizados.

RV-108

FACTORES DE RIESGO CARDIOVASCULAR Y SUPERVIVENCIA EN UN SERVICIO DE MEDICINA INTERNA

E. Martín Ponce, A. Fonseca Negrín, R. Pelazas, A. Martínez Riera, J. Viña, M. Durán Castellón, J. Jorge y F. Santolaria

Servicio de Medicina Interna. Hospital de Ofra. Sta. Cruz de Tenerife.

Objetivos. Se sabe que un mal control de factores de riesgo cardiovascular como: La hipertensión, dislipemia y obesidad aumentan la morbimortalidad. Sin embargo en algunos estudios se ha visto que en un momento determinado de la edad un aumento de los lípidos en sangre, el ser hipertenso u obeso puede aumentar la esperanza de vida. El objetivo de este estudio es analizar de una manera prospectiva si estos factores de riesgo cardiovascular aumentan o no la supervivencia de pacientes que ingresan en Medicina Interna.

Material y métodos. Se incluyen a 257 pacientes mayores de 60 años (varones mujeres edad media) que ingresan por cualquier causa en el servicio de Medicina Interna del HUC. Al ingreso se analizan los factores de riesgo: obesidad (IMC), dislipemia, HTA, diabetes y tabaco; los episodios cardiovasculares previos; el estado de nutrición y la capacidad funcional (deambulación). Durante el ingreso fallecieron 40 pacientes. Para estudiar la supervivencia, se realizó a los 217 restantes un seguimiento mediante contacto telefónico periódico interrogando si estaban vivos o muertos en el momento del contacto, sin analizar la causa de la muerte.

Resultados. Después del alta fallecieron. La supervivencia media fue de 488 ± 18 días. Tuvieron una mejor supervivencia a partir del alta los hipertensos y normotensos respecto a los hipotensos: Se objetiva que en los pacientes HTA, dislipémicos y obesos, la mortalidad es menor que en los que no lo son. También se observó que los pacientes con peor capacidad para deambular, tienen mayor mortalidad. Los pacientes con desnutrición moderada o intensa tienen una menor supervivencia.

Conclusiones. Con los resultados hasta ahora obtenidos podemos concluir que en un momento determinado de una enfermedad y a una edad hay que tener cuidado en querer corregir algunos factores de riesgo ya que esto puede acortar la supervivencia de nuestros enfermos.

RV-109

ANÁLISIS DEL RIESGO CARDIOVASCULAR DE PACIENTES CON SÍNDROME METABÓLICO MEDIANTE EL EMPLEO DE LA ESCALA SCORE

B. Sobrino Díaz¹, S. Jansen Chaparro¹, I. Portales Fernández¹, J. Mancera Romero², D. Peña Jiménez¹, R. Guijarro Merino¹, J. Cuende Melero³ y R. Gómez Huelgas¹

¹Servicio de Medicina Interna, ²Centro de Salud Ciudad Jardín. Complejo Hospitalario Carlos Haya. Málaga. ³Servicio de Medicina Interna. Complejo Asistencial de Palencia. Palencia.

Objetivos. Determinar el riesgo cardiovascular estimado mediante la escala SCORE en sujetos con síndrome metabólico.

Material y métodos. Pacientes mayores de 18 años y de ambos sexos con síndrome metabólico según criterios de la IDF, detectados en un grupo de 1224 sujetos pertenecientes a una muestra aleatoria de la población atendida en un Centro de Salud urbano del área Norte de Málaga capital. Se excluyeron del análisis a aquellos que hubiesen presentado cardiopatía isquémica, enfermedad cerebrovascular o arteriopatía periférica. En pacientes con diabetes mellitus, el riesgo estimado se multiplicó por 2 (en varones) o por 4 (en mujeres). Se consideraron tres categorías de riesgo (bajo: SCORE menor de 3%, intermedio: SCORE 3-4% y alto: SCORE igual o mayor de 5%). El análisis estadístico se realizó con el programa SPSS.

Resultados. Se incluyeron en el análisis 372 sujetos (211 mujeres y 161 varones). El 18% era fumador y el 21% diabético conocido. Según la escala SCORE, de los sujetos varones 71 (44%) tenían bajo riesgo cardiovascular, 20 (13%) riesgo intermedio y 70 (43%) riesgo elevado. En el caso de las mujeres, 112 (53%), 24 (11%) y 75 (36%) tenían riesgo cardiovascular bajo, intermedio y alto respectivamente. **Conclusiones.** Según la escala SCORE casi el 40% de los pacientes con síndrome metabólico de nuestra población tiene un riesgo cardiovascular elevado, siendo la proporción algo mayor en varones que en mujeres. Estos pacientes precisan un control estricto de los factores de riesgo cardiovascular para evitar la aparición de eventos cardiovasculares.

RV-110

HIPERTENSIÓN ARTERIAL RESISTENTE: REPRODUCIBILIDAD DE SU DIAGNÓSTICO MEDIANTE MONITORIZACIÓN AMBULATORIA DE PRESIÓN ARTERIAL DE 24 HORAS

M. Oltra Sempere, E. Solaz Moreno, N. Abdilla Bonías, M. Fabiá Valls, C. Fernández Rodríguez, M. Nicolau Laparra y J. Redón i Mas

Servicio Medicina Interna. Hospital Clínico Universitario. Valencia.

Objetivos. Establecer la reproducibilidad de la monitorización ambulatoria de la presión arterial (MAPA) de 24 horas en la evaluación de hipertensión arterial (HTA) resistente.

Material y métodos. Se incluyeron 77 pacientes con HTA refractaria de la Unidad de HTA de nuestro hospital, en un periodo de 156 meses (entre enero de 1994 y enero 2007, seguimiento mínimo de 6 meses). Se revisaron las historias clínicas de estos pacientes. En cada paciente se analizó el episodio asistencial inicial la segunda evaluación con medidas clínicas y MAPA. En cada episodio asistencial se recogieron: presiones arteriales clínicas (Pac) y frecuencia cardíaca (FC); MAPA de 24 horas (mínimo de dos), mediante monitor oscilométrico (Spacelabs 92202 o 92207) durante las actividades habituales del individuo. Se consideró HTA resistente en clínica a pacientes con TA > 140/90 mmHg, tomando la menos 3 fármacos antihipertensivos, uno de ellos un diurético. Se consideró HTA refractaria por monitorización TA > 140/90 mmHg en actividad. El estudio estadístico incluyó tablas de contingencia para valorar la persistencia del diagnóstico tanto desde el punto de vista clínico como de MAPA de 24 horas. La reproducibilidad de los valores absolutos se analizó mediante el coeficiente de correlación de Pearson y el método de Bland y Altman con el cálculo del coeficiente de repetibilidad.

Resultados. La muestra estaba compuesta por 77 pacientes (42 varones y 33 mujeres), con una media de edad de 61,81 años (SD 8,780). La media de tiempo entre las dos exploraciones fue de 24,39 meses (2-108 meses). 35 pacientes (45,45%) presentaban una PA clínica refractaria en la primera exploración que también lo era en la segunda exploración, mientras que en 21 pacientes (27,27%), en la segunda exploración la HTA no se podía considerar refractaria. 37 (48,05%) pacientes presentaban una MAPA refractaria en la primera exploración que también lo era en la segunda exploración, pero en 14 (18,18%) pacientes, en la segunda exploración la HTA no se podía considerar refractaria. La correlación entre los valores de PA ambulatoria fueron superiores a los observados en la clínica. El coeficiente de repetibilidad también resultó mejor para las PA ambulatorias comparadas con las clínicas.

Discusión. La MAPA es mejor método para diferenciar la HTA resistente verdadera de la falsa, teniendo mejores índices de reproducibilidad.

Conclusiones. La monitorización ambulatoria de presión arterial de 24 horas tiene mayor índice de reproducibilidad que la presión arterial clínica y tiene mayor utilidad para la evaluación de la HTA refractaria.

RV-113

UTILIDAD DEL MEDPED PARA EL DIAGNÓSTICO DE LA HIPERCOLESTEROLEMIA FAMILIAR: CORRELACIÓN CON EL ESTUDIO GENÉTICO

J. García García¹, M. Santa-Olalla González¹, I. Mascarell Martínez², R. Hernández Ros¹, H. Rocamora Sánchez³, I. Pacheco Tenza¹ y J. Cepeda Rodrigo⁴

¹Servicio de Medicina Interna, ²Sección de Endocrinología,

³Unidad de Documentación Clínica y Admisión. Hospital de la Agencia Valenciana de Salud Vega Baja. Orihuela, Alicante.

⁴Servicio de Medicina Interna. Hospital de Torrevieja. Torrevieja, Alicante.

Objetivos. La HFE es el trastorno hereditario monogénico más frecuente. La mutación afecta al gen que codifica el receptor para las LDL, condicionando concentraciones muy elevadas de colesterol total y de c-LDL, lo que implica un elevado riesgo de desarrollar enfermedad cardiovascular prematura. El diagnóstico de certeza se obtiene mediante análisis genético. En la actualidad, se dispone del mismo en muchos centros, pero no está al alcance de todos. Hasta hace unos años se realizaba un screening con criterios clínicos (Medped) que clasificaba a los pacientes en diagnóstico posible, probable o cierto. Objetivo: evaluar la eficacia del Medped como screening para hacer un diagnóstico de presunción de la HF.

Material y métodos. Se realiza un estudio observacional retrospectivo de una cohorte de sujetos con sospecha de HF a los que se les realizó un test genético (lipochip) para confirmar la enfermedad. Se recogen los datos del Medped, así como la edad y el resultado del test genético.

Resultados. Se revisan las historias de 49 sujetos, 24 mujeres y 25 hombres, calculando de forma exhaustiva la puntuación del Medped (ver criterios). De los 49 pacientes, en 41 se confirmó la existencia de la mutación del gen; de los 10 pacientes que tenían puntuación del Medped \geq 8 puntos (diagnóstico cierto) la mutación se confirmó

en 9. 7 pacientes tenían entre 6-7 puntos (diagnóstico probable) confirmando en 6 de ellos. De los 23 que tenían entre 3-5 puntos (diagnóstico posible) la enfermedad se confirmó en 19 y de los 9 que tenían menos de 3 puntos, se confirmó en 7. Analizando los grupos por edades, entre los pacientes con edad \leq 18 años el diagnóstico se confirmó en 6/6 (rango de Medped 3-10), entre los de edades comprendidas entre 19-35 años se confirmó en 14/15 (rango 1-11) y en los mayores de 35 años se confirmó en 19/28 (rango 1-22).

Discusión. Criterios diagnósticos de HF (Medped): 1) Historia familiar: Familiar de primer grado con enfermedad coronaria y/o vascular precoz o familiar de 1er grado con c-LDL \geq 210: 1 punto. Familiar de primer grado con xantomas tendinosos y/o arco corneal o familiar de primer grado menor de 18 años con c-LDL \geq 150: 2 puntos, 2) Historia personal: Antecedentes de enfermedad coronaria precoz: 2 puntos. Antecedentes de enfermedad vascular periférica o cerebral precoz: 1 punto, 3) Examen físico: Xantomas tendinosos: 6 puntos. Arco corneal antes de los 45 años: 4 puntos, 4) Analítica en ayunas con triglicéridos menor a 200 mg/dl (sin tratamiento farmacológico): c-LDL \geq 330 mg/dl: 8 puntos; c-LDL 250-329 mg/dl: 5 puntos; c-LDL 190-249 mg/dl: 3 puntos; c-LDL 155-189 mg/dl: 1 punto, 5) Mutación funcional en el gen del r-LDL: 8 puntos. Sumación de puntos: diagnóstico cierto \geq 8 puntos, probable 6-8 puntos, posible 3-5 puntos. (Precoz: hombres < 55 años, mujer < 60 años).

Conclusiones. En nuestro estudio, la sensibilidad del Medped para diagnosticar la HF es del 21,95% y su especificidad del 87,5%, por lo que podemos concluir que no es un buen test de screening de la HF. Afortunadamente se dispone de test genéticos cada vez en más centros, por lo que se quedarán menos casos sin diagnosticar. Las deficiencias que hemos encontrado a la hora de aplicar el Medped se deben principalmente a la dificultad de los sujetos para conocer las cifras de c-LDL de sus familiares, a que en muchas ocasiones no se dispone de la cifra basal de c-LDL puesto que los pacientes nos son remitidos ya con tratamiento, y a que cada vez se diagnostica este trastorno en población más joven, de forma que ni los sujetos en estudio ni sus familiares de primer grado, que también son jóvenes, han tenido ningún evento cardiovascular.

RV-114

PERFIL DE PACIENTES JOVENES INGRESADOS POR ACCIDENTE CEREBROVASCULAR AGUDO ISQUÉMICO EN UN SERVICIO DE MEDICINA INTERNA

I. Escot Cabeza¹, S. Domingo González¹, J. Aguilar¹, R. Quiros López¹, M. Martín Escalante¹, J. García Alegría¹ y A. Jiménez Puente²

¹Servicio de Medicina Interna, ²Evaluación Clínica.

Hospital Costa del Sol. Marbella, Málaga.

Objetivos. Describir las características de pacientes menores de 55 años, ingresados por Accidente cerebrovascular isquémico en el servicio de Medicina Interna de un Hospital General.

Material y métodos. Estudio retrospectivo, en el que se incluyen todos los pacientes menores de 55 años dados de alta con diagnóstico de ACVA isquémico desde enero de 2000 hasta diciembre de 2006. Se excluyen los pacientes trasladados directamente desde el servicio de urgencias a otro centro hospitalario. Variables: edad, sexo, hábitos tóxicos, factores de riesgo cardiovascular, fibrilación auricular, cardiopatía estructural, tratamiento previo al ingreso, pruebas diagnósticas utilizadas, etiología, tratamiento al alta y reingresos. Resultados. Se analizaron 175 pacientes, 129 (73,7%) eran varones con una edad media de 48,17 años. La estancia media de 8 días con una mortalidad 5,5%. Eran fumadores 104 (59,4%) (54%), de los que 32 (18,3%) fumaban más de un paquete al día, bebedor moderado-severo 6 (3,4%), 3 (1,76%) consumidores de cocaína, hipertensión arterial 94 (53,7%), Diabetes mellitus 44 (25%), hiperlipemia 66 (37,7%), obesidad 19 (10,9%), hipertrofia ventricular izquierda 44 (25%), fibrilación auricular permanente 4 (2,3%), fibrilación auricular paroxística 6 (3,4%), valvulopatía 7 (4%), Cardiopatía isquémica 28 (16%). Pruebas diagnósticas: TAC cráneo en el 100% de los pacientes siendo patológico en 85 (48,6%), Ecodoppler de TSA en 43 (24,6%), de los que 22 (12,6%) encontraban estenosis estenosis carótidea y en 5 (2,9%) la estenosis era significativa, Angio-RM en 46 (26,3%) casos, en 16 (9,1%) presentaban estenosis carótidea y

en 7 (4%) estenosis significativa, Ecocardiograma 81 (46,3%) y estudio de hipercoagulabilidad 37 (21,1%). Etiología: 120 casos (68,6%) son aterotrombóticos, 18 (18%) hipertensivos, 17 (8%) cardioembólico, 8 (4%) disección carótida, 5 malformación arteriovenosa, 4 vasculitis, 2 migraña y 3 (2,3%) pacientes con etiología indefinida. Destino al alta: a domicilio, otro hospital, y residencia de cuidados crónicos. 19 (9%) pacientes fueron reingresados con nuevo ACVA isquémico. Tratamiento al alta: 155 (71%) antiagregantes, 99 (43%) IECA, 34 (14%) Beta-Bloqueantes, 82 (38%) estatinas, 30 (14%) Calcioantagonistas y 20 (9%) anticoagulación oral.

Conclusiones. La mayoría de los pacientes presentaban un alto riesgo vascular previo al evento isquémico. A pesar de ello, únicamente un pequeño porcentaje tomaba tratamiento al ingreso. Los factores de riesgo cardiovascular más frecuentes fueron hipertensión arterial y hábito tabaquico. En la mayoría de pacientes fue la primera manifestación de enfermedad vascular.

RV-115

EVALUACIÓN CLÍNICA Y ECONÓMICA DE PACIENTES EN SITUACIÓN DE PREVENCIÓN SECUNDARIA EN PRESENCIA DE LOS PRINCIPALES FACTORES DE RIESGO CARDIOVASCULAR

A. Sicras Mainar¹, J. Fernández de Bobadilla², R. Navarro Artieda¹ y C. Sánchez Maestre²

¹Dirección de Planificación. Hospital Municipal de Badalona. Badalona, Barcelona. ²Health Outcomes Research. Unidad Médica. Pfizer, S.A. Madrid.

Objetivos. Medir la influencia de la comorbilidad, la consecución de los objetivos terapéuticos de control y los costes directos de los pacientes que mostraron un evento cardiovascular (ECV; prevención secundaria-[PS]), en presencia simultánea de tres factores de riesgo cardiovascular (FRCV), hipertensión arterial, diabetes mellitus y dislipemia, en un ámbito poblacional y en situación de práctica clínica habitual.

Material y métodos. Diseño multicéntrico de carácter retrospectivo, realizado a partir de los registros médicos de pacientes mayores de 30 años seguidos en régimen ambulatorio (cinco centros de atención primaria y dos hospitalarios) durante el año 2006. Se estableció un grupo control formado por sujetos sin presencia de ECV (cardiopatía isquémica y/o enfermedad cerebrovascular). Se siguieron los criterios de la NCEP-ATP III modificados. Las principales mediciones fueron: generales, estilo de vida (fumador, obesidad, alcoholismo), diagnósticos/antecedentes, índice de Charlson (severidad [iCh]), parámetros clínicos (PAS, PAD, índice de masa corporal, glucemia basal, colesterol total, cLDL, etc.) y costes (semifijos y variables: pruebas complementarias, derivaciones, uso de medicación, ingresos hospitalarios, urgencias, etc.). Se efectuó un análisis de regresión logística y de la covarianza ANCOVA (ajuste de Bonferroni) para la corrección de los modelos. Programa estadístico SPSS, $p < 0,05$.

Resultados. Pacientes estudiados en presencia de los tres FRCV fue de 2.179, edad media: $69,1 \pm 10,2$ años; mujeres: 55,5%. Constituyeron el 3,8% de la población general mayor de 30 años (IC del 95%: 3,6-4,0). Un 30,6% ($n = 666$; IC del 95%: 28,7-32,5) presentaron algún tipo de ECV previo. Los pacientes con presencia de ECV respecto al grupo control fueron de mayor edad ($71,7 \pm 9,3$ vs. $67,8 \pm 10,3$ años), varones (54,2% vs. 40,3%), con mejor estilo de vida (obesidad: 21,8% vs. 25,2%; fumadores: 7,9% vs. 25,2%; $p < 0,034$); y más comorbilidad (iCh: $1,1 \pm 0,5$ vs. $1,0 \pm 0,4$; promedio de diagnósticos/paciente: $9,2 \pm 4,3$ vs. $7,8 \pm 4,0$; $p < 0,0001$). En el modelo logístico la presencia de ECV se asoció de forma independiente con la edad (OR = 1,0), varones (OR = 2,1), fumadores (OR = 1,4), insuficiencia orgánica (OR = 1,8), retinopatía (OR = 1,5) y fallecimiento (OR = 2,3). Los peores controles metabólicos se consiguieron en el grupo control (prevención primaria), PAS: $141,0 \pm 16,7$ vs. $137,2 \pm 17,6$ mmHg; glucemia basal: $142,9 \pm 42,7$ vs. $140,0 \pm 47,2$ mg/dL; cLDL: $108,8 \pm 36,5$ vs. $99,3 \pm 35,2$ mg/dL; $p < 0,0041$. Los costes ajustados por edad, género y comorbilidad fueron superiores en todos sus componentes en PS (atención primaria-especializada): 2.181,11 € (IC del 95%: 2.080,54-2.281,67 €) y 3.269,60 € (IC del 95%: 3.116,90-3.422,30 €), respectivamente; en especial en el uso de recursos

farmacéuticos (49,5%). La utilización de anticoagulantes y/o antiagregantes fue del 40,0% vs. 92,2%, respectivamente $p < 0,0001$. **Discusión.** Sin una adecuada estandarización de las medidas los resultados del estudio deben de interpretarse con prudencia.

Conclusiones. Este colectivo de pacientes son los de mayor riesgo en presentar un ECV. En general, son de elevada edad y presentan complicaciones orgánicas, existiendo diferencias de género y ocasionando un elevado consumo de recursos sanitarios (ambulatorios y hospitalarios). Su estilo de vida y la consecución de los objetivos terapéuticos de control son mejorables, en especial en el tabaquismo, la hipertensión y la diabetes, con valores promedio por encima de las recomendaciones establecidas por las sociedades científicas. Cabe destacar el elevado margen de mejora existente en la prevención primaria de salud, donde los profesionales sanitarios deberían de establecer medidas encaminadas a fomentar estrategias de intervención en este colectivo de pacientes.

RV-116

CORRELACIÓN DE LESIÓN DE ÓRGANO DIANA CON EL PERFIL CIRCADIANO DE LA PRESIÓN ARTERIAL

M. Pérez de Lis Novo¹, R. Pérez Álvarez¹, S. Nasser¹, A. Baz Lomba¹ y M. Mialdea García de Enterría²

¹Servicio de Medicina Interna. Hospital do Meixoeiro. Vigo, Pontevedra. ²Servicio de Medicina Interna. Hospital Ramón y Cajal. Madrid.

Objetivos. 1) Evaluar la prevalencia de la Lesión de Órgano Diana (Hipertrofia de ventrículo izquierdo y microalbuminuria) en un grupo de pacientes tratados por Hipertensión Arterial moderada-severa. 2) Establecer su correlación con el patrón circadiano de la Presión Arterial conseguido con el tratamiento.

Material y métodos. Se trata de un estudio de cohorte retrospectivo de pacientes hipertensos con mal control enviados a la Consulta de Riesgo Vascular durante el año 2006. Los registros de presión arterial durante la MAPA se realizaron cada 20 minutos durante el día y cada 30 minutos durante la noche. El período diurno se consideró entre las 9 de la mañana y las 11 de la noche, y el nocturno entre las 11 de la noche y las 9 de la mañana. Se definió como "no-dipper" cuando el descenso nocturno era inferior al 10% del valor diurno. Treinta y dos pacientes con hipertensión arterial tomando medicación antihipertensiva fueron atendidos en la consulta de riesgo vascular durante el año 2006. Todos estos pacientes estaban siendo controlados en atención primaria del área sanitaria dependiente del H. Meixoeiro. A todos los sujetos se les realizaron medidas clínicas de tensión arterial, monitorización ambulatoria de la tensión arterial, ECG y determinación de microalbuminuria. En un elevado porcentaje se realizó ecocardiograma.

Resultados. Se analizaron un total de 32 pacientes, 10 mujeres y 22 hombres, con una edad media de 44 años. El 100% de ellos presentaban una tensión arterial mal controlada clínicamente a pesar de tratamiento, disminuyendo este porcentaje al 65% mediante MAPA. Sólo el 15% eran dippers. La lesión de órgano diana, es decir, hipertrofia de ventrículo izquierdo (HVI) y microalbuminuria (MAU) eran más frecuentes en los pacientes no dippers (91% de los que tenían HVI y 100% de la MAU). Sólo en un 28% de los pacientes que presentaban HVI por ecocardiograma cumplían los criterios electrocardiográficos de Cornell o Sokolow para la HVI.

Discusión. Los pacientes tratados por hipertensión arterial tienen una alta prevalencia de lesiones de órganos diana y un riesgo de morbimortalidad cardiovascular superior a los sujetos normales y cuya explicación más lógica parece ser la reducción insuficiente de los niveles de tensión arterial. La monitorización ambulatoria de la presión arterial es superior a la presión arterial clínica en el diagnóstico y evaluación pronóstica. Muchos pacientes tanto hipertensos como normotensos muestran variaciones circadianas en la presión arterial caracterizada por una elevación por la mañana temprano y un marcado descenso durante la fase de reposo (dippers). Sin embargo en un número de paciente este descenso de la tensión arterial nocturna no ocurre (no dippers). La ausencia de este descenso nocturno ha sido relacionado con un aumento en las lesiones en órganos diana y las enfermedades cardiovasculares. Muchos estudios han mostrado que un patrón no dipper en un paciente hipertenso está asociado con hipertrofia de ventrículo izquierdo, engrosamiento de la

íntima media en la carótida, disfunción renal y enfermedad cerebrovascular silente siendo además un factor predictor independiente de enfermedad cardiovascular. El valor clínico y pronostico del patrón no dipper permanece en continuo debate. Por otro lado, comparado con la electrocardiografía, la ecocardiografía muestra una mayor sensibilidad y una alta especificidad para el diagnóstico de hipertrofia de ventrículo izquierdo: nos permite cuantificar la masa muscular del ventrículo izquierdo y obtiene unos valores muy semejantes a los obtenidos en la necropsia.

Conclusiones. El patrón no dipper constituye un factor de riesgo para el desarrollo de lesiones de órgano diana. El ecocardiograma debería realizarse en todos los pacientes de alto riesgo. La realización de MAPA permite definir el perfil circadiano facilitando las indicaciones de antihipertensivos.

RV-118
ESTUDIO DESCRIPTIVO DE LA ENFERMEDAD CEREBROVASCULAR ISQUÉMICA EN EL PONIENTE ALMERIENSE
J. Gómez González¹, B. Gil Extremera², F. Parrilla Ruiz¹, D. Cardenas Cruz¹, D. Vargas Ortega¹ y M. Díaz Castellanos¹

¹Área Integrada de Gestión, Cuidados Críticos y Urgencias. Hospital de Poniente. Ejido (El), Almería. ²Unidad de Hipertensión y Lípidos. Servicio de Medicina Interna. Hospital Universitario San Cecilio. Granada.

Objetivos. Analizar las características clínicas, etiológicas, evolutivas y terapéuticas del ictus isquémico de la población del Poniente Almeriense.

Material y métodos. Diseño: estudio descriptivo transversal. Período de estudio: junio de 2005 a junio 2006. Ambito: E. P Hospital del Poniente. El Ejido. Almería. La casuística la forman los pacientes ingresados en la Unidad de Medicina Interna con el diagnóstico de ictus isquémico. Mediciones: se revisaron las historias clínicas y las pruebas complementarias pertinentes de todos los casos estudiados. Método estadístico: se aplicaron medidas de tendencia central, frecuencias y posterior análisis estadístico mediante el paquete SPSS V 10.1.

Resultados. En el período citado se evaluaron 243 pacientes con ictus cerebrovascular agudo atendidos en el Servicio de Urgencias, quedando ingresados en Medicina Interna por ECV isquémica 172. El tiempo medio de evolución sintomática fue menor de 6 horas en el 40,67%; edad media: 73 años, 50% varones, 94% autóctonos, 72% existía antecedentes de HTA, 35% poseían ictus previo, 59% lo iniciaron con disartria, en el 100% se realizó TAC craneal antes de las 6 horas y medicación antiagregantes antes de las 48 horas, en el 30% se realizó rehabilitación precoz y el 12% fallecieron.

Discusión. La ECV es un serio problema de salud pública; si bien, pese a los avances en la prevención, diagnóstico y tratamiento, el pronóstico sigue siendo en muchas ocasiones, infausto. Los resultados que se presentan permiten una aproximación al conocimiento del perfil estiotopatogenético y clínico de esta entidad y la importancia del diagnóstico precoz para evitar, en lo posible, sus graves secuelas y complicaciones.

Conclusiones. La muestra presenta características similares a las comunicadas en otras series de la literatura internacional y nacional, aunque merece destacarse que el tiempo de evolución sintomática hasta consultar con el sistema sanitario en nuestra zona es mayor que el publicado para la media nacional.

RV-119
UTILIDAD DE UN PROGRAMA DE DETECCIÓN PRECOZ DE LA RETINOPATÍA DIABÉTICA, EN UN CENTRO DE SALUD

B. Gil Extremera¹, J. Sabatell Gómez-Roman² y L. Soriano Carrascosa²

¹Unidad de Hipertensión y Lípidos. Servicio de Medicina Interna. Hospital Universitario San Cecilio. Granada. ²Centro de Salud. La Caleta. Distrito Sanitario de Granada. Granada.

Objetivos. 1) Valorar la utilización de la retinografía en una unidad clínica, Centro de Salud La Caleta Granada; 2) Analizar la incidencia de retinopatía diabética en una población ambulatoria; 3) Investigar la posible relación entre el tratamiento antidiabético y las lesiones retinianas; 4) Estudiar la influencia de la hipertensión como factor de riesgo ocular. **Material y métodos.** 1) Formación de médicos que realizan el programa; 2) Criterios de inclusión: DM2 sin retinopatía previa, priorizando los no valorados recientemente por oftalmología; revisión anual o bianual según grado de control. 3) Retinografía digital con oftalmoscopia directa y recepción de imágenes, on line. 4) Interpretación de las mismas; para las normales se facilitará informe al Centro y al paciente. Revisión anual. Para las patológicas el paciente es remitido al oftalmólogo; por último, si no son definitivas se repite la prueba. 5) Creación de una base de datos "ad hoc" para almacenar resultados. 6) Período del estudio: 1 de febrero a 30 de junio de 2007.

Resultados. La Unidad atiende una población de 18.000 habitantes (prevalencia de diabetes, 6%). Se estima una cifra de 1080 diabéticos, 90% tipo 2. Se han realizado un total de 110 retinografías, 72 de ellas patológicas (65,4%). Los demás resultados aparecen en la tabla. Los dígitos recogidos en la primera columna de cada apartado corresponden a la retinografía normal; y la segunda a retinopatía diabética (RD).

Discusión. La RD es causa frecuente de ceguera. El mal control metabólico y la HTA son las principales causas de esta grave complicación. Los síntomas iniciales aparecen, generalmente, cuando el proceso está avanzado. Con la detección precoz se podría reducir hasta un 50% de casos. La RD en nuestra serie es similar a la de otros estudios, con más incidencia en los tratados con ADOs y dieta.

Conclusiones. 1) Uno de cada 3 pacientes presentó retinopatía, con una mayor tendencia en mujeres; 2) Respecto a la aparición de retinopatía hay relación significativa entre el tiempo de enfermedad ($p < 0,005$) y tratamiento utilizado ($p < 0,005$); 3) La HTA es un factor de riesgo de lesión retiniana ($p < 0,005$); y, 4) El 65,4% de pacientes diabéticos presenta lesión retiniana.

RV-120
ICTUS Y VALOR PRONÓSTICO DE LA PROFUNDIDAD DE LA PRESIÓN ARTERIAL: ESTUDIO MAPEC

R. Hermida¹, D. Ayala¹, J. López², M. Rodríguez², L. Chayan², M. Fontao¹, M. Romero² y C. Calvo²

¹Laboratorio de Cronobiología y Bioingeniería. Universidad de Vigo. Vigo, Pontevedra. ²Unidad de Hipertensión y Riesgo Vascular. Hospital Clínico Universitario. Santiago de Compostela, A Coruña.

Objetivos. Una profundidad (descenso nocturno con respecto a la media diurna de la presión arterial, PA) menor del 10% (patrón no-dipper) y, sobre todo, la elevación nocturna de la PA con valores superiores a la media diurna (patrón riser) están asociados con un aumento en la incidencia de accidente vascular cerebral (AVC). En un estudio en ancianos japoneses se demostró que los pacientes dipper-extremo (descenso de la PA nocturna > 20%) tenían más riesgo de

Tabla 1. Hallazgos en la retinografía practicada a 110 pacientes (RV-119).

	Varones	Mujeres	+ 5 años diabetes		- 5 años diabetes	
45-65 años	20/4	6/4	12/2	2/4	8/2	4/0
+ 65 años	16/16	16/24	10/12	12/16	6/4	4/8
ADOs	28/10	22/22				
Insulina	-/4	-/2				
ADOs + insulina	8/6	-/2				
HTA	20/16	18/20				

AVC que los dipper y no-dipper, pero menos que los riser [Hypertension. 2001;138:852-7]; sin embargo, el riesgo de AVC en los dipper-extremo señalado en este estudio, es contradictorio con los resultados de otras investigaciones. Por ello, hemos cuantificado el valor pronóstico de la profundidad de la PA en la predicción de AVC en el estudio MAPEC (Monitorización Ambulatoria de la Presión arterial y Eventos Cardiovasculares) diseñado para investigar si, la normalización del perfil circadiano de la PA hacia un patrón dipper sobre la base de temporalizar el tratamiento antihipertensivo (cronoterapia), reduce el riesgo cardiovascular.

Material y métodos. En este estudio prospectivo participan 2.848 sujetos del área sanitaria de Santiago de Compostela, 1427 hombres y 1421 mujeres, de $52,0 \pm 14,2$ años de edad. En el momento de su inclusión, la PA se monitorizó durante 48 horas consecutivas. La actividad física se monitorizó simultáneamente cada minuto con un actígrafo de muñeca, y la información así obtenida se utiliza para calcular las medias diurna y nocturna de PA para cada paciente en función de su horario individual de actividad y descanso. El día de comienzo de la MAPA se realizó una evaluación clínico-biológica de cada paciente, que se repite anualmente o, con mayor frecuencia (cada 3 meses), si hay que modificar el tratamiento antihipertensivo. Resultados. La mediana del tiempo de seguimiento hasta el momento actual es de 3,9 años (rango: 0,5 a 6,8). En función de la MAPA basal, la morbilidad (AVC isquémico, AVC hemorrágico y ataque isquémico transitorio) presentó una curva en J en función de la profundidad de la PA: 0,45 eventos por 100 pacientes año en los pacientes dipper-extremo; 0,18 en los dipper; 0,37 en los no-dipper y 1,67 en los riser ($p < 0,001$ entre grupos). Cuando la morbilidad se evalúa en función del perfil de MAPA más próximo al evento (o con el último perfil disponible en los pacientes que no presentaron evento), la tasa de eventos aumentó exponencialmente con la disminución de profundidad de PA: no hay eventos en los dipper-extremo; 0,24 en los dipper; 0,37 en los no-dipper y 1,62 en los riser ($p < 0,001$ entre grupos).

Conclusiones. El riesgo de AVC está asociado significativamente a la disminución de profundidad de la PA, observando una mayor incidencia de ictus en los pacientes con un patrón riser. Los resultados del estudio sugieren que, aumentar la profundidad de la presión arterial hacia un patrón más dipper, además de mejorar el control de la PA nocturna, disminuye el riesgo de AVC.

RV-121
PREVALENCIA DE ÍNDICE TOBILLO-BRAZO PATOLÓGICO EN PACIENTES CON ENFERMEDAD CEREBROVASCULAR AGUDA Y VALOR PRONÓSTICO

A. Pedragosa Vall, O. Mascaró Caballer, C. Sanclemente Ansó, A. Bullón Chia, N. Mateo Barrera y J. Vilaró Pujals
Servicio Medicina Interna. Hospital General de Vic. Vic, Barcelona.

Objetivos. Identificar la prevalencia del índice tobillo-brazo (ITB) patológico y su valor pronóstico en los pacientes con enfermedad cerebral vascular aguda (AVC). Buscar la relación del valor de la escala de valoración neurológica NIHSS de estos pacientes en el momento agudo con su valor de ITB.

Material y métodos. Estudio prospectivo descriptivo de pacientes con enfermedad cerebral vascular aguda ingresados en la planta de Medicina Interna con algún factor de riesgo vascular a los que se les ha realizado el índice tobillo-brazo. Se realizó medición con un manguito de presión arterial y un dispositivo doppler portátil de 5-10 mHz (Mini doppler ES-100X) y con las presiones obtenidas se calculó el ITB, considerando patológico un ITB menor o igual a 0,9 o superior a 1,3. Para el análisis estadístico se ha utilizado el paquete SPSS.

Resultados. Se ha realizado un total de 145 ITB a pacientes con AVC agudo isquémico o hemorrágico (secundario a HTA), con factores de riesgo vascular. 51 mujeres (34,5%) y 97 hombres (65,5%). La edad media de los pacientes es de 69,9 años. 55 pacientes (37,2%) tenían un ITB patológico. Según los distintos factores de riesgo, no se observa ninguna relación estadísticamente significativa entre un ITB patológico con la hipertensión arterial ($\chi^2 = 0,05$; $p > 0,05$) ni con la diabetes mellitus ($\chi^2 = 0,02$; $p > 0,05$) ni con la dislipemia ($\chi^2 = 2,8$; $p > 0,05$) ni con el tabaquismo ($\chi^2 = 0,03$; $p > 0,05$) ni con el síndrome metabólico ($\chi^2 = 0,9$; $p > 0,05$). La exploración neurológica se ha realizado mediante la escala NIHSS. Hemos obtenido una media de valor NIHSS de 3,5 en el momento agudo,

con una media del valor de la escala funcional de Rankin modificada (mRS) previo de 1,5. No se observa correlación estadística ($r = -0,1$) entre los valores de NIHSS y los valores de ITB, ni tampoco observamos una correlación estadística ($r = -0,04$) entre los valores de mRS y los valores de ITB. Se han evaluado los nuevos eventos vasculares sin encontrar relación estadística (prueba de Fisher; $p > 0,05$) entre los valores de ITB con la presencia de nuevos episodios de AVC. Se han observado sólo dos éxitos. En ambos casos, el ITB era patológico ($< 0,9$) o borderline (1,3). Las correlaciones entre la edad y el ITB ($r = -0,01$), de la TAS con el ITB ($r = -0,01$) y de la TAD con el ITB ($r = -0,08$) no presentan significación estadística.

Conclusiones. Se observa una elevada prevalencia de ITB patológico entre los pacientes con enfermedad cerebrovascular aguda. No se observa relación entre el valor patológico del ITB con los demás factores de riesgo cardiovascular. En nuestra muestra no existe relación entre el ITB patológico y el pronóstico de la enfermedad cerebrovascular. Un ITB patológico no se relaciona con una valoración neurológica peor por la escala NIHSS en los AVC agudos.

RV-122
PREVALENCIA DE SÍNDROME METABÓLICO EN UNA CONSULTA HOSPITALARIA DE HIPERTENSIÓN ARTERIAL

M. Fernández Parrilla, M. González Benítez, C. Bautista Vidal, E. Sánchez Ruiz-Granados, V. Pérez González, P. Sáez Rosas, R. Cózar Leon y A. Grilo Reina
Servicio de Medicina Interna. Hospital Nuestra Señora de Valme. Sevilla.

Objetivos. Conocer la prevalencia de Sd. Metabólico y obesidad central en una cohorte de hipertensos atendidos en una consulta hospitalaria de HTA.

Material y métodos. Incluimos todos los pacientes atendidos en una consulta hospitalaria de HTA desde enero de 2001 a Noviembre de 2006. En el estudio básico, se realizó una historia clínica detallada, una exploración física completa y una analítica general. En la exploración física rutinaria se incluyó: peso, talla y perímetro de cintura. Las variables cuantitativas fueron resumidas en medias \pm DE y las cualitativas en frecuencias y porcentajes. En el análisis inferencial, se aplicó la prueba Chi-Cuadrado.

Resultados. Fueron 985 pacientes (49,3% mujeres) con una edad media de $59,6 \pm 12,95$ años. Las características de estos pacientes están resumidas en la tabla 1. 6,9% de los pacientes presentaban normopeso, 31,1% sobrepeso y 62,1% obesidad. La prevalencia de Sd. metabólico resultó del 55,2% y del 61,1% si se utilizan los criterios de la ATPIII y la IDF respectivamente ($p < 0,001$). En cuanto a obesidad central, 75,9% para la ATPIII y 92,3% para la IDF ($p < 0,001$).

Discusión. La prevalencia de obesidad en nuestros hipertensos es altísima siendo del 62,1% frente al 14% estimado en la población adulta española. Sólo el 6,9% presenta normopeso. Así que el 93% de nuestros pacientes se encuentra por encima del peso sano. Los nuevos criterios de la IDF hacen que, de forma significativa, sea mucho mayor el número de pacientes a incluir como Sd. metabólico.

Tabla 1. (RV-122).

Normopeso (IMC 20-25)	67 (6,9%)
Sobrepeso (IMC 25-30)	304 (31,1%)
Obesidad (IMC > 30)	607 (62,1%)
Perímetro de cintura (cm)	106 \pm 13,47
Obesidad central (ATPIII)	732 (75,9%)
Obesidad central (IDF)	890 (90,35%)
Sd. Metabólico (ATPIII)	533 (55,2%)
Sd. Metabólico (IDF)	590 (61,1%)
IMC (kg/m ²)	32,35 \pm 5,64

Conclusiones. La prevalencia de síndrome metabólico y obesidad en los pacientes con HTA de una consulta hospitalaria es muy alta. El tiempo de atención al paciente es limitado por lo que deberíamos plantearnos un cambio en la estrategia de tratamiento de estos pacientes, aumentando el tiempo que se dedica al tratamiento de la obesidad y, concretamente, a la obesidad central. Es posible que los nuevos criterios (IDF) sean demasiado estrictos lo que puede redundar

dar en la saturación de nuestras consultas con la consiguiente disminución del tiempo medio dedicado a los pacientes.

RV-123

UTILIDAD DE LA PRESIÓN DE PULSO POR MONITORIZACIÓN AMBULATORIA DE LA PRESIÓN ARTERIAL COMO MÉTODO ORIENTADOR DE LA ADECUADA TOMA DE PRESIÓN ARTERIAL CASUAL

D. Godoy Díaz, J. Ruiz Hernández, M. León Mazorra, A. Prieto Vicente, J. Artiles Vizcaíno, S. Suárez Ortega y P. Betancor León

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

Objetivos. El valor de la Presión de pulso (PP) como método orientador de la toma adecuada de Presión arterial (PA) casual no ha sido estudiado, si bien es constante que en los MAPA la PA sistólica y diastólica sigan una línea paralela, lo que sugiere que el valor de la PP se mantiene constante dentro de la variabilidad de la PA. Se analiza la PP en los MAPAS de 300 hipertensos, con el objetivo de establecer un método orientador de toma adecuada de Presión arterial casual.

Material y métodos. En el curso de 2 años se ha realizado un MAPA a 300 hipertensos, según el proyecto Cardiorisc. La muestra se centra en hipertensos evaluados por primera vez o de difícil control. Se establecen los valores medios de PP diurnos, nocturnos y de 24 horas, y se comparan con la PP obtenida por la toma casual de la PA, estableciéndose la hipótesis que el valor de la PP se mantiene constante, independientemente de la variabilidad de la PA en cualquier hipertenso. Datos obtenidos con SPSS 10. Se aplica el test de contraste de igualdad de medias para 2 muestras relacionadas (estadístico de contraste T-Student para 2 muestras relacionadas).

Resultados. La edad media fue de $49,4 \pm 14,8$ (rango: 14-81 años); 145 (48,3%) de los 300 hipertensos eran mujeres. Cinco hipertensos tenían hiperaldosteronismo primario y el resto HTA esencial. La distribución de la PP, según el test de contraste de las medias para dos muestras relacionadas fue: Actividad: PP casual frente a PP MAPA: Correlación: 0,495, con significación bilateral $< 0,001$; Descanso: PP casual frente a MAPA: Correlación: 0,495, con significación bilateral $< 0,001$; Media de 24 horas: PP casual frente a PP del MAPA de 24 horas: Correlación: 0,582, con significación bilateral $< 0,001$. **Discusión.** La observación de las gráficas de los MAPAS, según el proyecto Cardiorisc, que comprende la PAS, la PAD y el pulso, determina que existe una línea paralela entre las PAS y PAD, que es más definida cuanto menor es la presión de pulso. Ello representa la PP y se correlaciona con la toma de PA casual, añadiéndole al conocido valor de riesgo vascular de la PP el carácter orientativo de la adecuada toma de PA casual.

Conclusiones. 1) Existe un coeficiente de correlación positivo entre la PP casual y la media de la PP en actividad, descanso y durante 24 horas. 2) Valores de Presión arterial en los que difiera significativamente la PP determinada por MAPA deberían ser cuestionados como tomas adecuadas de la Presión arterial.

RV-127

¿QUIEN PREDICE MEJOR EL RIESGO CARDIOVASCULAR?: PRESIÓN ARTERIAL CLÍNICA Y AMBULATORIA EN EL ESTUDIO MAPEC

R. Hermida¹, M. Rodríguez², J. López², L. Chayan², M. Fontao¹, M. Romero², D. Ayala¹ y C. Calvo²

¹Laboratorio de Cronobiología y Bioingeniería. Universidad de Vigo. Vigo, Pontevedra. ²Unidad de Hipertensión y Riesgo vascular. Hospital Clínico Universitario. Santiago de Compostela, A Coruña.

Objetivos. La medida clínica convencional de presión arterial (PA) sigue siendo el método más utilizado y la "regla de oro estándar" recomendada para el diagnóstico de hipertensión (HTA), la valoración de eficacia terapéutica y la cuantificación de riesgo cardiovascular (RCV). Sin embargo, diferentes estudios prospectivos han

demostrado que la correlación entre el nivel de PA y el RCV es mayor para las medidas ambulatorias de PA (MAPA) que para la PA clínica. Un aspecto común a todos los estudios realizados es que el valor pronóstico de la MAPA se ha basado en un solo registro basal de cada paciente incluido, sin tener en cuenta las modificaciones en el perfil de PA con el tratamiento antihipertensivo y durante el seguimiento. Por ello, hemos comparado el valor pronóstico de las medidas clínicas y ambulatorias de PA en el estudio MAPEC (Monitorización Ambulatoria de la Presión arterial y Eventos Cardiovasculares), diseñado para investigar si la normalización del perfil circadiano de la PA hacia un patrón dipper mediante la temporalización del tratamiento antihipertensivo (cronoterapia) reduce el RCV.

Material y métodos. En este estudio prospectivo participan 2.848 sujetos del área sanitaria de Santiago de Compostela, 1427 hombres y 1421 mujeres, de $52,0 \pm 14,2$ años de edad. En el momento de su inclusión, la PA se monitorizó durante 48 horas. La actividad física se monitorizó simultáneamente cada minuto con un actígrafo de muñeca, y la información así obtenida se utiliza para calcular las medias diurna y nocturna de PA para cada paciente, en función de su horario individual de actividad y descanso. El día de comienzo de la MAPA se realizó una evaluación clínico-biológica de cada paciente, que se repite anualmente o con mayor frecuencia (cada 3 meses), si hay que modificar el tratamiento antihipertensivo. El tiempo de supervivencia sin evento cardiovascular se analizó mediante el modelo de Cox ajustado para posibles variables de influencia.

Resultados. La mediana del tiempo de seguimiento hasta el momento actual es de 3,9 años (rango 0,5 a 6,8). En función de la MAPA basal y después de ajustar el modelo en función de la edad, sexo, diabetes, tratamiento antihipertensivo y valores de PA clínica, el riesgo relativo (HR) por cada 10 mmHg de aumento en la media de 24 horas de la PA sistólica fue 1,21 (1,09-1,35; $p < 0,001$), y 0,99 (0,90 1,08; $p = 0,751$) por cada 5 mmHg de aumento en la media de 24 horas de la PA diastólica, mientras que la PA clínica no predijo la supervivencia ($p > 0,138$). En función de la MAPA más próxima al evento, la PA sistólica ambulatoria, pero no la PA clínica, fue el único predictor de eventos cardiovasculares y con mayor valor predictivo que la MAPA basal (HR = 1,37; 1,24-1,52; $p < 0,001$).

Conclusiones. La MAPA es superior a la medida clínica de PA en la predicción de morbilidad y mortalidad cardiovascular. Después de ajustar el modelo por diversos factores de riesgo cardiovascular relevantes, sólo la PA sistólica ambulatoria, pero no la PA diastólica, predice el riesgo de evento. Además, el valor pronóstico de la MAPA aumenta, de manera significativa, con las medidas repetidas durante el seguimiento.

RV-130

IMPACTO DE LA DIABETES MELLITUS EN UNA POBLACIÓN CON ARTERIOPATÍA PERIFÉRICA

F. Martínez Peñalver¹, M. Rico Corral¹, I. Pérez Camacho², R. Domínguez Álvarez¹, R. Aguilar Velasco¹, J. Santamaría González¹, A. De la Cuesta Díaz³ y R. Pérez Cano¹

¹Servicio de Medicina Interna B, ²Servicio de Rehabilitación, ³Servicio de Cirugía General. Hospital Virgen Macarena. Sevilla.

Objetivos. Describir las características de una población de pacientes diabéticos en una Consulta Monográfica y Multidisciplinar de Lesiones Isquémicas Crónicas en MMI.

Material y métodos. Estudio retrospectivo sobre 199 pacientes que acudieron a nuestra Consulta Monográfica y Multidisciplinar de Arteriopatía Periférica en miembros inferiores y que además tuvieran el diagnóstico de Diabetes Mellitus en seguimiento entre los meses de diciembre de 2005 y marzo de 2007. Se aplicó sobre ellos un cuestionario con una serie de ítems consensuados entre todos los médicos responsables de dicha Consulta. Para el análisis estadístico se empleó el programa SPSS v14.0.

Resultados. La edad media poblacional fue de 72,12 años, con una edad media al diagnóstico de Enfermedad Arterial Periférica de 68 años y 3 meses, y una distribución por sexos de un 72,4% de hombres y un 27,6% de mujeres. Los factores de riesgo cardiovascular acompañantes más frecuentes fueron el tabaquismo (67,3%), la hipertensión arterial (60,3%), y la dislipemia (50,8%). En estos

pacientes diabéticos con EAP había aparecido ya algún tipo de cardiopatía en el 38,7 de los casos, y eventos cerebrovasculares den el 21,6%. Se observaron, entre los actos quirúrgicos realizados a estos pacientes, que un 29,1% había sufrido la amputación de al menos un dedo, un 27,1% había sufrido una amputación supracondílea unilateral, y un 3,7% presentaba una amputación supracondílea bilateral.

Discusión. La Diabetes es uno de los "caballos de batalla" para controlar la EAP. En nuestra serie de pacientes diabéticos, venimos observando, en los diferentes puntos de corte de nuestra recogida de datos, que en comparación con el total de enfermos, el porcentaje de amputaciones presenta unos índices ligeramente superiores. Si además extraemos a los no-fumadores de la cohorte y nos quedamos con un grupo de pacientes afectos de EAP diabéticos fumadores obtenemos como resultado una mayor morbilidad en cuanto a eventos arteriales periféricos se refiere. Sobre la terapia farmacológica, en estos pacientes existen recomendaciones sobre la restricción del uso de los betabloqueantes, debido al aumento de la resistencia insulínica que éstos inducen, algo que en nuestra Consulta procuramos llevar a la práctica, prescribiéndose en casos muy contados (8%) y optando siempre por el tipo de los cardioselectivos. El hecho de que un 64,6 de nuestros pacientes presenten necesidad de insulina en su tratamiento creemos que nos habla de una población diabética de larga evolución, en su mayoría con un control glucémico insuficiente hasta el momento, a los que el tratamiento oral se les ha quedado corto.

RV-131

MARCADORES INFLAMATORIOS, SÍNDROME METABÓLICO Y PROFUNDIDAD DE LA PRESIÓN ARTERIAL

C. Calvo¹, J. López¹, M. Rodríguez¹, L. Chayan¹, M. Romero¹, M. Fontao², D. Ayala² y R. Hermida²

¹Unidad de Hipertensión y Riesgo Vascular. Hospital Clínico Universitario. Santiago de Compostela, A Coruña. ²Laboratorio de Cronobiología y Bioingeniería. Universidad de Vigo, Vigo, Pontevedra.

Objetivos. La velocidad de sedimentación globular (VSG) es un marcador de inflamación. Por su parte, el recuento leucocitario (RL) es mayor en pacientes con resistencia a la insulina y puede contribuir a complicaciones aterotrombóticas. Se ha demostrado que las componentes individuales del síndrome metabólico (de acuerdo con la definición del ATP-III, presencia de al menos tres de los siguientes factores: perímetro de cintura elevado, triglicéridos elevados, colesterol HDL bajo, presión arterial (PA) elevada, glucosa en ayunas ≥ 100 mg/dl) están correlacionadas con hipertrofia ventricular, disfunción diastólica, y microalbuminuria. Además, se han identificado estados proinflamatorios y protrombóticos asociados a la presencia de síndrome metabólico. El objetivo de este estudio fue investigar la posible relación entre la VSG y RL con el síndrome metabólico en pacientes hipertensos.

Material y métodos. Se estudiaron 4.693 pacientes hipertensos no diabéticos (2.219 hombres y 2.474 mujeres) de $52,0 \pm 13,4$ años de edad. De ellos, 1764 pacientes no recibían tratamiento en el momento del estudio. En todos los casos se realizó una evaluación clínico-biológica; la PA se monitorizó durante 48 horas y la actividad física se monitorizó cada minuto con un actígrafo, para calcular las medias diurna y nocturna de PA de cada paciente en función de su actividad y descanso.

Resultados. De acuerdo con los criterios revisados del ATP III, el síndrome metabólico estuvo presente en el 42,4% de los pacientes no tratados y en el 57,6% de los pacientes tratados. Entre los pacientes no tratados, los que tenían síndrome metabólico se caracterizaron por una elevación significativa en RL (7.166 versus 6.766 células/ μ L, $p < 0,001$) y VSG (13,8 versus 11,6 mm, $p < 0,001$), en comparación con los sujetos sin síndrome metabólico. En los pacientes tratados también se documentaron elevaciones significativas en RL (7275 versus 6.688 células/ μ L, $p < 0,001$) y VSG (14,7 versus 12,3 mm, $p < 0,001$) en presencia de síndrome metabólico. Los pacientes con síndrome metabólico presentaron un aumento en la media nocturna de la PA y un descenso de profundidad hacia un perfil más no-dipper. La VSG se correlacionó significativamente con la disminución de profundidad en todos los grupos de pacientes ($p < 0,001$).

Resultados. De acuerdo con los criterios revisados del ATP III, el síndrome metabólico estuvo presente en el 42,4% de los pacientes no tratados y en el 57,6% de los pacientes tratados. Entre los pacientes no tratados, los que tenían síndrome metabólico se caracterizaron por una elevación significativa en RL (7.166 versus 6.766 células/ μ L, $p < 0,001$) y VSG (13,8 versus 11,6 mm, $p < 0,001$), en comparación con los sujetos sin síndrome metabólico. En los pacientes tratados también se documentaron elevaciones significativas en RL (7.275 versus 6.688 células/ μ L, $p < 0,001$) y VSG (14,7 versus 12,3 mm, $p < 0,001$) en presencia de síndrome metabólico. Los pacientes con síndrome metabólico presentaron un aumento en la media nocturna de la PA y un descenso de profundidad hacia un perfil más no-dipper. La VSG se correlacionó significativamente con la disminución de profundidad en todos los grupos de pacientes ($p < 0,001$).

Conclusiones. Este estudio documenta un aumento significativo en marcadores simples de inflamación y arteriosclerosis en sujetos con síndrome metabólico. El aumento en RL y VSG se ha asociado previamente con síndrome coronario agudo. Estos marcadores están también correlacionados con la pérdida progresiva del descenso esperado en la media nocturna de la PA que caracteriza al patrón no-dipper, más prevalente en sujetos con síndrome metabólico.

RV-132

HORARIO DE LA MEDICACIÓN ANTIHIPERTENSIVA Y SÍNDROME METABÓLICO

C. Calvo¹, L. Chayan¹, J. López¹, M. Rodríguez¹, M. Romero¹, M. Fontao², D. Ayala² y R. Hermida²

¹Unidad de Hipertensión y Riesgo Vascular. Hospital Clínico Universitario. Santiago de Compostela, A Coruña. ²Laboratorio de Cronobiología y Bioingeniería. Universidad de Vigo, Vigo, Pontevedra.

Objetivos. Los componentes del Síndrome Metabólico (SM, de acuerdo con la definición del ATP-III, presencia de al menos tres de los siguientes factores: perímetro de cintura elevado, triglicéridos elevados, colesterol HDL bajo, presión arterial (PA) elevada, glucosa en ayunas ≥ 100 mg/dl) se asocian con un aumento del riesgo cardiovascular (RCV), al igual que la pérdida en la regulación nocturna en la PA en los pacientes no-dipper. Además, el tratamiento antihipertensivo matutino, puede aumentar la prevalencia de patrón no-dipper [J Hypertens. 2002;20:1097-104]. El objetivo de este estudio fue estudiar el impacto de la hora de administración del tratamiento antihipertensivo sobre el perfil circadiano de la PA en pacientes hipertensos tratados, con SM + o sin SM-.

Material y métodos. Se estudiaron 2.929 pacientes hipertensos tratados no diabéticos (1.395 hombres y 1.534 mujeres) de $54,0 \pm 13,0$ años de edad. 1.813 sujetos recibían su tratamiento antihipertensivo a la hora de levantarse, 511 recibían la medicación a la hora de acostarse y, 605 recibían tratamiento, tanto al levantarse como al acostarse. En todos los casos se realizó una evaluación clínico-biológica; la PA se monitorizó durante 48 horas y la actividad física se monitorizó cada minuto con un actígrafo, para calcular las medias diurna y nocturna de PA de cada paciente en función de su actividad y descanso.

Resultados. La prevalencia de SM fue mayor en pacientes tratados que recibían todos los fármacos al levantarse (53,9%) que en aquellos que tomaban la medicación al acostarse (46,4%; $p = 0,003$). La prevalencia total del patrón no-dipper fue mayor en pacientes con SM+, con independencia del esquema terapéutico utilizado (50,9 en SM + versus 43,2% en SM-; $p < 0,001$). Esta prevalencia de un patrón no-dipper en SM + aumentó, de manera significativa, en los pacientes que recibieron toda la medicación al levantarse (58,1%), disminuyó en tratamiento mañana-noche (41,8%) y, lo hizo aún más (31,2%), en aquellos que tomaron todos los fármacos a la hora de acostarse ($p < 0,001$).

Conclusiones. Este estudio demuestra, en hipertensos con SM que reciben tratamiento antihipertensivo, un aumento de la prevalencia del patrón no dipper de la PA, en comparación con los hipertensos no tratados. Además, esta prevalencia se relaciona con la hora del tratamiento, pues la administración de medicación antihipertensiva antes de acostarse reduce la prevalencia del patrón no-dipper en la PA, marcadamente asociado a un aumento progresivo de la morbilidad y mortalidad cardiovascular, al tiempo que proporciona un

mayor grado de control de la PA y una mejora del perfil metabólico en pacientes hipertensos bajo tratamiento farmacológico.

RV-133 PERFIL CIRCADIANO DE LA PRESIÓN ARTERIAL Y SÍNDROME METABÓLICO

L. Chayan¹, R. Hermida², M. Rodríguez¹, D. Ayala², J. López¹, M. Romero¹, M. Fontao² y C. Calvo¹

¹Unidad de Hipertensión y Riesgo Vascular. Hospital Clínico Universitario. Santiago de Compostela, A Coruña. ²Laboratorio de Cronobiología y Bioingeniería. Universidad de Vigo. Vigo, Pontevedra.

Objetivos. Diversos estudios han establecido una clara asociación entre el síndrome metabólico y el aumento de riesgo cardiovascular. También se ha demostrado que las componentes del síndrome metabólico de acuerdo con la definición del ATP-III (presencia de al menos tres de los siguientes factores: perímetro de cintura elevado, triglicéridos elevados, colesterol HDL bajo, presión arterial (PA) elevada, glucosa en ayunas ≥ 100 mg/dl) están asociadas con marcadores de daño en órganos diana tales como hipertrofia ventricular, disfunción diastólica, y microalbuminuria. Por otra parte, la ausencia de descenso nocturno en la PA que caracteriza a los pacientes no-dipper (< 10% de descenso nocturno con respecto a la media diurna de la PA) se ha asociado también con un aumento de eventos cardiovasculares. En consecuencia, hemos investigado la posible relación entre el síndrome metabólico y la alteración en la variación circadiana de la PA en pacientes hipertensos.

Material y métodos. Se estudiaron 4.693 pacientes hipertensos no diabéticos (2.219 hombres y 2.474 mujeres) de $52,0 \pm 13,4$ años de edad. De ellos, 1764 pacientes no recibían tratamiento en el momento del estudio. En todos los casos se realizó una evaluación clínico-biológica; la PA se monitorizó durante 48 horas y la actividad física se monitorizó cada minuto con un actígrafo, para calcular las medias diurna y nocturna de PA de cada paciente en función de su actividad y descanso.

Resultados. El síndrome metabólico estuvo presente en el 42,4% de los pacientes no tratados y en el 57,6% de los pacientes tratados. Entre los pacientes no tratados, la prevalencia del patrón no-dipper fue mayor en presencia de síndrome metabólico (46,1 frente al 37,5% en pacientes sin síndrome metabólico, $p < 0,001$). Esta prevalencia aumentó de forma significativa en los sujetos bajo tratamiento antihipertensivo, manteniéndose una mayor proporción de pacientes no-dipper en presencia del síndrome metabólico (50,9 frente al 43,2%, $p < 0,001$). La profundidad (descenso relativo en la media nocturna de la PA con respecto a la media diurna) fue significativamente menor en los sujetos con síndrome metabólico, tanto entre los pacientes no tratados (10,3 frente a 11,4; $p < 0,001$) como entre los que fueron estudiados bajo el efecto de medicación antihipertensiva (8,9 frente a 10,0 en ausencia de síndrome metabólico; $p < 0,001$).

Conclusiones. Los resultados de este estudio indican un aumento significativo en la prevalencia del patrón no-dipper de la PA en pacientes con síndrome metabólico. Los resultados concuerdan con la progresiva pérdida de profundidad asociada al aumento de glucosa y obesidad central, entre otros factores. Este estudio indica, además, que el tratamiento antihipertensivo produce un descenso significativo de la profundidad de la PA, aumentando la prevalencia del patrón no-dipper independientemente de la presencia o no de síndrome metabólico.

RV-134 EFICACIA COMPARATIVA DE VALSARTAN Y ENALAPRIL DESPUÉS DE UNA PÉRDIDA DE DOSIS EN PACIENTES HIPERTENSOS

C. Calvo¹, R. Hermida², J. López¹, M. Rodríguez¹, L. Chayan¹, M. Fontao², M. Romero¹ y D. Ayala²

¹Unidad de Hipertensión y Riesgo Vascular. Hospital Clínico Universitario. Santiago de Compostela, A Coruña. ²Laboratorio de Cronobiología y Bioingeniería. Universidad de Vigo. Vigo, Pontevedra.

Objetivos. Entre el 15 y el 20% de los pacientes hipertensos no recuerdan tomar su medicación en promedio 3 días de cada mes.

Durante este tiempo, los pacientes podrían tener un mayor riesgo de evento cardiovascular derivado de un posible mal control de su presión arterial (PA); por eso, es necesario utilizar fármacos que mantengan la eficacia antihipertensiva, si es posible, durante más de 24 horas. Este estudio fue diseñado para evaluar la eficacia antihipertensiva de Valsartan en comparación con el Enalapril después de una pérdida de dosis del fármaco.

Material y métodos. Se estudiaron 148 pacientes no tratados con hipertensión arterial esencial ligera-moderada (84 varones y 64 mujeres) de $45,8 \pm 10,7$ años de edad. Los pacientes fueron asignados aleatoriamente a dos grupos en función del tratamiento en monoterapia con Valsartan (160 mg/día) o enalapril (20 mg/día) a la hora de levantarse. La PA se monitorizó ambulatoriamente (MAPA) durante 48 horas consecutivas antes y después de 16 semanas de tratamiento. La actividad física se monitorizó con un actígrafo de muñeca, y la información obtenida se utilizó para calcular las medias diurna y nocturna de PA para cada paciente. A los pacientes se les pidió que no tomaran la medicación asignada durante el segundo día de MAPA.

Resultados. Para el conjunto de los dos días de MAPA, el Valsartan fue más eficaz para reducir la PA que el enalapril (reducción de 13,3 y 10,5 mmHg en la media de 24 horas de la PA sistólica y diastólica respectivamente, con el Valsartan; 8,7 y 6,1 mmHg con el enalapril; $p < 0,001$ entre grupos). Durante el día de tratamiento activo, se documentaron diferencias estadísticamente significativas entre grupos, especialmente en las últimas 6 horas post-dosis, por lo que el enalapril fue inferior al Valsartan en el control de la PA nocturna ($p < 0,001$). Las diferencias entre grupos fueron significativamente mayores en el segundo día de MAPA, después de la pérdida de dosis. En comparación con el primer día, existió una ligera reducción de eficacia en el segundo día de 2,1 y 1,4 mmHg en la PA sistólica y diastólica con el Valsartan ($p > 0,067$). La pérdida de eficacia fue mayor con el enalapril (5,5 y 3,8 mmHg; $p < 0,001$ en comparación con el primer día; $p = 0,032$ en comparación con el Valsartan). El porcentaje de pacientes controlados fue significativamente mayor con el Valsartan (54,1%) que con el enalapril (39,2%; $p = 0,038$ entre grupos).

Conclusiones. El Valsartan reduce la PA de forma eficaz más allá de las primeras 24 horas post-dosis, con una pequeña reducción de eficacia durante el segundo día de MAPA en el que los pacientes no tomaron su medicación. Se documentó, sin embargo, una pérdida progresiva de eficacia después de las primeras 20 horas post-dosis en los pacientes que tomaban enalapril. A las dosis aquí investigadas, el Valsartan es más eficaz que el enalapril tanto durante el tiempo de tratamiento activo como después de la pérdida de una dosis.

RV-135 CRONOTERAPIA ANTIHIPERTENSIVA CON TELMISARTAN

C. Calvo¹, R. Hermida², J. López¹, M. Rodríguez¹, L. Chayan¹, M. Romero¹, M. Fontao² y D. Ayala²

¹Unidad de Hipertensión y Riesgo Vascular. Hospital Clínico Universitario. Santiago de Compostela, A Coruña. ²Laboratorio de Cronobiología y Bioingeniería. Universidad de Vigo. Vigo, Pontevedra.

Objetivos. Resultados previos han indicado que la administración de Valsartan a la hora de acostarse, y no a la de levantarse, produce un aumento significativo en la profundidad de la presión arterial (PA) (descenso relativo en la media nocturna de la PA con respecto a la media diurna) hacia un perfil más dipper, sin pérdida de eficacia a lo largo de las 24 horas [Hypertension. 2003;42:283-90]. Hasta el momento no se ha documentado si este efecto beneficioso es específico del Valsartan o un efecto de clase extrapolable a otros ARA-II. Una de las mayores diferencias entre los ARA-II es su vida media plasmática, siendo ésta mayor para el Telmisartan (~24 horas). Por ello, hemos investigado la eficacia antihipertensiva y el potencial remodelado del perfil circadiano de PA después de la administración temporalizada de Telmisartan en pacientes hipertensos.

Material y métodos. Se estudiaron 215 pacientes no tratados con hipertensión arterial esencial ligera-moderada (114 hombres y 101 mujeres) de $46,4 \pm 12,0$ años, asignados aleatoriamente a dos gru-

pos en función de la hora de administración de una dosis única de 80 mg/día de Telmisartan en monoterapia: a la hora de levantarse o bien a la hora de acostarse. La PA se monitorizó durante 48 horas, antes y después de 12 semanas de tratamiento. La actividad física se monitorizó simultáneamente con un actígrafo de muñeca para calcular las medias diurna y nocturna de PA para cada paciente.

Resultados. La significativa reducción de PA después de 3 meses de tratamiento con Telmisartan ($p < 0,001$) fue similar para ambos grupos (10,6 y 7,9 mmHg en la media de 24 horas de la PA sistólica y diastólica después de Telmisartan al levantarse; 11,7 y 8,3 mmHg cuando el Telmisartan se administró a la hora de acostarse; $p > 0,347$ entre grupos). Sin embargo, la administración de Telmisartan al acostarse fue más eficaz en la reducción de la media nocturna de la PA (8,3 y 6,4 mmHg después de la dosis matutina; 13,8 y 9,7 mmHg después de la dosis nocturna; $p < 0,001$ entre grupos). La profundidad de la PA se redujo ligeramente después de la administración matutina de Telmisartan (-1,6 y -1,0 para la PA sistólica y diastólica, respectivamente, $p = 0,010$ y $0,176$). La profundidad aumentó significativamente después del tratamiento al acostarse (3,1 y 3,9 para la PA sistólica y diastólica; $p < 0,001$), disminuyendo así la prevalencia del patrón no-dipper en un 76% ($p < 0,001$) con respecto al perfil basal.

Conclusiones. A pesar de su vida media superior a las 24 horas, la administración de Telmisartan al acostarse, pero no al levantarse, aumenta significativamente la profundidad de la PA hacia un patrón más dipper sin pérdida de eficacia a lo largo de las 24 horas. Los resultados sugieren que el beneficio de la administración al acostarse en la regulación de la PA nocturna puede ser un efecto de clase, que debería ser tenido en cuenta cuando se prescriban ARA-II para el tratamiento de pacientes con hipertensión arterial esencial.

RV-136

ADMINISTRACIÓN TEMPORALIZADA DE TELMISARTAN Y PRESIÓN DE PULSO EN PACIENTES CON HIPERTENSIÓN ARTERIAL

R. Hermida¹, M. Rodríguez², J. López², L. Chayan², M. Romero², M. Fontao¹, D. Ayala¹ y C. Calvo²

¹Laboratorio de Cronobiología y Bioingeniería. Universidad de Vigo. Vigo, Pontevedra. ²Unidad de Hipertensión y Riesgo Vascular. Hospital Clínico Universitario. Santiago de Compostela, A Coruña.

Objetivos. El aumento en presión de pulso (PP) es un marcador independiente de riesgo cardiovascular, principalmente de infarto de miocardio, insuficiencia cardíaca y muerte cardiovascular. Además, la media nocturna de la PP tiene mayor correlación que la media diurna con marcadores de riesgo, incluyendo el fibrinógeno, glucosa, creatinina, velocidad de sedimentación globular y albuminuria. Por ello se ha sugerido que reducir la PP podría ser un objetivo terapéutico adicional a la disminución de presión arterial (PA) sistólica y diastólica. Estudios previos han concluido que los ARA-II difieren en su eficacia sobre la PP [J Hypertens. 2000;18:1683-90]. Por ello, hemos investigado los efectos de la administración temporalizada de Telmisartan sobre el perfil circadiano de la PP en pacientes hipertensos.

Material y métodos. Se estudiaron 215 pacientes no tratados con hipertensión arterial esencial ligera-moderada (114 hombres y 101 mujeres) de $46,4 \pm 12,0$ años, asignados aleatoriamente a dos grupos en función de la hora de administración de una dosis única de 80 mg/día de Telmisartan en monoterapia: a la hora de levantarse o bien a la hora de acostarse. La PA se monitorizó durante 48 horas. La actividad física se monitorizó cada minuto con un actígrafo de muñeca para calcular las medias diurna y nocturna de PA de cada paciente en función de su actividad y descanso.

Resultados. La reducción de la PP ambulatoria después del tratamiento fue ligera, pero no significativamente mayor, con la administración de Telmisartan al acostarse (2,6 mmHg en la media de 24 horas de la PP después de Telmisartan al levantarse; 3,4 mmHg cuando el Telmisartan se administró a la hora de acostarse; $p = 0,214$ entre grupos). Sin embargo, la administración de Telmisartan al acostarse fue más eficaz en la reducción de la media nocturna de la PP (1,8 y 4,0 mmHg después de la dosis matutina y nocturna, respectivamente; $p < 0,001$ entre grupos). La profundidad de la PP

(descenso relativo en la media nocturna de la PP con respecto a la media diurna) se redujo después de la administración matutina de Telmisartan (-2,3; $p = 0,020$) y aumentó significativamente después del tratamiento al acostarse (1,8; $p = 0,029$; $p < 0,001$ entre grupos).

Conclusiones. El Telmisartan reduce ligeramente la PP ambulatoria a lo largo de las 24 horas con independencia de la hora del día de su administración. La administración al acostarse, sin embargo, es significativamente más efectiva que la dosis matutina para el control de la PP nocturna, un mejor marcador de riesgo cardiovascular que la media diurna o de 24 horas de la PP. Los resultados indican que el Telmisartan debería ser administrado al acostarse con el objeto de obtener un mejor control de la PP y la posible reducción asociada de riesgo cardiovascular, lo que debería ser investigado de forma prospectiva.

RV-137

EFICACIA ANTIHIPERTESIVA DE OLMESARTAN: ¿CAMBIA SEGÚN LA HORA DE ADMINISTRACIÓN?

C. Calvo¹, R. Hermida², J. López¹, M. Rodríguez¹, L. Chayan¹, M. Pazo¹, M. Fontao² y D. Ayala²

¹Unidad de Hipertensión y Riesgo Vascular. Hospital Clínico Universitario. Santiago de Compostela, A Coruña. ²Laboratorio de Cronobiología y Bioingeniería. Universidad de Vigo. Vigo, Pontevedra.

Objetivos. Resultados previos han indicado que la administración de una dosis única diaria de Olmesartan es efectiva en la reducción de la presión arterial (PA) a lo largo de las 24 horas sin alterar el perfil circadiano de la PA. Por otra parte, la administración de Valsartan a la hora de acostarse, y no a la de levantarse, produce un aumento significativo en la profundidad de la PA hacia un perfil más dipper, sin pérdida de eficacia a lo largo de las 24 horas [Hypertension. 2003;42:283-90]. Hasta el momento no se ha documentado si este efecto beneficioso es específico del Valsartan o un efecto de clase extrapolable a otros ARA-II. Por ello, hemos investigado la eficacia antihipertensiva y el potencial remodelado del perfil circadiano de PA después de la administración temporalizada de Olmesartan en pacientes hipertensos.

Material y métodos. Se estudiaron 125 pacientes no tratados con hipertensión arterial esencial ligera-moderada (39 hombres y 86 mujeres) de $46,6 \pm 12,3$ años, asignados aleatoriamente a dos grupos en función de la hora de administración de una dosis única de 20 mg/día de Olmesartan en monoterapia: a la hora de levantarse o bien a la hora de acostarse. En todos los casos se realizó una evaluación clínico-biológica; la PA se monitorizó durante 48 horas y la actividad física se monitorizó cada minuto con un actígrafo, para calcular las medias diurna y nocturna de PA de cada paciente en función de su actividad y descanso.

Resultados. La significativa reducción de PA después de 3 meses de tratamiento con Olmesartan ($p < 0,001$) fue similar para ambos grupos (13,8 y 11,3 mmHg en la media de 24 horas de la PA sistólica y diastólica después de Olmesartan al levantarse; 13,9 y 10,2 mmHg cuando el Olmesartan se administró a la hora de acostarse; $p > 0,348$ entre grupos). La administración de Olmesartan al acostarse, sin embargo, fue más eficaz en la reducción de la media nocturna de la PA (11,2 y 8,7 mmHg después de la dosis matutina; 15,2 y 11,5 mmHg después de la dosis nocturna; $p = 0,023$ entre grupos). La profundidad de la PA se redujo ligeramente después de la administración matutina de Olmesartan (-1,3 y -1,4 para la PA sistólica y diastólica, respectivamente, $p > 0,076$). La profundidad aumentó significativamente después del tratamiento al acostarse (2,9 y 4,7 para la PA sistólica y diastólica; $p < 0,001$), disminuyendo así la prevalencia del patrón no-dipper en un 48% ($p = 0,028$).

Conclusiones. La administración de Olmesartan al acostarse, pero no al levantarse, aumenta significativamente la profundidad de la PA hacia un patrón más dipper sin pérdida de eficacia a lo largo de las 24 horas, al tiempo que mejora la regulación nocturna de la PA. Los resultados, similares a los previamente documentados para el Valsartan, sugieren que éste puede ser un efecto de clase que debería ser tenido en cuenta cuando se prescriban ARA-II para el tratamiento de pacientes con hipertensión arterial esencial.

RV-138

¿HAY DIFERENCIA EN LA EFICACIA ANTIHIPERTENSIVA DE OLMESARTAN ENTRE HOMBRES Y MUJERES?**J. López¹, R. Hermida², M. Rodríguez¹, D. Ayala², L. Chayan¹, M. Pazo¹, M. Romero¹ y C. Calvo¹**¹Unidad de Hipertensión y Riesgo Vascular. Hospital Clínico Universitario. Santiago de Compostela, A Coruña. ²Laboratorio de Cronobiología y Bioingeniería. Universidad de Vigo. Vigo, Pontevedra.

Objetivos. Resultados previos han demostrado diferencias de género en la fisiopatología de la hipertensión, en la regulación del patrón circadiano de variación de la presión arterial (PA) y en la respuesta al tratamiento farmacológico. Mientras que los ARA-II presentan un perfil de tolerabilidad similar en varones y mujeres, la eficacia y los efectos secundarios de los IECA y la farmacocinética de los beta-bloqueantes son diferentes en las mujeres. Sin embargo, los estudios comparativos de eficacia entre hombres y mujeres con ARA-II son escasos. Por otra parte, se ha documentado que los efectos del Olmesartan sobre la PA dependen de su hora de administración. Por ello, hemos comparado la eficacia antihipertensiva del Olmesartan, administrado a distintas horas en función del ciclo de actividad y descanso, entre hombres y mujeres.

Material y métodos. Se estudiaron 39 hombres y 86 mujeres con hipertensión arterial esencial ligera-moderada, de $46,6 \pm 12,3$ años, asignados aleatoriamente a dos grupos en función de la hora de administración de una dosis única de 20 mg/día de Olmesartan en monoterapia: a la hora de levantarse o bien a la hora de acostarse. En todos los casos se realizó una evaluación clínico-biológica; la PA se monitorizó durante 48 horas y la actividad física se monitorizó cada minuto con un actígrafo, para calcular las medias diurna y nocturna de PA de cada paciente en función de su actividad y descanso. **Resultados.** La reducción de PA después de 3 meses de tratamiento con Olmesartan fue significativa ($p < 0,001$) y similar para hombres y mujeres en ambos grupos de tratamiento temporalizado (reducción de 12,2 y 11,7 mmHg en la media de 24 horas de la PA sistólica y diastólica después de Olmesartan al levantarse en hombres; 14,5 y 11,0 mmHg en mujeres; $p > 0,280$ entre grupos; 13,0 y 9,6 mmHg cuando el Olmesartan se administró a la hora de acostarse en hombres; 14,6 y 10,7 mmHg en mujeres; $p > 0,494$ entre grupos). La administración nocturna de Olmesartan, sin embargo, fue más eficaz en la reducción de la media nocturna de la PA ($p = 0,020$ entre grupos), sin pérdida de eficacia en la reducción de la media diurna de la PA ($p > 0,256$ comparado con el tratamiento matutino tanto en hombres como en mujeres).

Conclusiones. Con independencia de la hora del día de su administración, 20 mg/día de Olmesartan reducen la PA a lo largo de las 24 horas y de forma similar en hombres y mujeres. La administración de Olmesartan al acostarse, sin embargo, mejora el control de la PA nocturna, un mejor marcador pronóstico de riesgo cardiovascular que la media diurna de la PA. Estos efectos diferenciales del Olmesartan dependientes de la hora del día de su administración deben ser tenidos en consideración cuando se prescriba este ARA-II para el tratamiento de pacientes con hipertensión arterial esencial.

RV-139

COMBINACIÓN DE VALSARTAN Y AMLODIPINO EN HIPERTENSIÓN ARTERIAL: ¿ES IMPORTANTE LA CRO- NOTERAPIA?**R. Hermida¹, D. Ayala¹, J. López Paz², M. Rodríguez², L. Chayan², M. Fontao¹, M. Romero² y C. Calvo²**¹Laboratorio de Cronobiología y Bioingeniería. Universidad de Vigo. Vigo, Pontevedra. ²Unidad de Hipertensión y Riesgo Vascular. Hospital Clínico Universitario. Santiago de Compostela, A Coruña.

Objetivos. La administración de Valsartan a la hora de acostarse, y no a la de levantarse, produce un aumento significativo en la profundidad de la presión arterial (PA) (descenso relativo en la media nocturna de la PA con respecto a la media diurna) hacia un perfil más dipper, sin pérdida de eficacia a lo largo de las 24 horas [Hypertension. 2003;42;283-90]. El Amlodipino, sin embargo, es eficaz en la reducción de PA a lo largo de las 24 horas, con independencia de la hora del día de su administración. La mayoría de los pacientes

hipertensos necesitan tratamiento combinado para lograr un control óptimo de su PA. Por ello, hemos investigado la eficacia antihipertensiva y el potencial remodelado del perfil circadiano de PA después de la administración temporalizada de la combinación de Valsartan y Amlodipino.

Material y métodos. Se estudiaron 152 pacientes con hipertensión arterial esencial (66 hombres y 86 mujeres) de $57,6 \pm 12,8$ años, asignados aleatoriamente a recibir Valsartan (160 mg/día) y Amlodipino (5 mg/día) en uno de los siguientes esquemas terapéuticos: Ambos fármacos a la hora de levantarse, los dos a la hora de acostarse, uno de ellos al levantarse y el otro al acostarse. En todos los casos se realizó una evaluación clínico-biológica; la PA se monitorizó durante 48 horas y la actividad física se monitorizó cada minuto con un actígrafo, para calcular las medias diurna y nocturna de PA de cada paciente en función de su actividad y descanso.

Resultados. La eficacia terapéutica fue mayor cuando ambos fármacos se administraron a la hora de acostarse, en comparación con cualquier otro esquema de tratamiento (reducción de 15,8 y 12,2 mmHg en la media de 24 horas de la PA sistólica y diastólica con los dos fármacos al levantarse; 16,3 y 10,5 mmHg con Valsartan al levantarse y Amlodipino al acostarse; 18,0 y 12,2 mmHg con Valsartan al acostarse y Amlodipino al levantarse; 26,8 y 14,1 mmHg con ambos fármacos al acostarse; $p = 0,014$ entre grupos). Las diferencias fueron mayores en la reducción de media nocturna de la PA (31,0 y 15,2 mmHg con ambos fármacos al acostarse, $p < 0,001$ comparado con los demás grupos). La profundidad de la PA aumentó sólo cuando el Valsartan se administró al acostarse y, en mayor medida, cuando el Amlodipino también se administró al acostarse (aumento de 2,3% con el Amlodipino al levantarse; 6,8% con ambos fármacos al acostarse; $p < 0,001$ entre grupos).

Conclusiones. En pacientes que requieran tratamiento combinado para alcanzar un control óptimo de la PA, la asociación de Valsartan con Amlodipino reduce la PA de forma eficaz a lo largo de las 24 horas. La eficacia de esta combinación mejora significativamente cuando ambos fármacos se administran conjuntamente al acostarse. Esto permite, además, aumentar la profundidad de la PA hacia un perfil más dipper, lo que está asociado a una mayor reducción de riesgo cardiovascular que la debida a la propia disminución de la PA.

RV-140

VALIDEZ DE UN APARATO OSCILOMÉTRICO AUTOMÁTICO PARA EL CRIBAJE DE ARTERIOPATÍA PERIFÉRICA**B. Sobrino¹, M. Carrillo de Albornoz², M. López Carmona¹, S. Jansen¹, F. Salgado¹, J. Martínez González¹, P. Aranda Lara³ y R. Gómez-Huelgas¹**¹Servicio de Medicina Interna, ²Servicio de Nefrología. Complejo Hospitalario Carlos Haya. Málaga. ³Escuela de Medicina Deportiva. Complejo Hospitalario Virgen de la Victoria. Málaga.

Objetivos. Valorar la utilidad del modelo Omron M-7, para el cribaje de arteriopatía periférica en una población de riesgo vascular alto. El índice tobillo-brazo (ITB) se realiza habitualmente con doppler portatil. Este método mejora en costes y accesibilidad a otros métodos más complejos como ecografía, angio-RMN, angio-TAC o arteriografía. Sin embargo, el cálculo del ITB no ha conseguido penetración a nivel de Atención Primaria. En el presente trabajo se plantea la posible utilidad del Omron M7 para detectar a aquellos pacientes que deben derivarse para estudios más complejos.

Material y métodos. Se elige el Omron M-7 por las características del manguito. Seguidamente se identifica una localización óptima para la colocación del manguito. Se realizó el estudio colocando el manguito lo más ajustado posible a la localización situada 5 centímetros por encima del canal tibial posterior (arteria tibial posterior). Se realizan 3 medidas consecutivas de TAS en antebrazo utilizando las normas estándar. Posteriormente 3 medidas consecutivas de TAS en ambos tobillos y se elegía como válida la mayor de las tres. Tras un período de entrenamiento de 25 casos, se constata que el aparato es incapaz de detectar TA sistólicas por debajo de 60 mmHg, ni superiores a 240 mmHg. Por ello, de los 4 mensajes de "error" que ofrece el aparato, se optó por considerar que el error -2 "no se puede realizar la medición correctamente" siempre como patológico cuando se repetía en las 3 tomas (ante cualquiera de los otros 3 mensajes se repetía la medición). Se consideró arbitrariamente considerar

como patológico un índice TB menor de 1 (ya que este método cubre todas las arterias y no solo una como el método doppler). Se realizaron mediciones sobre 224 casos consecutivos de pacientes con un r. vascular alto o muy alto (SCORE). La comparación se realizó con doppler Haddico-Bidop de señal sonora y gráfica (al tener gráfica simple con indicación de la velocidad del flujo cuantitativa, se obtenía una localización óptima para el traductor). El aparato doppler se utilizó conjuntamente con un esfigmomanómetro de mercurio Riester nova Presametric.

Resultados. Las características de la muestra: Edad media (DE) 62,75 (12,30); varones 51,1%, antecedentes familiares CV 61,3%; sedentarismo 67,7%; obesidad 48,9%; diabetes 30,1%; hiperlipemia 57,5%; fumadores 45,7%. Daño de órgano diana: c. isquémica 21%; accidente cerebrovascular 18,3%; ins. renal 16,1%. Los resultados obtenidos en cuanto a correlación fueron: Correlación Intraclase pierna derecha 0,86 ($p < 0,01$), pierna izquierda 0,90 ($p < 0,01$). Índice Kappa 0,86. Sensibilidad 0,94, especificidad 0,96, VPTN 0,94. Las TA sistólicas, media (DE), derecha e izquierda respectivamente fueron: brazo con esfigmomanómetro de mercurio y doppler 149,96 (13,37); 149,28 (12,86); pierna 149,17 (30,03) y 147,37 (30,07). Pierna con método oscilométrico 157 (42,10) y 158 (42,37). En 8 casos en la pierna derecha y en 9 casos en la pierna izquierda se obtuvieron repetidos valores de error-2. En todos estos casos -17- se obtuvo un ITB menor de 0,7 con la metodología doppler (TAS menor de 70 mmHg).

Discusión. El valor predictivo del Test negativo (0,94), es aceptable ya que el propósito era identificar a aquellos pacientes que deben pasar a pruebas más complejas, sin "perder" ninguno de los "enfermos". Como se previó el aparato oscilométrico tiende a sobreestimar los valores de TA sistólica con respecto a la medición doppler. Es por tanto que, si valoramos en ITB con el método oscilométrico, considerando niveles menores de 1 como patológicos, el método puede resultar de utilidad.

Conclusiones. La valoración del ITB con el método oscilométrico, con punto de corte 1, puede ser de gran utilidad en la vasculopatía periférica. El método requiere un entrenamiento previo.

RV-141

ADMINISTRACIÓN TEMPORALIZADA DE VALSARTAN + AMLODIPINO Y PRESIÓN DE PULSO AMBULATORIA

C. Calvo¹, R. Hermida², J. López Paz¹, M. Rodríguez¹, L. Chayan¹, M. Romero¹, M. Fontao² y D. Ayala²

¹Unidad de Hipertensión y Riesgo Vascular. Hospital Clínico Universitario. Santiago de Compostela, A Coruña. ²Laboratorio de Cronobiología y Bioingeniería. Universidad de Vigo, Vigo, Pontevedra.

Objetivos. La presión de pulso (PP), evaluada mediante monitorización ambulatoria, es un marcador de riesgo cardiovascular fundamentalmente en ancianos. Fármacos como Valsartan reducen, en monoterapia, la PP con independencia de la hora del día de su administración [J Hypertens. 2004;22:837-46]. Sin embargo, muchos hipertensos necesitan tratamiento combinado para lograr un control de la PA. Hemos investigado los efectos dependientes de la hora del día de administración de la combinación de Valsartan + Amlodipino sobre el perfil circadiano de la PP en pacientes hipertensos.

Material y métodos. Se estudiaron 152 pacientes con hipertensión arterial esencial (66 hombres y 86 mujeres) de $57,6 \pm 12,8$ años, asignados aleatoriamente a recibir Valsartan (160 mg/día) y Amlodipino (5 mg/día) en uno de los siguientes esquemas terapéuticos: Ambos fármacos a la hora de levantarse, los dos a la hora de acostarse, uno de ellos al levantarse y el otro al acostarse. En todos los casos se realizó una evaluación clínico-biológica; la PA se monitorizó durante 48 horas y la actividad física se monitorizó cada minuto con un actígrafo, para calcular las medias diurna y nocturna de PA de cada paciente en función de su actividad y descanso.

Resultados. La eficacia terapéutica sobre la PP fue mayor cuando ambos fármacos se administraron a la hora de acostarse y menor cuando ambos se administraron al levantarse (reducción de 3,5 mmHg en la media de 24 horas de la PP con los dos fármacos al levantarse; 5,8 mmHg con Valsartan al levantarse y Amlodipino al acostarse; 5,9 mmHg con Valsartan al acostarse y Amlodipino al levantarse; 12,5 mmHg con ambos fármacos al acostarse; $p < 0,001$ entre grupos). Las diferencias fueron mayores en la reducción de media noc-

turna de la PP (3,7 mmHg con ambos fármacos al levantarse; 15,4 mmHg con ambos fármacos al acostarse, $p < 0,001$). La profundidad de la PP aumentó sólo cuando el Valsartan se administró al acostarse y, en mayor medida, cuando el Amlodipino se administró conjuntamente al acostarse (7,8%; $p < 0,001$ entre grupos).

Conclusiones. La administración de la combinación de Valsartan y Amlodipino al acostarse es significativamente más eficaz que su administración matutina para la reducción de la PP ambulatoria. Aparte del incremento progresivo en PP con el envejecimiento, se ha documentado un aumento significativo de PP en pacientes diabéticos. Por tanto, la administración nocturna de la combinación Valsartan + Amlodipino es recomendable para el tratamiento de pacientes con hipertensión sistólica aislada, ancianos, y diabéticos, con el objeto de reducir el riesgo cardiovascular asociado al aumento de PP, aspecto que debe ser investigado prospectivamente.

RV-142

ESTUDIO DHYAL: DIABETES, HIPERTENSIÓN Y ALBUMINURIA. CRONOTERAPIA CON VALSARTAN

C. Calvo¹, R. Hermida², M. Rodríguez¹, J. López Paz¹, L. Chayan¹, M. Romero¹, M. Fontao² y D. Ayala²

¹Unidad de Hipertensión y Riesgo Vascular. Hospital Clínico Universitario. Santiago de Compostela, A Coruña. ²Laboratorio de Cronobiología y Bioingeniería. Universidad de Vigo, Vigo, Pontevedra.

Objetivos. Resultados previos han indicado que la administración de Valsartan a la hora de acostarse, y no a la de levantarse, produce un aumento significativo en la profundidad de la presión arterial (PA) (descenso relativo en la media nocturna de la PA con respecto a la media diurna) hacia un perfil más dipper, sin pérdida de eficacia a lo largo de las 24 horas [Hypertension. 2003;42:283-90]. La disminución del descenso nocturno esperado en la PA y la correspondiente alta prevalencia del patrón nodipper son frecuentes en pacientes con diabetes mellitus tipo 2 (DM). Por ello, hemos investigado la eficacia antihipertensiva y el potencial remodelado del perfil circadiano de PA después de la administración temporalizada de Valsartan en pacientes hipertensos con DM.

Material y métodos. Se estudiaron 97 pacientes no tratados con hipertensión arterial esencial ligera moderada y DM (52 hombres y 45 mujeres) de $56,8 \pm 12,1$ años, asignados aleatoriamente a dos grupos en función de la hora de administración de una dosis única de 160 mg/día de Valsartan en monoterapia: a la hora de levantarse o bien a la hora de acostarse. En todos los casos se realizó una evaluación clínico-biológica; la PA se monitorizó durante 48 horas y la actividad física se monitorizó cada minuto con un actígrafo, para calcular las medias diurna y nocturna de PA de cada paciente en función de su actividad y descanso.

Resultados. La reducción de PA después de 3 meses de tratamiento en monoterapia con Valsartan fue altamente significativa ($p < 0,001$) y ligeramente superior con la dosis nocturna (reducción de 11,8 y 7,2 mmHg en la media de 24 horas de la PA sistólica y diastólica, respectivamente, después de Valsartan a la hora de levantarse; 15,3 y 11,0 mmHg cuando el Valsartan se administró a la hora de acostarse; $p = 0,097$ y $0,004$ para la PA sistólica y diastólica entre grupos), mostrándose en ambos casos una cobertura terapéutica a lo largo de las 24 horas. Las diferencias entre grupos fueron especialmente significativas en la reducción de la PA nocturna (9,9 y 6,1 mmHg después de la dosis matutina; 18,7 y 12,5 mmHg después de la dosis nocturna; $p < 0,001$ entre grupos). La profundidad de PA se mantuvo inalterada después de la dosis matutina (-1,0 y -0,1 para la PA sistólica y diastólica; $p > 0,331$), pero aumentó significativamente (5,0 y 5,3 para la PA sistólica y diastólica; $p < 0,001$) después de la administración de Valsartan a la hora de acostarse.

Conclusiones. Con independencia de la hora del día de su administración con respecto al ciclo de actividad y descanso de cada paciente, 160 mg/día de Valsartan en monoterapia reducen de forma eficaz la PA durante las 24 horas. En pacientes hipertensos con DM, caracterizados por una disminución en el descenso nocturno de la PA, el Valsartan debería ser administrado a la hora de acostarse, con el objeto de obtener tanto mayor eficacia antihipertensiva durante el descanso nocturno como la potencial reducción en riesgo cardiovascular asociada a la mejora de profundidad de la PA.

RV-143

ADMINISTRACIÓN TEMPORALIZADA DE VALSARTAN Y PRESIÓN DE PULSO AMBULATORIA EN PACIENTES HIPERTENSOS CON Y SIN DIABETES**J. López Paz¹, R. Hermida², D. Ayala², M. Rodríguez¹, L. Chayan¹, M. Fontao¹, M. Romero¹ y C. Calvo¹**¹Unidad de Hipertensión y Riesgo Vascular. Hospital Clínico Universitario. Santiago de Compostela, A Coruña. ²Laboratorio de Cronobiología y Bioingeniería. Universidad de Vigo. Vigo, Pontevedra.

Objetivos. El aumento en presión de pulso (PP) es un marcador independiente de riesgo cardiovascular. Por ello se ha sugerido que reducir la PP podría ser un objetivo terapéutico adicional a la disminución de presión arterial (PA) sistólica y diastólica. Aparte del aumento progresivo de PP con el envejecimiento, se ha documentado una elevación significativa de PP en pacientes hipertensos con diabetes mellitus tipo 2 (DM) en comparación con pacientes sin DM. Estudios previos han concluido que los ARA-II difieren en su eficacia sobre la PP [J Hypertens. 2000;18:1683-90]. Además, la eficacia antihipertensiva del Valsartan depende marcadamente de la hora del día de su administración [Hypertension. 2003;42:283-90]. Por ello, hemos investigado los efectos de la administración temporalizada de Valsartan sobre el perfil circadiano de la PP en pacientes hipertensos con y sin DM, participantes en el estudio DHYAL.

Material y métodos. Se estudiaron 204 pacientes no tratados con hipertensión arterial esencial ligera-moderada (100 hombres y 104 mujeres) de 52,2 ± 12,4 años, de los cuales 97 tenían DM. Los pacientes fueron asignados aleatoriamente a dos grupos en función de la hora de administración de una dosis única de 160 mg/día de Valsartan en monoterapia: a la hora de levantarse o bien a la hora de acostarse. En todos los casos se realizó una evaluación clínico-biológica; la PA se monitorizó durante 48 horas y la actividad física se monitorizó cada minuto con un actígrafo, para calcular las medias diurna y nocturna de PA de cada paciente en función de su actividad y descanso.

Resultados. La reducción de PP después de 3 meses de tratamiento en monoterapia con Valsartan fue altamente significativa ($p < 0,001$) y comparable para todos los grupos de tratamiento (en pacientes sin DM, reducción de 4,6 mmHg en la media de 24 horas de la PP después de Valsartan a la hora de levantarse y de 5,0 mmHg cuando el Valsartan se administró a la hora de acostarse; en pacientes con DM, 4,7 mmHg con la dosis matutina y 4,0 mmHg con la dosis nocturna; $p = 0,809$ entre grupos). La eficacia del Valsartan en la reducción de la media nocturna de la PP fue significativamente mayor con la dosis nocturna, tanto en pacientes con como sin DM ($p = 0,024$). La profundidad de PP se mantuvo inalterada después de la dosis matutina en ambos grupos de pacientes, pero aumentó significativamente (4,2 y 5,5 en pacientes con y sin DM; $p < 0,001$) después de la administración de Valsartan a la hora de acostarse.

Conclusiones. Con independencia de la hora del día de su administración con respecto al ciclo de actividad y descanso de cada paciente, 160 mg/día de Valsartan en monoterapia reducen de forma eficaz la PP durante las 24 horas tanto en pacientes con DM como sin DM. La administración al acostarse, sin embargo, es significativamente más efectiva que la dosis matutina para el control de la PP nocturna, un mejor marcador de riesgo cardiovascular que la media diurna o de 24 horas de la PP. Los resultados indican que el Valsartan debería ser siempre administrado al acostarse con el objeto de obtener un mejor control de la PP.

RV-144

IMPACTO DE UN REGISTRO EN LA PRÁCTICA CLÍNICA HABITUAL EN EL CONTROL DE FACTORES DE RIESGO CARDIOVASCULAR. ESTUDIO CAROL**P. Wikman Jorgensen¹, V. Bertomeu Martínez², P. Orosa Fernández³, J. González Juanatey⁴, J. Quiles Granado², P. Mazón Ramos⁴, J. Rodríguez² y V. Bertomeu-González²**¹Servicio de Medicina Interna. ²Servicio de Cardiología. Hospital Universitari Sant Joan d'Alacant. Sant Joan d'Alacant, Alicante.³Servicio de Cardiología. Hospital Francisc de Borja. Gandia, Valencia. ⁴Servicio de Cardiología. Hospital Clínico Universitario. Santiago de Compostela, A Coruña.

Objetivos. Independientemente de la información que proporcionan los registros en el ámbito clínico, estos sin duda influyen en la prác-

tica clínica. En esta comunicación se analiza como influye la realización de un registro de pacientes hipertensos de alto riesgo controlados en consultas de cardiología.

Material y métodos. El estudio Carol es un estudio epidemiológico, prospectivo, multicéntrico y de ámbito nacional, cuyo objetivo es conocer el grado de control de la presión arterial (PA) en hipertensos de alto riesgo y analizar el grado de control de la PA y otros factores de riesgo a los 3 meses.

Resultados. Se analizaron 677 pacientes con una edad media de 65 años (24-87), 58% varones. El 23,4% son fumadores activos, 27,9% exfumadores, el 65,8% presenta dislipemia, el 23,9% historia de enfermedad cardiovascular prematura, 31,9% diabetes y 52,9% obesidad abdominal. El 40,9% presentó hipertrofia ventricular izquierda, 18,5% aumento de la creatinina sérica y 18,3% microalbuminuria. En la visita inicial se realizó al menos una modificación del tratamiento en el 79,2% de los pacientes, y a los 3 meses de seguimiento se observaron los resultados de la tabla 1.

Conclusiones. El registro Carol ha tenido un importante beneficio en el control no solo de la PA, sino también en el resto de factores de riesgo cardiovascular.

Tabla 1. (RV-144).

Parámetros	Basal	Final
NPAS/PAD	160,6/92,86	137,82/80,55
LDL-cól	127,53	116,51
Triglicéridos	151,23	139,09
Glucemia basal	113,4	109,16
HbA _{1c}	6,24	6,08
Microalbuminuria	78,03	54,04

RV-145

VALSARTAN Y ELIMINACIÓN URINARIA DE ALBÚMINA EN HIPERTENSOS CON Y SIN DIABETES: EL ESTUDIO DHYAL**C. Calvo¹, R. Hermida², M. Rodríguez¹, J. López Paz¹, L. Chayan¹, M. Romero¹, M. Fontao² y D. Ayala²**¹Unidad de Hipertensión y Riesgo Vascular. Hospital Clínico Universitario. Santiago de Compostela, A Coruña. ²Laboratorio de Cronobiología y Bioingeniería. Universidad de Vigo. Vigo, Pontevedra.

Objetivos. La administración de Valsartan a la hora de acostarse, y no a la de levantarse, produce un aumento significativo en la profundidad de la presión arterial (PA) (descenso relativo en la media nocturna de la PA con respecto a la media diurna) hacia un perfil más dipper, al tiempo que reduce la eliminación urinaria de albúmina (EUA) [Hypertension. 2005;46:960-8]. La EUA es significativamente mayor en pacientes no-dipper (profundidad < 10%) que en pacientes dipper [Am J Hypertens. 1994;7:23-9]. Además, el patrón no-dipper es altamente prevalente en pacientes con diabetes mellitus tipo 2 (DM). Por ello, hemos investigado los efectos de la administración temporalizada de Valsartan sobre la EUA en pacientes hipertensos con y sin DM, participantes en el estudio DHYAL.

Material y métodos. Se estudiaron 204 pacientes no tratados con hipertensión arterial esencial ligera-moderada (100 hombres y 104 mujeres) de 52,2 ± 12,4 años, de los cuales 97 tenían DM. Los pacientes fueron asignados aleatoriamente a dos grupos en función de la hora de administración de una dosis única de 160 mg/día de Valsartan en monoterapia: a la hora de levantarse o bien a la hora de acostarse. En todos los casos se realizó una evaluación clínico-biológica; la PA se monitorizó durante 48 horas y la actividad física se monitorizó cada minuto con un actígrafo, para calcular las medias diurna y nocturna de PA de cada paciente en función de su actividad y descanso.

Resultados. La administración de Valsartan al acostarse fue más efectiva que la dosis matutina en la reducción de la media nocturna de la PA en pacientes con y sin DM ($p < 0,001$). La profundidad de la PA se mantuvo inalterada después de la administración de Valsartan al levantarse, pero aumentó significativamente en un 5,3% cuando el Valsartan se administró al acostarse ($p < 0,001$). La EUA se redujo significativamente en un 23% con respecto a los valores

basales (31% en pacientes con DM) sólo después de la administración de Valsartan al acostarse ($p < 0,001$). Esta reducción en EUA fue independiente de la disminución en las medias diurna o de 24 horas de la PA ($p > 0,141$), pero se correlacionó significativamente con el efecto del tratamiento al acostarse sobre la media nocturna de la PA ($r = -0,284$, $p < 0,001$) y el consiguiente aumento de profundidad ($r = 0,324$, $p < 0,001$). El descenso en EUA asociado al aumento de profundidad después de administrar el Valsartan al acostarse fue significativo para los grupos de pacientes con y sin DM analizados por separado (siempre $p < 0,005$).

Conclusiones. La administración de Valsartan al acostarse es preferible a la dosis matutina puesto que aquella mejora la profundidad de la PA hacia un perfil más dipper. Esta modificación en el perfil circadiano de la PA está correlacionada con un descenso significativo en EUA, principalmente en pacientes con DM. Estos resultados corroboran la mejora en la función renal asociada a revertir el patrón no-dipper hacia un perfil dipper de menor riesgo cardiovascular.

RV-146

PRESIÓN DEL PULSO AMBULATORIA Y CRONOTERAPIA ANTIHIPERTENSIVA CON LA COMBINACIÓN DE VALSARTAN + HIDROCLOROTIAZIDA

M. Rodríguez¹, R. Hermida², L. Chayan¹, J. López Paz¹, D. Ayala², M. Fontao², M. Romero¹ y C. Calvo¹

¹Unidad de Hipertensión y Riesgo Vascular. Hospital Clínico Universitario. Santiago de Compostela, A Coruña. ²Laboratorio de Cronobiología y Bioingeniería. Universidad de Vigo. Vigo, Pontevedra.

Objetivos. Resultados previos han indicado que el Valsartan reduce significativamente la presión de pulso (PP) a lo largo de las 24 horas. Esto puede ser relevante, ya que el aumento en PP es un marcador independiente de riesgo cardiovascular, principalmente de infarto de miocardio, insuficiencia cardíaca y muerte cardiovascular. Así, se ha sugerido que disminuir la PP podría ser un objetivo terapéutico adicional a la propia reducción de presión arterial (PA). Los posibles efectos del tratamiento combinado sobre la PP han sido descritos de forma ocasional. Por ello, hemos investigado los efectos sobre la PP ambulatoria de la combinación Valsartan-Hidroclorotiazida (HCTZ) administrada a distintas horas en función del ciclo de actividad y descanso de cada paciente.

Material y métodos. Se estudiaron 85 hombres y 116 mujeres con hipertensión arterial esencial ligera-moderada, de $50,0 \pm 11,8$ años, inicialmente asignados aleatoriamente a dos grupos en función de la hora de administración de una dosis única de 160 mg/día de Valsartan en monoterapia durante 12 semanas: a la hora de levantarse o bien a la hora de acostarse. Debido a que la PA ambulatoria no estaba óptimamente controlada, se añadió HCTZ (12,5 mg/día) durante otras 12 semanas, manteniendo en cada paciente la hora de tratamiento inicial. En todos los casos se realizó una evaluación clínico-biológica; la PA se monitorizó durante 48 horas y la actividad física se monitorizó cada minuto con un actígrafo, para calcular las medias diurna y nocturna de PA de cada paciente en función de su actividad y descanso.

Resultados. Con independencia de la hora del día de su administración, el tratamiento con la combinación Valsartan-HCTZ produjo una reducción significativa de la PP (5,2 mmHg en la media de 24 horas de la PP después de la dosis matutina; 4,6 mmHg después del tratamiento al acostarse; $p = 0,462$ entre grupos). La eficacia fue significativamente mayor sobre la media diurna que sobre la media nocturna de la PP cuando la combinación se administró al levantarse (5,5 versus 4,4 mmHg; $p = 0,008$). La reducción de PP fue mayor en la media nocturna que en la diurna cuando la combinación se administró al acostarse (4,2 versus 5,6 mmHg; $p = 0,002$). La profundidad de la PP disminuyó con la dosis matutina ($p = 0,010$) y aumentó con la dosis nocturna ($p = 0,004$).

Conclusiones. En pacientes no controlados adecuadamente con Valsartan en monoterapia, añadir 12,5 mg/día de HCTZ reduce la PP de forma eficaz a lo largo de las 24 horas con independencia de la hora de administración de la combinación. La reducción potencial de riesgo cardiovascular tras la administración de la combinación al acostarse asociada al mayor control de la PP nocturna, un mejor marcador de riesgo que las medias diurna y de 24 horas de la PP, debe ser investigado de forma prospectiva.

RV-147

CRONOTERAPIA CON VALSARTAN + HIDROCLOROTIAZIDA: ¿PUEDE SER MEJOR LA ADMINISTRACIÓN NOCTURNA?

M. Rodríguez¹, L. Chayan¹, J. López Paz¹, R. Hermida², D. Ayala², M. Fontao², M. Pazo¹ y C. Calvo¹

¹Unidad de Hipertensión y Riesgo Vascular. Hospital Clínico Universitario. Santiago de Compostela, A Coruña. ²Laboratorio de Cronobiología y Bioingeniería. Universidad de Vigo, Pontevedra.

Objetivos. Resultados previos han indicado que la administración de Valsartan a la hora de acostarse, y no a la de levantarse, produce un aumento significativo en la profundidad de la presión arterial (PA) (descenso relativo en la media nocturna de la PA con respecto a la media diurna) hacia un perfil más dipper, sin pérdida de eficacia a lo largo de las 24 horas [Hypertension. 2003;42;283-90]. Los ensayos clínicos de Cronoterapia han investigado principalmente los efectos de fármacos en monoterapia. Sin embargo, la mayoría de los pacientes hipertensos necesitan tratamiento combinado para lograr un control óptimo de su PA. Por ello, hemos investigado la eficacia antihipertensiva y el potencial remodelado del perfil circadiano de PA después de la administración temporalizada de la combinación Valsartan-Hidroclorotiazida (HCTZ).

Material y métodos. Se estudiaron 201 pacientes con hipertensión arterial esencial ligera-moderada (85 hombres y 116 mujeres) de $50,0 \pm 11,8$ años, inicialmente asignados aleatoriamente a dos grupos en función de la hora de administración de una dosis única de 160 mg/día de Valsartan en monoterapia durante 12 semanas: a la hora de levantarse o bien a la hora de acostarse. Debido a que la PA ambulatoria no estaba óptimamente controlada, se añadió HCTZ (12,5 mg/día) durante otras 12 semanas, manteniendo en cada paciente la hora de tratamiento inicial. En todos los casos se realizó una evaluación clínico-biológica; la PA se monitorizó durante 48 horas y la actividad física se monitorizó cada minuto con un actígrafo, para calcular las medias diurna y nocturna de PA de cada paciente en función de su actividad y descanso.

Resultados. La significativa reducción de PA después de 3 meses de tratamiento con Valsartan en monoterapia ($p < 0,001$) fue ligeramente superior con la dosis matutina (10,4 y 7,4 mmHg en la media de 24 horas de la PA sistólica y diastólica después de Valsartan al levantarse; 6,7 y 5,6 mmHg cuando el Valsartan se administró a la hora de acostarse; $p < 0,042$). La profundidad de PA se mantuvo inalterada después de la administración matutina de Valsartan, pero aumentó de forma significativa con la dosis nocturna (2,7 y 3,0 para la PA sistólica y diastólica; $p < 0,001$). El tratamiento combinado con HCTZ aumentó la eficacia de forma similar en dosificación matutina o nocturna (reducción de 17,5 y 12,3 mmHg con respecto a la PA sistólica y diastólica basal con el tratamiento al levantarse; 16,8 y 12,2 mmHg al acostarse). La profundidad permaneció inalterada con la dosis matutina y aumentó todavía más cuando la combinación se administró al acostarse ($p < 0,001$).

Conclusiones. En pacientes no controlados adecuadamente con Valsartan en monoterapia, añadir 12,5 mg/día de HCTZ reduce la PP de forma eficaz a lo largo de las 24 horas con independencia de la hora de administración de la combinación. La reducción potencial de riesgo cardiovascular tras la administración de la combinación al acostarse asociada al mayor control de la PP nocturna, un mejor marcador de riesgo que las medias diurna y de 24 horas de la PP, debe ser investigado de forma prospectiva.

RV-148

SITUACIONES CLÍNICAS ASOCIADAS A MAYORES CIFRAS DE TENSION ARTERIAL. ESTUDIO CAROL

P. Wikman Jorgensen¹, V. Bertomeu Martínez², P. Orosa Fernández³, J. Quiles Granado², P. Mazón Ramos⁴, J. González Juanatey¹, J. Rodríguez² y V. Bertomeu-González²

¹Servicio de Medicina Interna, ²Servicio de Cardiología. Hospital Universitari Sant Joan d'Alacant. Sant Joan d'Alacant, Alicante.

³Servicio de Cardiología. Hospital Francisc de Borja. Gandia, Valencia.

⁴Servicio de Cardiología. Complejo Hospitalario Universitario de Santiago. Santiago de Compostela, A Coruña.

Objetivos. La hipertensión arterial (HTA) es una de las afecciones más frecuentes en el mundo occidental. Supone uno de los mayores

factores de riesgo cardiovascular modificables. Por ello es importante conocer todos los factores que pueden influir en su control. Para ello se realizó el siguiente estudio cuyo objetivo es encontrar asociaciones entre diferentes situaciones clínicas y el grado de control de TA.

Material y métodos. El estudio Carol es un estudio epidemiológico, prospectivo, multicéntrico y de ámbito nacional, cuyo objetivo es conocer el grado de control de la presión arterial (PA) en hipertensos de alto riesgo y analizar el grado de control de la PA y otros factores de riesgo a los 3 meses. Se reclutaron 723 pacientes hipertensos de alto riesgo atendidos en consultas de cardiología y se realizó un seguimiento durante tres meses. Entre los pacientes de este estudio se analizaron los datos referentes a la edad, el género, índice de masa corporal (IMC), síndrome metabólico, lesión de órgano diana y tiempo de evolución de la HTA y su relación con las cifras de TA al final del estudio. **Resultados.** No hubo diferencias en cuanto a las cifras de TA en función del género (TAs media: varones 136,8 mmHg; mujeres 139,2 p > 0,05 mmHg) o el IMC (TAs media, IMC < 25 = 138,2 mmHg; IMC > 25 y < 30 = 137 mmHg; IMC > 30 = 138,9 mmHg p > 0,05). Los pacientes con lesión de órgano diana y más edad tuvieron cifras de TA mayores (TAs media: con lesión 140,8 mmHg; sin lesión 135,1 mmHg p < 0,001; p =: Coef Pearson 0.125 P = 0,003). En un análisis multivariante no se confirmaron las diferencias en los pacientes con síndrome metabólico, sin embargo se confirmaron las demás, y se observó también asociación entre el tiempo de evolución de la HTA y la TA sistólica media al final del estudio (p < 0,05). **Conclusiones.** Se concluye que la lesión del órgano diana, el tiempo de evolución de la HTA y la edad tienen una asociación significativa con mayores cifras de TA.

RV-149 CRONOTERAPIA CON DOXAZOSINA GITS EN TRATAMIENTO ANTIHIPERTENSIVO COMBINADO

J. López Paz¹, L. Chayan¹, M. Rodríguez¹, R. Hermida², D. Ayala², M. Fontao², M. Pazo¹ y C. Calvo¹

¹Unidad de Hipertensión y Riesgo Vascular. Hospital Clínico Universitario. Santiago de Compostela, A Coruña. ²Laboratorio de Cronobiología y Bioingeniería. Universidad de Vigo. Vigo, Pontevedra.

Objetivos. Estudios previos han demostrado que la curva dosis-respuesta, la cobertura terapéutica y la eficacia antihipertensiva de la Doxazosina GITS utilizada en monoterapia para el tratamiento de la hipertensión arterial dependen marcadamente de la hora del día de administración del fármaco [Chronobiol Int. 2004;277-96]. La doxazosina, sin embargo, se utiliza de forma más frecuente en tercera o cuarta línea de tratamiento combinado en pacientes no controlados. Por ello, hemos investigado los efectos sobre el perfil circadiano de la presión arterial (PA) de la administración temporalizada de Doxazosina GITS en terapia combinada en pacientes hipertensos.

Material y métodos. Se estudiaron 170 pacientes con hipertensión arterial esencial ligera-moderada no controlados (82 varones y 88 mujeres) de 56,2 ± 10,5 años de edad. Los pacientes estaban tratados en biterapia con una combinación de ARA-II o IECA con un diurético o un BCC dihidropiridínico. Los pacientes fueron asignados aleatoriamente a dos grupos en función de la hora de administración de una dosis de 4 mg/día de Doxazosina GITS: a la hora de levantarse o bien a la hora de acostarse. En todos los casos se realizó una evaluación clínico-biológica; la PA se monitorizó durante 48 horas y la actividad física se monitorizó cada minuto con un actígrafo, para calcular las medias diurna y nocturna de PA de cada paciente en función de su actividad y descanso.

Resultados. Con independencia de la combinación terapéutica inicial, la reducción de PA después de añadir Doxazosina GITS fue significativamente mayor con la administración nocturna (7,5 y 5,8 mmHg en la media de 24 horas de la PA sistólica y diastólica, respectivamente, frente a 2,5 y 3,0 mmHg con la administración matutina; p < 0,001 entre grupos). La eficacia terapéutica con la administración de doxazosina al acostarse fue especialmente mayor en la media nocturna de la PA (8,0 y 6,5 mmHg, frente a 0,4 y 1,1 mmHg con la administración al levantarse; p < 0,001 entre grupos). El porcentaje de pacientes con PA ambulatoria controlada después del tratamiento fue significativamente mayor con la administración al acostarse (35,3%) que con la administración al levantarse (15,3%; p = 0,002 entre grupos). La administración nocturna, pero no la matu-

tina, de Doxazosina GITS se asoció también a una reducción significativa de glucosa y triglicéridos (p = 0,016).

Conclusiones. La administración de Doxazosina GITS en terapia combinada a la hora de acostarse, pero no a la hora de levantarse, reduce significativamente la PA tanto durante el ciclo de actividad como durante el período de descanso nocturno, al tiempo que también mejora el perfil metabólico de los pacientes. Estos efectos dependientes de la hora de administración de Doxazosina GITS deben ser tenidos en consideración cuando se prescriba este alfa-bloqueante en terapia combinada para el tratamiento de pacientes hipertensos no controlados.

RV-150 GRADO DE CUMPLIMIENTO TERAPÉUTICO DE LOS PACIENTES TRATADOS POR HTA EN CONSULTAS DE CARDIOLOGÍA. ESTUDIO CAROL

P. Wikman Jorgensen¹, V. Bertomeu Martínez², P. Orosa Fernández³, J. González Juanatey⁴, J. Quiles Granado², P. Mazón Ramos⁴, J. Rodríguez² y V. Bertomeu-González²

¹Servicio de Medicina Interna, ²Servicio de Cardiología. Hospital Universitari Sant Joan d'Alacant. Sant Joan d'Alacant, Alicante, ³Servicio de Cardiología. Hospital Francesc de Borja. Gandia, Valencia. ⁴Servicio de Cardiología. Complejo Hospitalario Universitario de Santiago. Santiago de Compostela, A Coruña.

Objetivos. La HTA es una de las afecciones más comunes del mundo occidental y uno de los factores de riesgo cardiovascular modificables más prevalentes en nuestro medio. Por ello es importante actuar sobre ella para prevenir enfermedades. Uno de los factores que más influyen en el éxito del control de la HTA es el cumplimiento terapéutico. El estudio Carol es un estudio epidemiológico, prospectivo, multicéntrico y de ámbito nacional, cuyo objetivo es conocer el grado de control de la presión arterial (PA) en hipertensos de alto riesgo. Se estudió además el cumplimiento terapéutico mediante entrevista personal y test de Morisky.

Material y métodos. Se entregó a un total de 677 pacientes un cuestionario con el test de Morisky y además se documentó el total de comprimidos consumidos en un período de 3 meses de seguimiento. El test de Morisky consiste en cuatro preguntas y en caso de respuesta desacertada en alguna de ellas se clasifica al paciente como incumplidor. Es un test validado en población española para estudios de cumplimiento terapéutico.

Resultados. Según el test de Morisky únicamente el 37,5% de los pacientes sería considerado cumplidor. Se consumieron el 95,87% de los comprimidos prescritos. Se realizó un análisis la asociación entre el haber sufrido un evento cardiovascular agudo y buen cumplimiento (%cumplidores; con evento cardiovascular 40%, sin evento 35%; p = 0,048).

Conclusiones. El cumplimiento terapéutico de los pacientes en consultas de cardiología es claramente menor que óptimo. El haber sufrido un evento cardiovascular agudo se asocia a mejor cumplimiento terapéutico.

RV-151 CRONOTERAPIA CON DOXAZOSINA GITS EN PACIENTES HIPERTENSOS DIPPER Y NO-DIPPER

R. Hermida¹, M. Rodríguez², J. López Paz², D. Ayala¹, L. Chayan², M. Romero², M. Pazo² y C. Calvo²

¹Laboratorio de Cronobiología y Bioingeniería. Universidad de Vigo. Vigo, Pontevedra. ²Unidad de Hipertensión y Riesgo Vascular. Hospital Clínico Universitario. Santiago de Compostela, A Coruña.

Objetivos. Algunos estudios han documentado efectos diferentes de la medicación antihipertensiva en función del perfil basal de la presión arterial (PA), dipper o no-dipper, de los pacientes hipertensos. En particular, la doxazosina parece tener mayor eficacia en la reducción de la media nocturna de la PA en los pacientes no-dipper. Por otra parte, la curva dosis-respuesta, la cobertura terapéutica y la eficacia antihipertensiva de la Doxazosina GITS utilizada en monoterapia para el tratamiento de la hipertensión arterial dependen marcadamente de la hora del día de administración del fármaco [Chronobiol Int. 2004;277-96]. Por ello, hemos comparado los efec-

tos sobre el perfil circadiano de la PA de la administración temporalizada de Doxazosina GITS en terapia combinada en pacientes hipertensos dipper y no-dipper.

Material y métodos. Se estudiaron 52 pacientes dipper y 118 no-dipper con hipertensión arterial esencial ligera-moderada no controlados (82 varones y 88 mujeres) de $56,2 \pm 10,5$ años de edad. Los pacientes estaban tratados en biterapia con una combinación de ARA-II o IECA con un diurético o un BCC dihidopiridínico. Los pacientes fueron asignados aleatoriamente a dos grupos en función de la hora de administración de 4 mg/día de Doxazosina GITS: a la hora de levantarse o bien a la hora de acostarse. En todos los casos se realizó una evaluación clínico-biológica; la PA se monitorizó durante 48 horas y la actividad física se monitorizó cada minuto con un actígrafo, para calcular las medias diurna y nocturna de PA de cada paciente en función de su actividad y descanso.

Resultados. Con independencia del perfil basal de los pacientes, la reducción de PA después de añadir Doxazosina GITS al esquema terapéutico inicial fue significativamente mayor con la administración nocturna (8,3 y 6,2 mmHg en la media de 24 horas de la PA sistólica y diastólica, respectivamente, en dippers; 7,2 y 5,7 mmHg en nodippers; frente a 2,0 y 3,0 mmHg con la administración matutina en dippers; 2,7 y 3,1 mmHg en no-dipper; $p < 0,001$ entre horas de tratamiento). No hubo diferencias de eficacia entre dippers y no-dipper con independencia de que la doxazosina se administrase al levantarse ($p > 0,748$) o al acostarse ($p > 0,626$). La profundidad de la PA se redujo significativamente después de administrar la doxazosina al levantarse ($p < 0,012$ tanto en dippers como en no-dipper), debido a su cobertura terapéutica menor de 12 horas.

Conclusiones. Independientemente del perfil basal de los pacientes, la Doxazosina GITS administrada en terapia combinada al levantarse no proporciona cobertura terapéutica durante las 24 horas post-dosis, alterando el perfil circadiano de la PA hacia un perfil más no-dipper. Sin embargo, la Doxazosina GITS administrada al acostarse reduce significativamente la PA tanto durante el ciclo de actividad como durante el período de descanso nocturno en pacientes dipper y no-dipper, siendo esta eficacia terapéutica consistentemente mayor que con la administración matutina del fármaco.

RV-152

CRONOTERAPIA CON NIFEDIPINO GITS Y PRESIÓN DEL PULSO AMBULATORIA EN LA HIPERTENSIÓN ARTERIAL ESENCIAL

R. Hermida¹, D. Ayala¹, J. López Paz², M. Rodríguez², L. Chayan², M. Fontao¹, M. Romero² y C. Calvo²

¹Laboratorio de Cronobiología y Bioingeniería. Universidad de Vigo. Vigo, Pontevedra. ²Unidad de Hipertensión y Riesgo Vascular. Hospital Clínico Universitario. Santiago de Compostela, A Coruña.

Objetivos. El aumento de presión de pulso (PP) es un marcador independiente de riesgo cardiovascular (RCV). Además, la media nocturna de la PP correlaciona mejor que la media diurna con diferentes marcadores de RCV. En este estudio hemos investigado los efectos dependientes de la hora del día de administración del Nifedipino GITS sobre el perfil circadiano de la PP en pacientes hipertensos.

Material y métodos. Se estudiaron 198 pacientes no tratados con hipertensión arterial esencial ligera-moderada (96 varones y 102 mujeres) de $52,5 \pm 10,7$ años de edad. Los pacientes fueron asignados aleatoriamente a dos grupos en función de la hora de administración de una dosis única de 30 mg/día de Nifedipino GITS en monoterapia: a la hora de levantarse o bien a la hora de acostarse. La PA se monitorizó durante 48 horas. La actividad física se monitorizó cada minuto con un actígrafo de muñeca para calcular las medias diurna y nocturna de PA de cada paciente en función de su actividad y descanso.

Resultados. La reducción de la PP fue significativamente mayor tras la administración nocturna de Nifedipino GITS (reducción de 3,4 mmHg en la media de 24 horas de la PP después de la administración de nifedipino a la hora de levantarse; 5,1 mmHg a la hora de acostarse; $p = 0,032$ entre grupos). Los efectos del Nifedipino GITS sobre la media nocturna de la PP fueron también marcadamente superiores con la administración del fármaco al acostarse (reducción de 3,1 y 4,8 mmHg con la dosis matutina y nocturna, respectivamente; $p = 0,027$ entre grupos). La profundidad de la PP (descenso nocturno con respecto a la media diurna de la PP) no se modificó

después del tratamiento con Nifedipino GITS con independencia de la hora de su administración ($p > 0,270$).

Conclusiones. El Nifedipino GITS reduce de forma eficaz la PP a lo largo de las 24 horas con independencia de la hora del día de su administración. La administración de nifedipino al acostarse, sin embargo, es significativamente más eficaz que el tratamiento al levantarse para el control de la media nocturna de la PP, un marcador de riesgo cardiovascular más relevante que la media diurna o de 24 horas de la PP. El aumento de eficacia sobre la PP tras la dosis nocturna sugiere que, para una mayor reducción de riesgo cardiovascular, el Nifedipino GITS debería ser administrado al acostarse, especialmente en ancianos y pacientes con hipertensión sistólica aislada, aspecto que debe ser investigado de forma prospectiva.

RV-153

INFRAESTIMACIÓN DE LA ENFERMEDAD RENAL EN CONSULTAS DE CARDIOLOGÍA. ESTUDIO RICAR

P. Wikman Jorgensen¹, V. Bertomeu González², L. Fácila³, J. González Juanatey⁴, P. Mazón Ramos⁴, J. Quiles², V. Bertomeu Martínez² y J. Guindo⁵

¹Servicio de Medicina Interna, ²Servicio de Cardiología. Hospital Universitari Sant Joan d'Alacant. Sant Joan d'Alacant, Alicante.

³Servicio de Cardiología. Hospital General de Castelló.

⁴Castellón de la Plana/Castelló de la Plana, Castellón.

⁵Servicio de Cardiología. Complejo Hospitalario Universitario de Santiago.

⁶Santiago de Compostela, A Coruña.

⁷Servicio de Cardiología. Fund. de Gest. Sanitaria de l' Hospital de la Sta. Creu i Sant Pau. Barcelona.

Objetivos. Las alteraciones en la función renal suponen un incremento de riesgo cardiovascular en la población general y especialmente en pacientes hipertensos. Actualmente se han desarrollado métodos sencillos y sensibles para la detección de disfunción renal. Sin embargo estas medidas no parecen estar implementadas en muchos de los médicos responsables del tratamiento de la hipertensión.

Material y métodos. El estudio RICAR es un registro observacional transversal multicéntrico, realizado en 1.224 pacientes vistos en consultas de Cardiología con el diagnóstico de hipertensión arterial (HTA). Se recogieron los antecedentes y factores de riesgo cardiovascular, así como los datos de laboratorio básicos y la TFG estimada.

Resultados. La edad media de la muestra de pacientes fue 67 ± 10 años, con un 61% de varones, un 33% de diabéticos y un 59% de dislipémicos. El 79% (993) tenían niveles de creatinina sérica $< 1,3$ mg/dl. La tasa de pacientes a los que se determinó la MAU fue del 34%, y de estos un 49% presentaron MAU (> 30 mg/24 horas). La tasa de pacientes a los que se calculó la TFG fue del 11%, y de ellos un 38% presentaron disfunción renal al menos moderada (TFG < 60 ml/min) y un 79% disfunción renal al menos ligera (TFG < 90 ml/min). En los pacientes con creatinina sérica normal ($< 1,3$ mg/dl) al determinar la TFG un 19% tenía disfunción renal al menos moderada y en un 76% dicha alteración era al menos ligera.

Conclusiones. El grado de utilización de los métodos recomendados para el diagnóstico precoz de la enfermedad renal crónica fue muy escaso entre los pacientes hipertensos vistos en consultas de cardiología. La elevada tasa de pacientes con algún grado de disfunción renal encontrada entre aquellos inicialmente etiquetados como con función renal normal (creatinina sérica $< 1,3$ mg/dl) indica una inadecuada valoración del riesgo y establecimiento de los objetivos terapéuticos.

RV-154

ADMINISTRACIÓN TEMPORALIZADA DE NIFEDIPINO GITS Y PRESIÓN ARTERIAL AMBULATORIA EN PACIENTES HIPERTENSOS

R. Hermida¹, M. Rodríguez², J. López Paz², D. Ayala¹, L. Chayan², M. Fontao¹, M. Pazo² y C. Calvo²

¹Laboratorio de Cronobiología y Bioingeniería. Universidad de Vigo. Vigo, Pontevedra. ²Unidad de Hipertensión y Riesgo Vascular. Hospital Clínico Universitario. Santiago de Compostela, A Coruña.

Objetivos. Diversos estudios, generalmente en grupos muy reducidos de pacientes, ha indicado que el perfil circadiano de presión arterial

(PA) no se modifica con la administración matutina o nocturna de diversos BCC, incluyendo Amlodipino, isradipino, verapamilo, nitrendipino y cilnidipino. El edema en extremidades inferiores es más prevalente tras la administración de BCC dihidropiridínicos que con otros antihipertensivos. Sin embargo, se ha sugerido pero no demostrado que la incidencia de edema podría disminuirse con la administración nocturna de los BCC. Nuestro objetivo ha sido investigar la eficacia antihipertensiva, el perfil de seguridad y los efectos sobre la regulación del perfil circadiano de PA del Nifedipino GITS administrado en monoterapia a distintas horas en función del ciclo de actividad y descanso de cada paciente.

Material y métodos. Se estudiaron 180 pacientes no tratados con hipertensión arterial esencial ligera-moderada (86 varones y 94 mujeres) de $52,5 \pm 10,7$ años de edad. Los pacientes fueron asignados aleatoriamente a dos grupos en función de la hora de administración de una dosis única de 30 mg/día de Nifedipino GITS en monoterapia: a la hora de levantarse o bien a la hora de acostarse. La PA se monitorizó durante 48 horas. La actividad física se monitorizó cada minuto con un actígrafo de muñeca para calcular las medias diurna y nocturna de PA de cada paciente en función de su actividad y descanso.

Resultados. La reducción de PA después de 2 meses de tratamiento fue mayor cuando el Nifedipino GITS se administró al acostarse ($9,1$ y $5,8$ mmHg en la media de 24 horas de la PA sistólica y diastólica, respectivamente, después del tratamiento por la mañana; $12,7$ y $7,6$ mmHg después del tratamiento al acostarse; $p = 0,039$ entre grupos). La eficacia terapéutica fue mayor en la media nocturna de la PA cuando el Nifedipino GITS se administró al acostarse (reducción de $7,8$ y $4,7$ mmHg en la media nocturna de la PA sistólica y diastólica con la dosis matutina; $12,6$ y $7,8$ mmHg con la dosis nocturna; $p = 0,005$). La profundidad de la PA se redujo ligeramente después del tratamiento matutino, pero aumentó después del tratamiento nocturno, especialmente para la PA diastólica ($p = 0,035$). La administración de Nifedipino GITS a la hora de acostarse redujo la incidencia de edema del $14,8$ al $1,1\%$ y la de efectos secundarios totales del $17,1$ al $3,2\%$ con respecto a la administración matutina ($p = 0,002$).

Conclusiones. El Nifedipino GITS reduce de forma eficaz la PA a lo largo de las 24 horas con independencia de la hora del día de su administración. El aumento de eficacia sobre la PA nocturna sin pérdida de eficacia sobre la media diurna, el aumento en profundidad de la PA hacia un perfil más dipper y, sobre todo, la importante mejora del perfil de seguridad indican que, en pacientes con hipertensión arterial esencial, el Nifedipino GITS debería ser administrado preferentemente a la hora de acostarse.

RV-155 CRONOTERAPIA ANTIHIPERTENSIVA CON TORASEMIDA Y EFECTO SOBRE EL DOBLE PRODUCTO (PRESIÓN ARTERIAL-FRECUENCIA CARDÍACA)

C. Calvo¹, R. Hermida², J. López Paz¹, M. Rodríguez¹, L. Chayan¹, M. Romero¹, M. Fontao² y D. Ayala²

¹Unidad de Hipertensión y Riesgo Vascular. Hospital Clínico Universitario. Santiago de Compostela, A Coruña. ²Laboratorio de Cronobiología y Bioingeniería. Universidad de Vigo. Vigo, Pontevedra.

Objetivos. El doble producto (DP, presión arterial (PA) sistólica multiplicada por la frecuencia cardíaca (FC)) en un indicador de demanda de oxígeno en el miocardio, que se correlaciona con la angina y la isquemia. La Torasemida es un diurético de asa utilizado con frecuencia, a dosis altas, para el tratamiento de insuficiencia cardíaca congestiva y, a dosis bajas, de hipertensión [Drug Saf. 1996;14:104-20]. Los efectos de la Torasemida sobre el patrón circadiano del DP y la posible dependencia de su eficacia en función de la hora del día de su administración no han sido documentados hasta el momento. Por ello, hemos investigado los efectos de la administración temporalizada de Torasemida sobre el DP en pacientes hipertensos.

Material y métodos. Se estudiaron 90 pacientes con hipertensión arterial esencial ligera-moderada (39 hombres y 51 mujeres) de $51,9 \pm 12,8$ años de edad, sin tratamiento antihipertensivo previo, y asignados aleatoriamente a dos grupos en función de la hora de administración de una dosis única de 5 mg/día de Torasemida en monoterapia: a la hora de levantarse o bien a la hora de acostarse. En

todos los casos se realizó una evaluación clínico-biológica; la PA se monitorizó durante 48 horas y la actividad física se monitorizó cada minuto con un actígrafo, para calcular las medias diurna y nocturna de PA de cada paciente en función de su actividad y descanso.

Resultados. La reducción de PA después de 6 semanas de tratamiento en monoterapia con Torasemida fue mayor con la administración nocturna ($12,9$ y $8,9$ mmHg en la media de 24 horas de la PA sistólica y diastólica, respectivamente) que con su administración matutina ($6,1$ y $3,2$ mmHg en PA sistólica y diastólica, respectivamente; $p < 0,004$ entre grupos). El porcentaje de pacientes con PA ambulatoria controlada después del tratamiento fue significativamente mayor cuando la Torasemida se administró a la hora de acostarse (61 frente al 23% , $p < 0,001$). La FC aumentó ligeramente después de la administración matutina ($1,7$ latidos/minuto, $p = 0,038$) y disminuyó después de la administración nocturna ($2,1$ latidos/minuto, $p = 0,002$). La media de 24 horas del DP no se modificó después de la administración de Torasemida al levantarse ($p = 0,272$), pero disminuyó significativamente en un 12% después de su administración al acostarse (1.150 mmHg \times latidos/minuto).

Conclusiones. La Torasemida, a la dosis de 5 mg/día, utilizada en el tratamiento de hipertensión, es efectiva para la reducción del DP, un marcador relevante de riesgo cardiovascular, sólo cuando se administra a la hora de acostarse. Las diferencias en eficacia, duración del efecto antihipertensivo, e impacto sobre el DP en función de la hora de administración de Torasemida deben ser tenidas en cuenta cuando se administre este diurético de asa en el tratamiento de pacientes con hipertensión arterial esencial.

RV-156 INFLUENCIA DE LA FUNCIÓN RENAL EN EL TRATAMIENTO PRESCRITO A PACIENTES VISTOS EN CONSULTAS DE CARDIOLOGÍA

P. Wikman Jorgensen¹, V. Bertomeu González², L. Fácila³, J. González Juanatey⁴, P. Mazón Ramos⁴, J. Quiles², V. Bertomeu Martínez² y J. Guindo⁵

¹Servicio de Medicina Interna, ²Servicio de Cardiología. Hospital Universitari Sant Joan d'Alacant. Sant Joan d'Alacant, Alicante.

³Servicio de Cardiología. Hospital General de Castelló.

⁴Castellón de la Plana/Castelló de la Plana, Castellón. ⁵Servicio de Cardiología. Complejo Hospitalario Universitario de Santiago.

Santiago de Compostela, A Coruña. ⁵Servicio de Cardiología. Fund. de Gest. Sanitaria de l' Hospital de la Sta. Creu i Sant Pau. Barcelona.

Objetivos. La amplia gama de tratamientos antihipertensivos disponibles en la actualidad obliga a una individualización del tratamiento del paciente hipertenso. Las recomendaciones de las principales sociedades internacionales recomiendan la elección de dicho tratamiento en función de la valoración del riesgo global del paciente. Para ello la determinación de la presencia de algún grado de disfunción renal es clave. El objetivo de este estudio ha sido determinar la influencia que ha tenido en el tratamiento la determinación de la tasa de filtrado glomerular (TFG) en pacientes hipertensos vistos por cardiólogos.

Material y métodos. El estudio RICAR es un registro observacional, transversal, multicéntrico realizado en 1.224 pacientes vistos en servicios de Cardiología con el diagnóstico, entre otros, de hipertensión arterial. Se recogieron los antecedentes y factores de riesgo cardiovascular, así como los datos de laboratorio básicos y la TFG estimada.

Resultados. La TFG se calculó al 11% de los pacientes incluidos en el estudio. La tasa de disfunción renal al menos moderada fue del 39% según la TFG (< 60 ml/min) y del 13% según la creatinina sérica ($> 1,3$ mg/dl). Sin embargo los tratamientos empleados tan solo difirieron en un mayor empleo de los diuréticos de asa (31% vs 20% , $p = 0,003$) y los antialdosterónicos (14% vs 8% , $p = 0,017$). El bloqueo del sistema renina angiotensina aldosterona fue idéntico ($20,7\%$ en ambas) con una tendencia al mayor uso de IECAS (45% vs 37% , $p = 0,069$) y menor de ARA2 (36% vs 44% , $p = 0,054$) en los pacientes a los que se había calculado. La utilización de fármacos tiazídicos, betabloqueantes, alfabloqueantes o antagonistas del calcio fue similar.

Conclusiones. El tratamiento de los pacientes a los que se calculó la TFG no se modificó como resultado de dicha determinación. Los

cardiólogos no parecen estar concienciados de la necesidad de administrar un tratamiento antihipertensivo específico a los pacientes con disfunción renal moderada, quizá esto explique las bajas tasas de determinación de la función renal mediante la TFG.

RV-157**FACTORES DE RIESGO CARDIOVASCULAR EN PACIENTES DIABÉTICOS SEGÚN EL SEXO**

J. Figueira Coelho, S. Lourenço, A. Pires, P. Mendonça, C. Loureiro y A. Murinello

Servicio de Medicina 1. Hospital de Curry Cabral. Lisboa, Portugal.

Objetivos. Las diferencias de riesgo cardiovascular entre los dos sexos han sido tema frecuente de debate. Este trabajo tiene como objetivo comparar la prevalencia de los factores de riesgo cardiovasculares en ambos sexos en pacientes con diagnóstico de diabetes mellitus tipo 2.

Material y métodos. Estudio retrospectivo de los procesos de los pacientes ingresados en el 2005 con el diagnóstico de diabetes mellitus tipo 2. En cada proceso se analizaron: sexo, edad, duración del ingreso, glucemia inicial, presencia de hipertensión (HTA), dislipidemia, enfermedad vascular conocida (enfermedad coronaria, cerebrovascular o arterial periférica) y mortalidad. El análisis de prevalencia de tabaquismo no se incluyó por ausencia de datos en los procesos. Los pacientes se han dividido en dos grupos según los sexos. Se han comparado los resultados entre dichos grupos.

Resultados. De un total de 472 ingresos 97 (20,5%) han sido de pacientes con diabetes mellitus tipo 2, con 59 (60,8%) pacientes de sexo masculino y 38 (39,2%) femenino. Las mujeres tenían en media edad superior (75,7 contra 71,5 años). El tiempo de ingreso fue superior entre los hombres, con 10,5 días de media. En el conjunto 81% de los pacientes padecía HTA, 30% dislipidemia y 39,6% enfermedad vascular previa. El análisis por sexos demostró una mayor prevalencia de HTA en el sexo masculino (71,1 contra 68,4% en el sexo femenino), pero menor prevalencia en este grupo de dislipidemia (22 contra un 23,7%) y de enfermedad vascular previa (42,4 contra un 50% entre las mujeres). En admisión la media de glucemias era muy similar entre ambos sexos, con un valor medio de 214 mg/dL. En total la mortalidad fue de 18,5% (un total de 18 pacientes), lo que supone una media superior a la de enfermería para el mismo período. La mayor mortalidad se verificó entre las mujeres (26,3%).

Conclusiones. Aunque los resultados resultaron similares entre los dos sexos los hombres han demostrado una mayor tendencia a la hipertensión. La mortalidad y la enfermedad vascular previa fueron significativamente superiores en el sexo femenino, aunque este resultado sea difícil de valorar por el reducido número de pacientes. Se necesitan estudios más amplios para determinar si las diferencias en la prevalencia de factores de riesgo cardiovascular son diferentes según los sexos en los pacientes diabéticos.

RV-158**HIPERTENSIÓN ARTERIAL SECUNDARIA EN UNA COHORTE DE PACIENTES CON HTA RESISTENTE**

M. López Carmona¹, M. Carrillo de Albornoz², M. Ayala Gutiérrez¹, F. Salgado¹, S. Jansen¹, J. Martínez González¹, P. Aranda Lara³ y R. Gómez Huelgas¹

¹Servicio de Medicina Interna, ²Servicio de Nefrología. Complejo Hospitalario Carlos Haya. Málaga. ³Escuela de Medicina Deportiva. Complejo Hospitalario Virgen de la Victoria. Málaga.

Objetivos. Estudiar la prevalencia de HTA secundaria en una muestra con criterios de HTA resistente.

Material y métodos. Se analizan prospectivamente 180 pacientes que se derivan de Atención primaria a la consulta CARE de HTA bajo el epígrafe de HTA resistente. Se realizó una búsqueda activa de HTA secundaria y de desencadenantes o factores descompensantes de la misma. En primer lugar, se realizó un cribaje. Se consideraba con HTA resistente aquellos pacientes con cifras de TA superior a 140/90 pese a la administración de un tratamiento anti-hipertensivo con tres o más fármacos. Se excluyeron aquellos que no tomaban, al menos, tres fármacos a dosis plenas, incluyendo un diurético. Se

excluyeron aquellos pacientes con una dosis de diurético inferior o igual a 12,5 mg de Hidroclorotiazida, o 2,5 mg de torasemida o 20 mg de furosemida. De los 180 pacientes iniciales se excluyeron 56 (47 tomaban diuréticos a dosis consideradas como bajas y 9 pacientes no tomaban diuréticos). En segundo lugar, se realizaba a todos los pacientes una batería de test estando el mismo día en que acúa a consulta. (ecografía abdominal, EKG, RX torax y analítica básica de sangre y orina). En tercer lugar, se realizaban una serie de estudios más específicos y enfocados al problema sospechado (estudio hormonal; TSH, PTH, Cortisol, ACTH, ARP, Aldosterona, metanefrinas urinarias), ecocardiografía, Polisomnografía, MAPA, Nefrograma isotópico, angiorrsonancia, arteriografía renal.

Resultados. Causas de HTA secundaria: Por fármacos; 23. (Por aines; 18;; esteroides; 5). Renal, 32; (IRC; 18; monorreño; 3; Vascularrenal; 10; poliquistosis; 1;). Obesidad morbida; 9. Endocrina: 11; (suprarrenal; hiperaldosteronismo hiporreninémico; 6; Tiroides; Hipotiroidismo; 5). Saos;; 2; SNC; 2 (Hemorragia intraparenquimatoso con HT intracraneal 2). Otros: 2 (saturismo; 1; vascular; coartación aórtica 1). Abandono estudio; 3 Total: 124; HTA Esencial: 41; Secundaria 81; abandonos: 3.

Discusión. Se considera que la hipertensión arterial secundaria tiene una prevalencia del 5-10%. En nuestro estudio encontramos cifras mucho más altas. Estos resultados vendrían dados por las características particulares de la muestra, ya que está población ha sido sometida a un cribaje estricto y coordinado entre Atención Primaria y CARE. Dicha selección provoca que de la población atendida en una consulta especializada se adapten la pruebas más específicas y costosas según necesidades y medios que se disponen, para obtener la alta rentabilidad que un centro de tercer nivel puede ofrecer. El interés específico de localizar una causa de HTA secundaria o factor descompensador de la TA estriba en la posibilidad de establecer un tratamiento causal, en ocasiones curativo, y en su defecto uno específico, para la patología en cuestión.

Conclusiones. La prevalencia de HTA secundaria en una muestra de HTA resistente es muy alta. Un modelo de consulta especializada de alta resolución, coordinado con Atención primaria, puede influir decisivamente en la selección óptima de aquellos pacientes con HTA resistente. El estudio diagnóstico de HTA secundaria en poblaciones de este tipo puede ser altamente rentable.

RV-159**HTA RENOVASCULAR EN UNA COHORTE DE DEPORTISTAS HIPERTENSOS**

J. Martínez González¹, M. Carrillo de Albornoz², J. García Romero², M. Ayala Gutiérrez¹, J. Martínez González¹, N. Muñoz Roca¹, P. Aranda Lara³ y R. Gómez-Huelgas¹

¹Servicio de Medicina Interna, ²Servicio de Nefrología. Complejo Hospitalario Carlos Haya. Málaga. ³Escuela de Medicina Deportiva. Complejo Hospitalario Virgen de la Victoria. Málaga.

Objetivos. El interés despertado por la muerte súbita en el deportista y la preconización de una cultura de actividad física en la población obliga a valorar detalladamente a los sujetos con una actividad física importante. Se pretende identificar HTA secundaria de causa vascularrenal en una cohorte de pacientes deportistas de competición hipertensos.

Material y métodos. Se analiza una muestra de 22 pacientes hipertensos que compiten en alguna modalidad deportiva y que vienen siendo seguidos y tratados en nuestro servicio. Se realizó una búsqueda exhaustiva de HTA secundaria (analítica básica, Rx-Torax, EKG, perfil tiroideo, cortisol y acth, ARP y aldosterona, PTH, metanefrina en orina 24h, MAPA y ecografía abdominal). A aquellos pacientes que lo requirieron se realizó Gammagrafía/nefrograma isotópico y angio-RMN/arteriografía de arterias renales. A todos los paciente se les realizó un ergometría deportiva con monitorización de TA y consumo de oxígeno al inicio y tras control farmacológico. **Resultados.** Se detectaron 4 casos con HTA secundaria renovasculares. Todos los pacientes pudieron ser controlados correctamente con una terapia basada en VALSARTAN con la adición posterior, cuando fue preciso, de diltiazem de liberación retardada y doxazosina neo. No se encontró una reacción hipertensiva exagerada ni diferente en la ergometría deportiva basal ni posterior al tratamiento. No mostraron mayor consumo de oxígeno, en la ergometría, los pacientes con HTA secundaria. No precisaron una mayor dosis, ni

un mayor número de fármacos los pacientes con HTA secundaria. Los cuatro casos de HTA secundaria tenían una buena posibilidad terapéutica de su HTA secundaria.

Discusión. La HTA presenta una prevalencia 50% menor en los pacientes deportistas de competición. Se ha descrito que los pacientes con HTA secundaria presentan una reacción hipertensiva exagerada en la ergometría, así como un patrón non-dipper en la MAPA más frecuentemente. También se considera que estos pacientes precisen más medicación para su óptimo control. El tratamiento con IECAs o ARA-II se ha preconizado como tratamiento de elección en el paciente deportista hipertenso. También se ha preconizado un efecto beneficioso de la acción antiarrítmica de los ARA-II. Sin embargo no encontramos episodios arrítmicos de consideración durante las ergometrías.

Conclusiones. La prevalencia de HTA secundaria en nuestro grupo es, al menos, el doble de la reconocida para la población general. En el deportista de competición, no resulta buen marcador de HTA secundaria la reacción hipertensiva ante el ejercicio ni la pérdida del patrón dipper. Debería realizarse una búsqueda exhaustiva de HTA renovascular en todos los pacientes hipertensos que desarrollen una actividad deportiva de competición, teniendo en cuenta que difícilmente se encontrará un estudio similar en una cohorte tan grande de deportista de competición.

RV-160

FACTORES DE MAL PRONÓSTICO EN LA ENFERMEDAD ARTERIAL ASOCIADOS A PADECER UN NUEVO EVENTO CARDIOVASCULAR MAYOR. REGISTRO FRENA

C. Sanclemente¹, R. Coll², J.M. Suriñach³, M. Camafort⁴, M. Pérez⁵, F. Martínez Peñalver⁶, M.T. Pascual⁷ y el Grupo FRENA

¹Servicio de Medicina Interna. Hospital General de Vic, Barcelona.

²Rehabilitación, ³Servicio de Medicina Interna. H. Universitari Germans Trias i Pujol. Badalona, Barcelona.

⁴Servicio de Medicina Interna. Hospital General Vall d'Hebron, Área General. Barcelona.

⁵Servicio de Medicina Interna. Hospital Comarcal Móra d'Ebre. Móra d'Ebre, Tarragona.

⁶Servicio de Medicina Interna. Hospital General Universitario de Elche. Elche/Elx, Alicante.

⁷Servicio de Medicina Interna. Hospital Virgen Macarena. Sevilla.

Objetivos. Ver si existen factores clínicos o biológicos asociados a padecer un nuevo evento cardiovascular mayor al año de haberse producido el primero. Definir las características clínicas de los pacientes y ver si existen diferencias de género.

Material y métodos. FRENA es un registro multicéntrico prospectivo, que incluye pacientes de forma consecutiva que hayan presentado una enfermedad isquémica arterial de cualquier localización en los 3 meses previos a su inclusión, seguidos por lo menos 12 meses. Se han analizado las variables edad, sexo, índice de masa corporal (IMC), comorbilidades, presentación clínica inicial, datos exploratorios y terapéuticos, así como la mortalidad global, mortalidad vascular y aparición de nuevos episodios vasculares.

Resultados. Hasta mayo de 2006 se han incluido en el registro 2017 pacientes con un seguimiento de un año de 1.471 pacientes (27% mujeres). La forma de presentación fue como: enfermedad arterial periférica (EAP) 473, coronariopatía (ECC): 538 y enfermedad vascular cerebral (EVC) 451. Un 46% de las mujeres tuvieron como forma de presentación la enfermedad vascular cerebral, en cambio los varones un 38% como ECC y un 36% se presentó como EAP y no existiendo diferencias significativas para la ECC entre mujeres y varones. La distribución de factores de riesgo cardiovascular (FRCV) es diferente: las mujeres tienen más edad, más diabetes ($p < 0,001$), más índice de masa corporal ($p = 0,001$), más hipertensión ($p < 0,001$) con un peor control durante el seguimiento, más colesterol total y c-HDL ($p < 0,001$) y c-LDL $p = 0,028$, más insuficiencia cardíaca $p = 0,005$. Los varones son más fumadores y tienen más EPOC. El 14% de las mujeres desarrollaron un evento cardiovascular mayor siendo el más frecuente la isquemia de extremidades inferiores (4,8%) versus un 9,5% de los varones.

Conclusiones. En la mujer la forma de presentación más frecuente fue la enfermedad vascular cerebral, los FRCV se distribuyen de forma diferente en ambos sexos. Las mujeres presentan una incidencia más elevada de eventos cardiovasculares mayores, un 15,7/100

pacientes respecto a los varones 6,7/100 pacientes $p = 0,009$. En el análisis multivariable el riesgo para sufrir un nuevo evento cardiovascular mayor se asoció a: la edad > 70 años, la diabetes, la insuficiencia cardíaca y que la forma de presentación inicial fuera la EAP. El uso de estatinas se asoció a un menor riesgo. Es importante tener identificados los factores de mal pronóstico en la enfermedad arterial y a los pacientes que les añaden un riesgo mayor para actuar más agresivamente sobre los mismos.

ENFERMEDAD TROMBOEMBÓLICA

T-1

TROMBOFLEBITIS SÉPTICA PÉLVICA PUERPERAL: UN RETO DIAGNÓSTICO-TERAPÉUTICO TAMBIÉN PARA LOS INTERNISTAS

M. Carrasosa Porras¹, I. Abascal Carrera¹, M. Cano Hoz¹, M. Fernández-Ayala Novo¹, E. De la Puente Campano², A. Colina Martín², R. Martínez del Olmo² y C. Vázquez Olaz²

¹Servicio de Medicina Interna, ²Servicio de Ginecología y Obstetricia. Hospital Comarcal de Laredo. Laredo, Cantabria.

Objetivos. Análisis de los casos de tromboflebitis séptica pélvica (TSP) puerperal diagnosticados en el Hospital de Laredo.

Material y métodos. Estudio retrospectivo de los casos de TSP puerperal diagnosticados en nuestro centro durante el periodo enero 1992-diciembre 2006. Para la inclusión como caso se exigió la presencia de los 3 criterios siguientes: (1) fiebre y/o dolor abdominal tras cesárea o parto vaginal, de causa no aclarada; (2) pruebas de imagen (ecografía y/o TAC) y/o intervención quirúrgica que revelasen la existencia de trombosis venosa pélvica; (3) desaparición de la fiebre con anticoagulación (heparina Na iv) y antibioterapia simultáneas.

Resultados. Se diagnosticaron 3 casos de TSP puerperal en el período referido. Las pacientes tenían 23 (paciente 1), 26 (paciente 2) y 36 años (paciente 3). La primera ingresó en 1994 y las otras 2 en 2001. Ninguna de ellas refería antecedentes personales o familiares de enfermedad tromboembólica venosa (ETE) y/o arterial ni había sido sometida a estudio para descartar estado de hipercoagulabilidad. En los tres casos se realizó cesárea. La primera paciente presentó fiebre desde el 2º día post-cesárea, la segunda desde el 5º día y la tercera desde el 3º. Además, la paciente 1 refirió dolor abdominal difuso el primer día de fiebre. A pesar del tratamiento antibiótico iv de amplio espectro, la fiebre se mantuvo en los tres casos, con patrón diario y en picos de hasta 39,5 grados. El diagnóstico de TSP puerperal se llevó a cabo mediante ecografía abdominal e intervención quirúrgica en la paciente 1 (trombosis de vena ovárica derecha), ecografía y TAC abdominal en la paciente 2 (trombosis de vena ovárica derecha) y TAC abdominal en la tercera (trombosis de ambas venas ováricas). La cavografía realizada en la paciente 1 y la TAC efectuada en la paciente 2 revelaron la coexistencia de trombosis en vena cava inferior. Tras la adición de heparina Na iv al tratamiento antibiótico, las pacientes quedaron afebriles a los 48 horas, 6 días y 24 horas (casos 1, 2 y 3, respectivamente). El número de plaquetas, la actividad de protrombina y el TTPA fueron normales y la serología HIV y los hemocultivos fueron negativos. En los tres casos actuó como consultor un internista. La estancia media global fue de 25,6 días. Las pacientes mantuvieron tratamiento anticoagulante oral durante 6 meses, sin complicaciones hemorrágicas ni evidencia de recurrencia clínica de ETEV. A la paciente 1 se le realizó nueva cesárea 6 años tras el alta, esta vez sin problemas.

Discusión. La TSP es una entidad poco frecuente, descrita hace aproximadamente 50 años y relacionada en la mayor parte de los casos con el estado puerperal (prevalencia: 1/400 cesáreas; 1/13.000 partos vaginales). Para explicar su aparición en este contexto se han esgrimido dos factores principales: (1) presencia de la triada de Virchow (hipercoagulabilidad, cambios favorecedores en la pared de las venas y flujo sanguíneo venoso lentificado) y (2) existencia de un foco infeccioso pélvico y extensión posterior de la infección hacia las paredes venosas (pélvicas), con trombosis de las mismas y diseminación recurrente de pequeños émbolos sépticos. Sin embargo, a pesar del calificativo de séptica, raramente se ha documentado la presencia de infección en los trombos o paredes venosas y los hemocultivos han sido generalmente negativos. De interés, ningún paciente con TSP ha fallecido por embolia pulmonar secundaria. Los tres casos de TSP puerperal que describimos aparecieron tras cesárea y en todos se plantearon dudas diagnósticas. En nuestra primera paciente hubo de realizarse IQ tras una ecografía sugestiva, la persistencia de la fiebre y la ausencia de otras explicaciones etiológicas alternativas. La evolución clínica fue totalmente favorable asociando tratamiento antibiótico y anticoagulante.

Conclusiones. Creemos que la TSP debe incluirse en el diagnóstico diferencial de la fiebre durante el puerperio y que tanto ginecólogos como internistas debieran tenerlo presente. El tratamiento antibiótico asociado al anticoagulante resulta efectivo.

T-2 PROFILAXIS DE ENFERMEDAD TROMBOEMBÓLICA VENOSA EN LOS PACIENTES INGRESADOS EN MEDICINA INTERNA

J. Velilla Marco, S. Terraza Martín, G. López Larramona, F. Marcilla Córdoba, T. Omiste Sanvicente, A. Comín Orce, A. Pardillos Tomé y J. Aguirre Errasti

Servicio de Medicina Interna. Hospital Universitario Miguel Servet. Zaragoza.

Objetivos. Valorar el grado de cumplimentación de profilaxis de la enfermedad tromboembólica venosa (EDEV) en los pacientes ingresados en un Servicio de Medicina Interna.

Material y métodos. Revisión de las historias clínicas y tratamientos de los pacientes ingresados en el Servicio de Medicina Interna del Hospital Universitario Miguel Servet de Zaragoza, durante 2 cortes, el primero en octubre de 2006 y el segundo en diciembre de 2006 tras la realización de una sesión clínica sobre profilaxis de EDEV.

Resultados. En el primer corte, realizado en octubre de 2006, se recogió documentación relativa a 100 pacientes ingresados en Medicina Interna. El 12% tomaban anticoagulación oral con sintrom o heparina de bajo peso molecular (HBPM) a dosis terapéuticas. El 47% se encontraban en tratamiento profiláctico con HBPM, de los cuales en un 19,1% la dosis era distinta de la recomendada en la guía PRETEMED, y un 8,5% no precisaban profilaxis. El 41% no fueron tratados con HBPM, de los cuales un 41,5% precisaban profilaxis. Globalmente, en el 70% de los pacientes recogidos en octubre se consideró correcta la profilaxis de la EDEV y en el 30% incorrecta. En el segundo corte, realizado en diciembre de 2006, se analizaron 80 pacientes. El 20% tomaban anticoagulación oral con sintrom o HBPM a dosis terapéuticas. El 36,3% recibían profilaxis con HBPM, de los cuales en un 13,8% la dosis no era la recomendada en la guía PRETEMED, y un 10,3% no precisaban profilaxis. El 43,7% no fueron tratados con HBPM, de los cuales un 34,3% precisaban profilaxis. En conjunto, en el 76,3% de los pacientes recogidos en diciembre se consideró correcta la profilaxis con HBPM y en el 23,7% incorrecta. Comprobamos una leve mejoría del grado de cumplimentación en el segundo corte tras la sesión clínica para exponer la adecuada profilaxis de HBPM en nuestros pacientes.

Conclusiones. El porcentaje de cumplimentación de profilaxis de EDEV en nuestros pacientes es elevado y similar a lo descrito en otros Servicios de Medicina Interna, aunque cerca del 25% no reciben una adecuada profilaxis, por lo que es necesario desarrollar estrategias que aumenten el grado de cumplimentación. Proponemos un algoritmo que facilita la autoevaluación del riesgo de EDEV en pacientes médicos, cumpliendo las recomendaciones de la guía PRETEMED y las del ACCP.

T-3 ENFERMEDAD TROMBOEMBÓLICA VENOSA IDIOPÁTICA: ¿QUÉ OCURRE EN EL PERÍODO DE SEGUIMIENTO?

V. Vilchez Aparicio, M. Mir Montero, B. Rodríguez Rodríguez, C. Saéz Béjar y C. Suárez Fernández

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

Objetivos. Existen factores de riesgo (FR) asociados a la Enfermedad tromboembólica venosa (EDEV) pero, en un porcentaje de pacientes no se encuentra un FR conocido, es lo que denominamos EDEV idiopática. En el seguimiento de este grupo de pacientes podemos encontrarnos con neoplasias ocultas y trombofilias. El objetivo de este trabajo es describir las características y los eventos a los 3 y a los 24 meses, de los pacientes diagnosticados de EDEV idiopática, y compararlos con los pacientes con EDEV y un FR conocido.

Material y métodos. Estudio observacional descriptivo, de una cohorte retrospectiva de pacientes diagnosticados de EDEV idiopática e ingresados en los Servicios de Medicina Interna y Neumología del Hospital Universitario de la Princesa, entre marzo del 2001 y junio del 2005. Las variables estudiadas fueron: el sexo, la edad, el tipo de EDEV (TVP y/o EP), el tipo de eventos (hemorragia, recidiva de la EDEV y éxitus, relacionado o no con la EDEV) a los 3 y a los 24 meses de seguimiento y el diagnóstico de neoplasia oculta o trombofilia durante dicho período.

Resultados. Durante el período de tiempo revisado, ingresan en los Servicios mencionados 389 pacientes por EDEV, 294 (75,57%) con FR conocido y 95 (24,42%) en los que no se detectó ningún FR, siendo por tanto EDEV idiopáticas, de éstos, 48 (50,52%) eran hombres y 47 (49,47%) mujeres. 24 (26,08%) debutaron como TVP, 59 (64,13%) como EP y 9 (9,78%) como EP y TVP. La media de edad fue de 70,89 años, la mediana 75 y el rango 79. Los eventos a los 3 meses pudimos valorarlos en 92 pacientes, 11 (11,95%) tuvieron hemorragia, no existiendo diferencias significativas entre las hemorragias en las EDEV idiopáticas y las EDEV con FR conocidos, 7 (7,6%) presentaron recidiva de la enfermedad, con una frecuencia estadísticamente significativa mayor, respecto a los pacientes con EDEV y un FR conocido, excluyendo las neoplasias, mientras que no encontramos diferencias estadísticamente significativas entre las recidivas en las EDEV idiopáticas y las que tienen como FR una neoplasia. 9 (9,78%) fallecieron (5, 5,43%, por causas relacionadas con la EDEV y 4, 4,34%, por causas no relacionadas). Encontramos una incidencia superior, aunque no estadísticamente significativa, en los éxitus relacionados con la EDEV de los pacientes con EDEV idiopática, con respecto a los que tenían un FR conocido (excluyendo las neoplasias). Realizamos una búsqueda de eventos durante un período de seguimiento de 2 años tras el episodio a 79 de los 92 pacientes anteriores (a 9 no les localizamos y 4, habían fallecido en los tres primeros meses): 4 (5,06%) tuvieron complicaciones hemorrágicas, 4 recidivaron (5,06%) y 4 fallecieron (1, 1,26%, por causas relacionadas con la EDEV y 3, 3,79%, por causas no relacionadas). Comparamos los eventos hemorrágicos y las recidivas en las EDEV idiopáticas a los 3 meses y a los 2 años, no encontrando diferencias significativas, aunque sí una incidencia superior de hemorragias a los 3 meses. En esos 2 años, 2 pacientes (2,53%) fueron diagnosticados de neoplasia, y 9 (11,39%) de trombofilia.

Discusión. Al comparar los eventos entre la EDEV idiopática y la EDEV con un FR conocido, solo encontramos diferencias estadísticamente significativas en la recidiva de la enfermedad, posiblemente los pacientes con EDEV idiopática, tienen con más frecuencia trombofilias, a pesar de lo cual en 5 pacientes de nuestro estudio, estaba indicado el estudio de hipercoagulabilidad y no se realizó. Respecto a las neoplasias ocultas, en la cohorte de pacientes revisada, un 2,53% fueron diagnosticados de cáncer, que comparado con series de otros autores sería un porcentaje bajo. Pensamos que esto pueda deberse a que nuestro hospital atiende a una población en su mayoría anciana, y en muchos de ellos se desestimó completar estudios, en parte invasivos, para poder llegar al diagnóstico.

Conclusiones. Ante un episodio de EDEV, siempre debemos indagar los FR, si no encontramos ninguno y lo damos como idiopático, tendremos que tener en cuenta que, un porcentaje importante serán diagnosticados de neoplasia y/o trombofilias.

T-4

FACTORES DE RIESGO PARA ENFERMEDAD TROMBOEMBÓLICA EN EL HOSPITAL VEGA BAJA DE ORIHUELA

V. Rosa Salazar¹, F. Amorós Martínez¹, C. Royo-Villanova Reparaz², I. González Cuello¹, R. Hernández Ros¹ y C. Alcaraz Conesa¹

¹Servicio de Medicina Interna Hospital de la Agencia Valenciana de Salud Vega Baja. Orihuela, Alicante. ²Servicio de Medicina Interna. Hospital General Universitario Reina Sofía. Murcia.

Objetivos. Conocer cuales son los factores de riesgo (FR) más prevalentes en nuestra zona para enfermedad tromboembólica (ETE). Una vez conocidos éstos, saber si entre ellos existían ingresos hospitalarios previos en cualquier servicio de nuestro centro y si se realizó tromboprofilaxis (TP).

Material y métodos. Se realizó una revisión retrospectiva de la historia clínica de 150 pacientes con ETEV diagnosticados de Trombosis Venosa Profunda (TVP) o Embolia de Pulmon (EP) con métodos objetivos y vistos en nuestra Unidad monográfica con un seguimiento mínimo de 3 meses. En éstas se recogieron los datos de los FR y si entre ellos existió ingresos hospitalarios previos (por patología médica o quirúrgica), constatando la existencia o no de TP hospitalaria y domiciliaria.

Resultados. Se revisaron un total 150 pacientes diagnosticados de ETEV. De éstos, 81 (54%) eran hombres y 69 (46%) mujeres, presentando TEP 58 (39%) y TVP 92 (61%) de ellos. Una vez revisados los FR, aparecieron los siguientes resultados: 29 (19%) pacientes no presentaban ningún FR, 121 (81%) presentaron algún FR, y 19 (13%) presentaron 2 o más asociados. El FR más prevalente fue el presentar varices en miembros inferiores (MMII) con un total de 40 (27%) pacientes, después le seguía el cáncer con 26 (17%), [mama 7 (5%) y vejiga con 5 (3%) los más frecuentes]; posteriormente le seguía la inmovilización con 22 (15%), la cirugía en los últimos 2 meses con 13 (9%) pacientes, el presentar antecedente de ETEV previa con 9 (6%), con tratamiento con estrógenos 5 (3%), viaje prolongado de más de 6 horas en las 3 semanas previas con 3 (2%), y el embarazo con 2 (1%) pacientes. Analizando el subgrupo de pacientes con inmovilización como FR, observamos que 11 (50% de este subgrupo) la realizaron en el domicilio, 9 (41%) en el hospital, 1 (5%) en un centro de larga estancia. Y en un nuevo análisis de los pacientes con inmovilización previa hospitalaria, obtenemos que 5 (56% de éstos) habían recibido TP previa y 4 (44%) no. De estos últimos, los 4 (100%) habían presentado un ingreso en un servicio médico (insuficiencia cardíaca, infección aguda, anemia hemolítica y cardiopatía isquémica) y sólo uno (25%) presentaba una contraindicación relativa o absoluta para no recibirla. Al analizar el subgrupo de pacientes con cirugía previa, observamos que 10 (77% del los operados) recibieron TP y 3 (33%) no la recibieron (neurocirugía en un tumor cerebral, herniorrafia inguinal e implantación de marcapasos), aunque en éstos últimos la indicación no quedaba tan clara como en otros casos.

Discusión. Observamos que los factores FR para ETEV más prevalentes en nuestra área son los mismos que los señalados en la literatura, es decir: el cáncer, la inmovilización, y las varices en MMII, así como la existencia en muchas ocasiones de varios FR asociados. La ausencia de éstos en el 19% de los pacientes, concuerda con lo publicado al respecto, y quien sabe, si se trata de un grupo portador de una trombofilia aun desconocida y que se descubrirá en un futuro. El análisis de los subgrupos revela la tendencia en los últimos años de una TP protocolizada en los servicios quirúrgicos, a diferencia de los servicios médicos; que revela la necesidad de hacerlo de forma reglada en estos, y la importancia de las Unidades de ETEV o personas afines a esta patología, en difundir esta actitud. En este camino está la guía Pretemed, que intenta homogeneizar la actitud respecto la TP en patología médica. También en esta línea está el registro RIETE, con una amplia base de datos (más de 19000 pacientes actualmente) donde podemos conocer aun más todo lo relacionado con la ETEV.

Conclusiones. Los FR para ETEV en nuestro área son los mismos que en el resto del país, destacando las varices, el cáncer y la inmovilización. La inmovilización hospitalaria por patología médica es un FR que podría evitarse en algunas ocasiones con TP adecuada, y que debería protocolizarse en cada hospital.

T-5

ANÁLISIS DE LAS TROMBOSIS VENOSAS PROFUNDAS (TVP) EN UNA UNIDAD MÉDICA DE CORTA ESTANCIA (UMCE)

M. Torralba Saura¹, E. López Lozano², M. Gandía Herrero², R. Llanos Llanos¹, O. Casado Meseguer¹ y F. Herrero Huerta²

¹Servicio de Medicina Interna. Unidad Médica de Corta Estancia, ²Servicio de Medicina Interna. Hospital J.M. Morales Meseguer. Murcia.

Objetivos. Análisis retrospectivo tras un año de evolución de pacientes ingresados por TVP en una UMCE en un hospital sin unidad de hospitalización domiciliaria.

Material y métodos. Se seleccionaron y revisaron las historias de los pacientes que fueron dados de alta con el diagnóstico de TVP con al menos un año desde el momento del diagnóstico. Para el estudio estadístico utilizamos test de chi cuadrado para la comparación de variables dicotómicas, y t de Student para comparación de medias.

Resultados. Se incluyen 36 pacientes, 21 (58,3%) mujeres y 15 (41,6%) varones con edad media de 65,33 ± 19 años (69,71 ± 19,09 en mujeres y 59,20 ± 17,68 en varones con p = 0.102). La estancia media fue de 2,88 ± 0,7 días (excluyendo 3 pacientes que precisaron traslado a otros servicios). En 11 pacientes (30,5%) era idiopática. No se identificaron antecedentes familiares. El tiempo de evolución clínica hasta el diagnóstico fue de 8,14 ± 7,51 días. En todos los casos salvo en uno el dímero D fue elevado. La localización fue en extremidades superiores 3 casos y el resto en inferiores (MII 20 (60,6%), MID 13 (39,4%)). El tratamiento se inició con heparina de bajo peso molecular y con dicumarínicos desde el primer día si no existía contraindicación y salvo 3 pacientes (heparina como único tratamiento), el resto se mantuvo con dicumarínicos con una media de 230,62 ± 139,48 días salvo en 6 pacientes que se mantiene de forma indefinida. Solo 12 pacientes (33,3%) usaron correctamente medias de compresión fuerte (30-40 mmHg en tobillo). Ocurrieron 2 hemorragias graves (5%), 1 cerebral tras traumatismo que resultó fatal y 1 muscular con shock hipovolémico y 3 hemorragias leves (8%). De 31 pacientes valorables, 24 (77,4%) presentaban algún síntoma, de los que en 14 eran leves (45,1%), moderado-severo en 10 (32,2%). De los pacientes con síntomas moderado/severos el 50% tenía antecedentes de enfermedad tromboembólica, y solo el 14% de los que no presentaban síntomas o eran leves (p = 0,034). Aunque solo un paciente (9%) en el grupo de los que llevaron medias correctamente no presentó ningún síntoma de síndrome posttrombótico en comparación de 4 (25%) de los que no las llevaron (p = 0.254), la puntuación media según la escala de Villalta para los que llevaron media fue de 3.08 ± 3,2 y de 6,63 ± 7,14 para los que no la llevaron (p = 0,026). En 4 casos de 28 Ecografías al final del tratamiento persistía la TVP (14%). Recidivas aparecieron en 3 casos de 33 (9%), en 2 pacientes de 34 (5,8%) se detectó nueva neoplasia (cáncer y próstata). 3 de 11 estudios de trombofilia (27%) fueron positivos (1 Anticoagulante lúpico y 2 con factor V leiden heterocigoto). Dos (5%) pacientes fallecieron durante el seguimiento, una de 74 años con insuficiencia respiratoria por sobreinfección tras haber completado tratamiento y sin recidiva en ECO y otra de 98 en tratamiento con enoxaparina, con hemorragia cerebral tras traumatismo leve.

Discusión. Se trata de un estudio descriptivo de un pequeño grupo de pacientes en un hospital sin unidad de hospitalización a domicilio ni consulta específica de TVP, pero en el que se puede asistir a pacientes con TVP con estancias poco prolongadas en una UMCE. En este estudio, destaca en relación con el síndrome posttrombótico que la presencia de enfermedad tromboembólica previa es un factor predisponente y que el llevar correctamente medias de compresión se relaciona con menor gravedad, datos que coinciden con los publicados previamente en la literatura.

Conclusiones. 1) La asistencia a muchos pacientes con TVP no precisa de ingresos prolongados, y en casos determinados podrían asistir en domicilio. 2) La presencia de enfermedad tromboembólica previa es un factor de riesgo para el síndrome posttrombótico. 3) Llevar correctamente medias de compresión se relaciona con menor gravedad del síndrome posttrombótico.

T-6 TROMBOSIS VENOSA PROFUNDA EN UNA UNIDAD DE HOSPITALIZACIÓN A DOMICILIO

M. Esquillor Rodrigo¹, V. Jarne Betrán¹, R. Sánchez Pueyo², E. Aznar Villacampa¹, J. Gutiérrez¹, A. Echeverría¹ y F. Escolar Castellón¹

¹Servicio de Medicina Interna. Hospital Reina Sofía. Tudela, Navarra. ²Servicio de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Santa Isabel. Zaragoza.

Objetivos. Realizar un estudio descriptivo de todos los episodios de enfermedad tromboembólica: trombosis venosa profunda, diagnosticados y tratados en la Unidad de Hospitalización a Domicilio del Hospital Reina Sofía de Tudela durante los meses comprendidos entre noviembre 2006 y mayo 2007.

Material y métodos. Revisamos la historia clínica de todos los pacientes ingresados en este Unidad durante 6 meses, y diagnosticados de enfermedad tromboembólica: trombosis venosa profunda. Se recogen los siguientes datos: edad, sexo, territorio venoso afectado mediante eco-doppler, tratamiento recibido, días de ingreso en la unidad y destino al alta.

Resultados. Durante estos 6 meses un total de 21 pacientes fueron diagnosticados de trombosis venosa profunda. 11 varones y 10 mujeres, con una edad media de 73,76 años y una media de 7,04 días de ingreso. 20 pacientes con afectación en extremidad inferior (12 afectación en extremidad inferior izquierda y 8 con afectación de extremidad inferior derecha) y único caso con trombosis a nivel de extremidad superior izquierda tras el uso de catéter venoso. Todos ellos fueron diagnosticados mediante eco-doppler. En cuanto a los territorios afectados: un caso en territorio de vena humeral, axilar y subclavia izquierda, tras ser portador de vía subclavia, 9 casos de afectación en territorio femoropoplíteo, 8 casos de afectación en territorio poplíteo, 1 caso con afectación de vena poplíteo y tibial posterior, 1 caso con afectación de territorio tibial anterior y caso con afectación de tibial posterior. En cuanto al tratamiento recibido 2 pacientes fueron tratados únicamente con heparina de bajo peso molecular a dosis de 1 mg/kg cada 12 horas, y el resto con acenocumarol tras recibir inicialmente heparina de bajo peso. En cuanto al destino final de los pacientes, todos ellos fueron dados de alta por evolución favorable y uno de ellos se complicó con flegmasia cerúlea dolens.

Discusión. La TVP es una enfermedad muy prevalente y de gran importancia pues el 90% de los TEP se originan en el sistema venoso de las EEII. Sobre los factores de riesgo: en un 15-40% no se encuentran, en un 30-50% existe hipercoagulabilidad (congénita o adquirida) y un 50-60% hay algún factor adquirido (inmovilización prolongada, cirugía, traumatismos, ETE previa, cáncer, obesidad, edad avanzada, catéteres centrales, embarazo, postparto, anticonceptivos, IAM, ACV, sepsis, shock...) Las manifestaciones clínicas son dolor, edema blando, calor, cianosis, rubor, cordón venoso palpable, Homans... El diagnóstico suele ser con eco-doppler con gran sensibilidad y especificidad en TVP proximales y algo menor en las distales, aunque la flebografía es el patrón de oro si no se llega al diagnóstico métodos no invasivos. Diagnóstico diferencial: celulitis, tromboflebitis superficial, quiste de Baker, hematoma, edema por éstasis, artritis, linfedema, S. posttrombótico. Tradicionalmente el tratamiento requería ingreso hospitalario para iniciar anticoagulación con HNF i. V. Con la introducción de la HBPM y el desarrollo de las unidades de HAD es posible el tratamiento domiciliario, evitando las complicaciones derivadas del ingreso y favoreciendo el bienestar del paciente. De esta forma, se administra HBPM a dosis única diaria y anticoagulación oral desde el primer día en el domicilio del paciente hasta alcanzar el rango terapéutico (INR entre 2 y 3) para continuar posteriormente seguimiento ambulatorio en consultas externas.

Conclusiones. La edad media de los pacientes estudiados es avanzada. Predominan la trombosis en extremidades inferiores sobre todo a nivel femoropoplíteo y poplíteo. El único caso de trombosis a nivel de miembro superior fue en paciente con catéter previo. El eco-doppler fue la prueba que confirmó el diagnóstico en todos los casos. El tratamiento recibido en estos pacientes fue inicialmente heparina de bajo peso molecular y posteriormente acenocumarol. Un caso se complicó con flegmasia cerúlea dolens.

T-9 TROMBOFILIA EN PACIENTES CON TROMBOSIS VENOSA PROFUNDA

R. López Buitrago, C. Soler Portman, E. Ascuña Vasquez, N. Ahmad Sánchez, R. Hurtado García, A. Maestre Peiró, A. Mora Rufete y A. Martín Hidalgo

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

Objetivos. Determinar la prevalencia de trombofilia en pacientes diagnosticados de trombosis venosa profunda y describir las características de dichos pacientes.

Material y métodos. Estudio descriptivo observacional de pacientes diagnosticados de trombofilia tras un episodio de trombosis venosa profunda (TVP). Del total de pacientes con TVP que siguieron control en consultas externas en los últimos 5 años, se incluyeron todos aquellos que presentaron estudio de trombofilia positivo y con historia clínica disponible. Se realizó la determinación de la resistencia a la proteína C activada y el factor V Leiden, la mutación 20210A del gen de la protrombina, la mutación del gen de la MTHFR, la proteína C, la proteína S, la antitrombina III, la homocisteína y los anticuerpos antifosfolípidos (anticoagulante lúpico y anticardiolipina). Se registraron datos epidemiológicos, clínicos, presencia de factores predisponentes y tipo de trombofilia que presentaban y se realizó un análisis descriptivo de las principales variables.

Resultados. De los 188 pacientes diagnosticados de TVP y que siguieron control en consulta externa de MI, 27 (14,4%), presentaron trombofilia. La mediana de edad fue de 33 años (20-65), con 55,6% (15) varones y 44,4% (12) mujeres. El 96,3% de los casos presentaron TVP aislada y sólo 1 paciente presentó TVP con TEP asociado. La localización de la TVP fue proximal en el 51,9% (14) de casos y distal en el 48,1% (13). La mayoría de los pacientes, 33,3% (9), presentó varios factores de riesgo, siendo la toma de anticonceptivos orales (ACO) y el reposo por un motivo no quirúrgico los más frecuentes. Los tipos de trombofilia más frecuentes fueron la mutación del gen de la protrombina 20210 (MPT) que supuso el 25,9% (7), seguida de la mutación MTHFR con 14,8% (4), el síndrome antifosfolípido (SAF) con un 14,8% (4), la hiperhomocisteinemia y el factor V Leiden con un 11,1% (3) y por último, con un 7,4% (2), el déficit de antitrombina III. El 14,8% (4) de pacientes presentaron combinación de dos anomalías trombofílicas (1 paciente con déficit de proteína S (DPS) y factor V Leiden, otro con DPS y SAF, otro con factor V Leiden y MPT, y otro con SAF e hiperhomocisteinemia).

Discusión. La prevalencia de trombofilia en nuestra serie (14,4%) ha sido algo menor de la descrita en otras series. Esto podría ser explicado porque no sólo la selección de pacientes a los que debe efectuarse el estudio de trombofilia, sino también las pruebas que deben incluirse en dicho estudio e incluso el método de cuantificación, sigue siendo hoy día motivo de debate. Al principio del período estudiado se realizaba el estudio de trombofilia a pacientes < 65-70 años con TVP idiopática, mientras que posteriormente se optó por seguir las recomendaciones que seleccionan a aquellos pacientes < 50 años con un episodio de TVP, tanto idiopático como secundario a factores de riesgo conocidos, si exceptuamos situaciones de alto riesgo como el cáncer. También pacientes de cualquier edad con historia familiar de enfermedad tromboembólica (ETE) o si la trombosis aparece en territorios poco frecuentes. En mujeres, si TVP coincide con la toma de ACO, durante tratamiento hormonal sustitutivo o durante embarazo y postparto. Los defectos genéticos más frecuentes (mutación 20210A del gen de la protrombina y factor V Leiden) si coinciden con lo publicado. Aunque el factor V Leiden se encontró en 3 pacientes de forma aislada, también estaba presente en 2 de los pacientes con combinación de defectos trombofílicos, por lo que en global, fue casi tan frecuente como la mutación del gen de la protrombina, así como el SAF (6 pacientes). Respecto a los factores de riesgo asociados a la trombosis, hay que señalar la toma de anticonceptivos orales como el más frecuente, así como el reposo por un motivo no quirúrgico, circunstancia en la cuál la profilaxis no está tan bien establecida como en el paciente quirúrgico.

Conclusiones. El estudio de trombofilia en grupos seleccionados basado en la historia personal o familiar de ETEV es hoy en día aceptado por la mayoría de los profesionales dedicados a esta patología, ya que puede ayudar a identificar aquellos individuos con mayor riesgo de recurrencia de ETEV, si bien no implica necesariamente cambios en el manejo de los mismos.

T-10**DIAGNÓSTICOS ALTERNATIVOS EN PACIENTES EN LOS QUE SE DESCARTA EMBOLIA PULMONAR TRAS ANGIO-TOMOGRAFÍA COMPUTARIZADA TORÁCICA**

J. Galipienzo García¹, J. Flores Segovia², M. Valderrama¹, R. Peñalver¹, M. Serrador¹, I. Gonzalo¹, C. Álvarez² y J. García de Tena¹

¹Área médica de Urgencias, ²Servicio de Neumología, ³Servicio de Radiología. Hospital Universitario Príncipe de Asturias. Alcalá de Henares, Madrid. ⁴Servicio de Medicina Interna. Hospital Virgen de la Salud. Toledo.

Objetivos. Describir los diagnósticos alternativos a embolia pulmonar tras realizar angiotomografía computarizada torácica en pacientes que acuden a urgencias con sospecha de enfermedad tromboembólica venosa (EDEV). **Material y métodos.** Se incluyeron 149 pacientes consecutivos atendidos en nuestro centro con sospecha clínica de EDEV en los que se descartó embolia pulmonar mediante angioTC torácica. Se determinaron los diagnósticos alternativos a embolia de pulmón basándonos en los resultados obtenidos en la angioTC torácica. En aquellos pacientes en los que la angioTC fue normal el diagnóstico se estableció según los datos obtenidos a partir de la clínica y resto de pruebas complementarias.

Resultados. Se incluyeron un total de 149 pacientes con sospecha clínica de EDEV en los que la angioTC torácica fue negativo [edad media \pm DE de los pacientes = 63,2 \pm 18,8; 80 mujeres (53,7%)]. La distribución de los posibles diagnósticos alternativos fue la siguiente: neumonía: 36 casos (24,2%), infección respiratoria no neumónica: 18 casos (12,1%), insuficiencia cardíaca: 15 casos (10,1%), dolor torácico inespecífico: 11 casos (7,4%), EPOC o asma: 12 casos (8,1%), otros diagnósticos pulmonares (TBC, hemorragia alveolar, SAOS, pleuropéricarditis, HT pulmonar severa, atelectasias laminares, patología pulmonar crónica): 10 casos (6,7%), neoplasias: 8 casos (5,4%), otros diagnósticos cardiovasculares (taquiarritmias, pericarditis): 6 casos (4,0%), síndrome coronario agudo: 4 casos (2,7%), patología psiquiátrica (ansiedad, simulación): 4 casos (2,7%), patología traumática: 4 casos (2,7%), síncope de origen incierto: 3 casos (2,0%), patología inespecífica no cardiopulmonar (dispepsia, brote de colitis ulcerosa): 2 casos (1,3%), trombosis venosa profunda: 2 casos (1,3%), otros diagnósticos (brote de LES, pielonefritis aguda, ictus, sepsis, shock de origen farmacológico, masa intratraqueal, hipertiroidismo, bacteriemia por *Pseudomonas*, síndrome nefrótico): 14 casos (9,4%).

Discusión. Las limitaciones de los hallazgos clínicos para establecer el diagnóstico de EDEV, así como los riesgos de la anticoagulación innecesaria y de los trombos no tratados hace necesario el uso adecuado de pruebas diagnósticas objetivas en la evaluación de pacientes con sospecha de EDEV. La angioTC torácica se ha convertido en una herramienta clave en el abordaje diagnóstico de pacientes con sospecha clínica de EDEV. Una ventaja de esta técnica diagnóstica es que proporciona información detallada de todas las estructuras torácicas, incluyendo el parénquima pulmonar. Encontrar diagnósticos alternativos que puedan explicar los signos y síntomas presentados por los pacientes tiene una relevancia importante, puesto que aproximadamente en un 60% de los pacientes con sospecha clínica de TEP, no se confirma este diagnóstico. La gammagrafía de ventilación perfusión y la angiografía pulmonar son otras técnicas diagnósticas usadas en el diagnóstico de embolia pulmonar, pero proporcionan escasa información de las estructuras anatómicas del tórax.

Conclusiones. Las neumonías, las infecciones respiratorias no neumónicas, la insuficiencia cardíaca, el dolor torácico inespecífico y la enfermedad pulmonar obstructiva crónica/asma, son los diagnósticos alternativos más frecuentes en pacientes con sospecha de TEP con angioTAC torácica negativa. Un adecuado diagnóstico diferencial que incluyera estos procesos ayudaría en el planteamiento y manejo de pacientes con sospecha de embolia de pulmón.

T-11**INVESTIGACIÓN CLÍNICA ESPAÑOLA EN ENFERMEDAD TROMBOEMBÓLICA VENOSA. ANÁLISIS DE SUS APORTACIONES A CONGRESOS EUROPEOS DE MEDICINA INTERNA EN LA ÚLTIMA DÉCADA**

J. Montes Santiago, A. Baz Lomba, M. Lado Castro Rial, C. Fernández Méndez y R. Pérez Álvarez

Servicio de M. Interna. Hospital do Meixoeiro. Vigo, Pontevedra.

Objetivos. Cuantificar la contribución científica de la Medicina Interna española en enfermedad tromboembólica venosa (ETV) en los

últimos 6 congresos de la Federación Europea de Medicina Interna (EFIM), que han abarcado la última década (período 1997-2007).

Material y métodos. Se realizó la cuantificación de las Comunicaciones Orales y Pósters a partir de los Libros de Resúmenes de los Congresos de la EFIM celebrados en Maastricht (1997), Florencia (1999), Edimburgo (2001), Berlín (2003), París (2005) y Lisboa (2007). Se clasificaron y anotaron el número de comunicaciones globales sobre cualquier tema y el número de comunicaciones sobre ETV procedentes de España y de otros países. Se excluyeron del análisis aquellas comunicaciones con un número inferior a 3 casos ("case reports").

Resultados. Fueron analizadas un total de 2472 comunicaciones. De ellas el 4,4% correspondieron a comunicaciones sobre ETV (109/2472). España fue el país con mayor número de comunicaciones sobre dicho tema con el 43,1% de dichas comunicaciones (47/109). Este porcentaje osciló entre el 28% (9/32) (Lisboa-07) y el 71% (12/17) (Berlín-03).

Discusión. Es patente un considerable dinamismo de la Medicina Interna Española en el campo de la ETV ya que el 43% del total de comunicaciones "no case reports" sobre dicho tema en Congresos Europeos de su especialidad durante la última década proceden de centros españoles.

Conclusiones. Los internistas españoles despliegan una notable actividad investigadora sobre la ETV en el contexto europeo pues son responsables de 4 de cada 10 comunicaciones sobre este campo en los Congresos de Medicina Interna.

T-12**ENFERMEDAD TROMBOEMBOLICA VENOSA Y CIRROSIS HEPATICA**

N. Abdilla, M. García-Fuster, M. Fabiá, R. Oltra, F. Martínez, C. Fernández, V. Oliver y M. Forner

Servicio de Medicina Interna. Hospital Clínico Universitario. Valencia.

Objetivos. La cirrosis hepática se complica con frecuencia con fenómenos hemorrágicos, aunque en ocasiones se generan estados de hipercoagulabilidad que dan lugar a una enfermedad tromboembólica venosa (ETV). Su profilaxis y tratamiento son empíricos pues no están contemplados en las guías del American College of Chest Physicians. El objetivo del presente trabajo es analizar la incidencia, características clínicas, factores de riesgo, tratamiento y complicaciones de la ETV en los pacientes cirróticos hospitalizados en nuestro centro en los últimos 15 años.

Material y métodos. De 1992 al 2007 ingresaron 2.074 pacientes con cirrosis hepática, 17 presentaron una ETV no esplácnica y son el objeto de nuestro estudio. La ETV debió ocurrir posterior o simultáneamente al diagnóstico de cirrosis y estar documentada por eco-Doppler, flebografía o angio-RNM, gammagrafía de v-p o TAC pulmonar helicoidal. Se revisaron las historias clínicas y se recogieron datos epidemiológicos y analíticos: hemograma, VSG, química hemática, coagulación. ATIII, proteína C, proteína S, factor V Leiden, mutación de la protrombina G20210A, anticuerpos antifosfolípidos (AAFL) y homocisteinemia. Se calculó el índice MELD. En cuanto a la ETV se valoraron: los factores de riesgo adquiridos, la localización de la trombosis, el tratamiento y las complicaciones.

Resultados. Se observó una incidencia de ETV no esplácnica en 17 pacientes (0,8%), 9 mujeres, edad media 69 (11) años. I. MELD 12,70 (2,7) Analítica media (17 pac) destaca: plaquet: 101.117/mm³, Alb: 2,5 g/dl, INR: 1,4, Fibrinog: 4,2 g/l, DD 864 ng/ml. Homocisteína (7 pac.): 15,7 mg/dl. Trombofilia (4 pac) ATIII, PC, PS disminuidas, FVL, PTG20210A negativas. AAFL (5 pac) + en todos. Estudio de la ETV: hubo 11 TVP (7 proximales, 7 derechas), 7 EP (6 aislados). Factores de riesgo: 5 cirugía, 7 insuf. venosa, 1 inmovilización, 6 infecciones. Tratamiento: se observaron 83% hemorragias, 35% graves. 14 abandonos de trat y 1 recurrencia.

Discusión. La incidencia de 0,8% es similar al 0,5% observado por NORTHUP. La albúmina disminuida es factor predictivo de la ETV. Hay disminución de los factores procoagulantes y anticoagulantes. El DD está elevado por la ETV, o por la CID "like" de los cirróticos. Hay disminución de ATIII, PC y PS considerada adquirida por falta de antecedentes familiares y personales. Los AAFL fueron + en los 5 pacientes en que se estudió, 4 eran virus C positivos. La hiperhomocisteinemia nuevo factor trombógeno. Los factores de riesgo

adquiridos presentes en todos los pacientes. El tratamiento es complicado: la heparina y los dicumarínicos tiene una vida media alargada por disminución de su metabolización, la ATIII esta disminuido lo que dificulta la acción de la heparina, y los dicumarínicos ya encuentran un déficit de vit K. El 83% de los pacientes tuvieron complicaciones hemorrágicas, en el 35% mayores; porcentaje superior al 3% de pacientes no hepatópatas, como consecuencia solo 3 pacientes completaron el tratamiento.

Conclusiones. El presente trabajo presenta las limitaciones de ser retrospectivo y de una pequeña población, por la baja incidencia de esta patología. No obstante muestra que la disminución de factores anticoagulantes, la presencia de AAFL, el aumento de la homocisteinemia y la existencia de factores de riesgo adquiridos aumentan el riesgo de sufrir una ETV en los pacientes cirróticos. Así mismo se observa que el tratamiento anticoagulante presenta un alto porcentaje de complicaciones hemorrágicas el 83% de los pacientes. Sería recomendable aunar experiencias para formalizar una guía de profilaxis y tratamiento.

T-13

TROMBOEMBOLISMO PULMONAR EN UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL. CLÍNICA Y EXPLORACIONES COMPLEMENTARIAS

M. Velat Rafols¹, M. Martínez izquierdo², E. Skaf Peters², J. Echarte Pazos², J. Villar García¹, R. Güerri Fernández¹, J. Garcés Jarque¹ y O. Pallas Villaronga²

¹Servicio de Medicina Interna, ²Servicio de Urgencias. Hospital del Mar. Barcelona.

Objetivos. La presentación clínica del Tromboembolismo Pulmonar (TEP) así como las exploraciones complementarias básicas utilizadas para su diagnóstico son poco específicas. Por este motivo se han utilizado y se siguen utilizando escalas para valorar la probabilidad clínica basadas en datos clínicos, analíticos, electrocardiográficos y radiológicos. El objetivo de este estudio descriptivo es conocer los datos clínicos, radiológicos, electrocardiográficos y analíticos más relevantes en pacientes atendidos en el Servicio Urgencias con el diagnóstico de TEP confirmado por angiotomografía pulmonar.

Material y métodos. Se recogieron retrospectivamente todos los casos ingresados en el S. Urgencias (SU) con sospecha de TEP desde el 1 de enero de 2005 hasta el 31 de diciembre de 2006. Los datos fueron analizados con el paquete estadístico SPSS 14,0 para Windows.

Resultados. Con sospecha diagnóstica de TEP se ingresaron 64 casos desde el SU. Se confirmó el diagnóstico de TEP por gammagrafía pulmonar de ventilación/perfusión (GP) (alta probabilidad) o angiotomografía computarizada pulmonar (TC) en 55 casos. Edad 69 ± 16 años. Un 70,9% tenían > 65 años. Un 67% eran mujeres. Tabaquismo 14,5%. Obesidad 23,6%. Trombofilia 14,5%. Neumopatía 32,7%. Cardiopatía 23,7%. Hipertensión arterial 67,3%. Tratamiento hormonal 14,5% (todas las mujeres de < 50 años tomaban anticonceptivos). Historia previa de TEP o trombosis venosa profunda (TVP) 18,2%. Neoplasia activa previa 14,5%. Cirugía previa 5,5%. Inmovilización 41,8%. Deterioro cognitivo 16,4%. Disnea 87,3%. Dolor torácico 34,5%. Síncopa 20%. Hemoptisis ningún caso. Tensión arterial sistólica 132 ± 25 mmHg. Tensión arterial diastólica 73 ± 15 mmHg. Frecuencia cardíaca 99 ± 20. Frecuencia respiratoria 28 ± 8. SaO₂ por pulsioximetría 92% ± 7. TVP 30,9%. Insuficiencia venosa 23,6%. Taquipnea 75%. Taquicardia 61,2%. SIQ3T3 19,6%. BRDHH 17,6%. Ondas T negativas precordiales 17,6%. Fibrilación auricular 5,7%. Elevación hemidiafragma 23,6%. Atelectasias basales 3,6%. Derrame Pleural 18,2%. PaO₂ 72,2 ± 23 mmHg; PaO₂ ± 60 en 35%. PaCO₂ 35,7 ± 8 mmHg; PaCO₂ ± 35 en 52%. PaO₂/FiO₂ 310 ± 17; PaO₂/FiO₂ ± 250 32,6%. D-dímero > 500 ng/mL 82%. Troponina T > 0,01 66,7%. La GP se realizó en un 36,4% (27,3% fue de alta probabilidad). La TC se realizó en un 85,5%. Se afectaron los vasos pulmonares centrales en un 60%, en un 56,4% localización bilateral y múltiple. En un 7,3% se realizó fibrinolisis. Presentaron complicaciones hemorrágicas el 7,3%. Neoplasia de novo 6,4%. Mortalidad 7,4%.

Discusión. El diagnóstico del TEP ha sido históricamente difícil para los clínicos por lo inespecífico de la presentación clínica y de los resultados de las exploraciones complementarias básicas. El algorit-

mo diagnóstico pasa por la realización de escalas de probabilidad clínica que se basan en estos datos inespecíficos como screening previa realización de exploraciones de imagen. En nuestra población parecen existir algunas características diferenciales tanto a nivel de los factores de riesgo como de la presentación clínica. En cuanto a factores de riesgo destaca el escaso porcentaje de pacientes con historia previa de enfermedad tromboembólica, y en cuanto a la clínica, el escaso porcentaje de pacientes con dolor torácico, hemoptisis e insuficiencia respiratoria. Otros hallazgos relevantes son, la presencia de cifras elevadas de tensión arterial en un elevado número de pacientes, probablemente en relación a la edad, y la elevación sérica de la troponina T en dos tercios de los pacientes, probablemente asociado a la extensa afectación vascular.

Conclusiones. Los pacientes atendidos en nuestro SU con diagnóstico de TEP presentan características diferenciales con las series publicadas. Los hallazgos más destacados son: ausencia de hemoptisis, menor proporción de casos con dolor torácico, alta frecuencia de pacientes con hipertensión arterial y niveles elevados de troponina T. Parecen relevantes la extensa afectación vascular y el hecho de que un 20% de los casos tenían determinación plasmática de dímero D negativa.

T-15

LOS FACTORES PROTROMBÓTICOS GENÉTICOS NO SE ASOCIAN CON LAS TROMBOSIS EN PACIENTES CON SÍNDROME ANTIFOSFOLIPÍDICO

G. Claver¹, G. Espinosa¹, D. Tàssies², S. Bucciarelli¹, J. Plaza¹, A. Bové¹, J. Reverter² y R. Cervera¹

¹Servicio de Enfermedades Autoinmunes, ²Hemoterapia y Hemostasia. Hospital Clínic i Provincial de Barcelona. Barcelona.

Objetivos. Determinar si la prevalencia de los factores protrombóticos genéticos (deficiencia de antitrombina, proteína C y proteína S, Factor V Leiden y mutación G20210A del gen de la protrombina), están incrementados en pacientes con síndrome antifosfolipídico (SAF) y antecedentes de trombosis venosas y/o arteriales.

Material y métodos. Analizamos 91 pacientes con SAF (71 SAF primario y 20 asociado a lupus eritematoso sistémico [LES]) y antecedentes de trombosis. Todos los episodios trombóticos se comprobaron clínicamente y confirmaron por métodos objetivos. 47 pacientes tenían historia de trombosis venosa, 39 trombosis arterial y 5 ambas (arterial y venosa). Analizamos también un grupo de 100 individuos sanos sin enfermedad autoinmune, trastornos hemorrágicos, trombosis o pérdidas fetales. La actividad de la proteína C se cuantificó por un método colorimétrico. La proteína S total y libre se cuantificó por ELISA. La actividad de la antitrombina se midió por un método cromogénico. La presencia del factor V Leiden se realizó en los individuos con un fenotipo de resistencia a la proteína C activada y en los portadores de anticoagulante lúcido por una técnica de PCR. Para la detección de la mutación G20210A de la protrombina, las muestras de DNA se analizaron por técnica de PCR.

Resultados. Hallamos 1 paciente con SAF primario (trombosis venosa) y deficiencia de proteína C (< 10%). Dos pacientes (1 con SAF primario y trombosis venosa y 1 con SAF primario y trombosis arterial) presentaron niveles disminuidos de proteína C (< 60%). Los niveles del antígeno de la proteína C fueron normales en todos los pacientes. La proteína S total fue normal en todos los pacientes y controles. Un paciente con SAF primario y trombosis venosa presentó niveles bajos de proteína S libre (< 60%). Los niveles de antitrombina fueron normales en los pacientes y controles. La prevalencia del factor V Leiden y la mutación G20210A de la protrombina en pacientes con SAF fue de 1,1% y 3,3%, respectivamente, sin diferencias con los individuos sanos (1% y 2%, respectivamente). La mutación del factor V Leiden en estado heterocigoto se detectó en 1 paciente con SAF primario y trombosis venosa. La mutación G20210A del gen de la protrombina en estado heterocigoto se detectó en 1 paciente con SAF primario y trombosis venosa, 1 paciente con SAF primario y trombosis arterial y 1 paciente con SAF asociado a LES con trombosis venosa.

Conclusiones. La prevalencia de los factores genéticos de riesgo protrombótico no está elevada en nuestra serie de pacientes con SAF y trombosis lo que sugiere que no juegan un papel importante en el desarrollo de trombosis en el SAF.

T-16**EL POLIMORFISMO VAL34LEU DEL FACTOR XIII SE ASOCIA CON EL RIESGO DE TROMBOSIS EN PACIENTES CON ANTICUERPOS ANTIFOSFOLIPIDICOS Y NIVELES ELEVADOS DE FIBRINOGENO**

G. De la Red¹, G. Espinosa¹, D. Tássies², S. Bucciarelli¹, A. Bové¹, J. Plaza¹, R. Cervera¹ y J. Reverter²

¹Servicio de Enfermedades Autoinmunes, ²Servicio de Hemoterapia y Hemostasia. Hospital Clínic i Provincial de Barcelona. Barcelona.

Objetivos. El polimorfismo Val34Leu del factor XIII (FXIII) se ha asociado a una disminución del riesgo de trombosis arteriales y venosas en pacientes sin síndrome antifosfolipídico (SAF). Por otra parte, se ha descrito que la estructura *in vitro* de la fibrina se puede modificar por interacciones entre la concentración de fibrinógeno y el polimorfismo del factor XIII. El objetivo del estudio fue investigar la asociación entre el polimorfismo Val34Leu del FXIII y las trombosis en pacientes con anticuerpos antifosfolipídicos (aPL).

Material y métodos. Se incluyeron 172 pacientes con aPL pero sin otras alteraciones trombofílicas conocidas: 83 con SAF primario (SAFP), 43 con SAF asociado a lupus eritematoso sistémico (SAF-LES), 32 con LES y aPL sin SAF (LES-aPL), y 14 portadores asintomáticos de aPL (A-aPL).

Resultados. La frecuencia del alelo Leu en los pacientes con SAFP, LES-SAF, LES-aPL y A-aPL fue de 0,22, 0,23, 0,22, y 0,32, sin diferencias significativas. La frecuencia del alelo Leu fue más baja, pero sin diferencias estadísticamente significativas, en los pacientes con trombosis (20,6%) que en los pacientes sin trombosis (25,7%). Dividimos a los pacientes según los niveles plasmáticos de fibrinógeno: fibrinógeno igual o inferior a 3,50 g/l (122 pacientes, 44,3% con trombosis) y fibrinógeno por encima de 3,50 g/L (50 pacientes, 56% con trombosis). Las frecuencias del alelo Leu fueron significativamente más bajas en los pacientes con trombosis con niveles elevados de fibrinógeno (0,09) que en los que no habían presentado trombosis con niveles elevados de fibrinógeno (0,27) o en los pacientes trombóticos (0,28) y no trombóticos (0,25) con niveles normales de fibrinógeno. El alelo Leu presentó un efecto protector de la trombosis en pacientes con niveles elevados (OR = 0,24, IC 95% 0,06-0,9) pero no en aquéllos con niveles normales de fibrinógeno (OR = 0,88, IC 95% 0,43-0,82).

Conclusiones. Nuestro estudio demuestra que el alelo Leu del polimorfismo Val34Leu del factor XIII confiere un efecto protector del desarrollo de la trombosis en pacientes con aPL pero sólo en aquéllos con niveles elevados de fibrinógeno.

T-17**LOS POLIMORFISMOS DE LAS GLICOPROTEÍNAS PLAQUETARIAS IB-ALFA, IIA/IIIA Y IIB/IIIA Y LA ENFERMEDAD ARTERIAL EN PACIENTES CON SÍNDROME ANTIFOSFOLIPIDICO O LUPUS ERITEMATOSO SISTÉMICO**

S. Jimenez¹, D. Tássies², J. Reverter², G. Espinosa¹, J. Plaza¹, A. Bové¹, S. Bucciarelli¹ y R. Cervera¹

¹Servicio de Enfermedades Autoinmunes, ²Servicio de Hemoterapia y Hemostasia. Hospital Clínic i Provincial de Barcelona. Barcelona.

Objetivos. Los polimorfismos de las glicoproteínas plaquetarias (GP) Ib-alfa, Ia/IIa y IIB/IIIA actúan sobre la reactividad plaquetaria. De ahí su relación con la enfermedad vascular arterial. El objetivo del estudio fue analizar los polimorfismos de las GP Ib-alfa, Ia/IIa y IIB/IIIA y su relación con el desarrollo de enfermedad trombótica arterial y arteriosclerosis preclínica en pacientes con síndrome antifosfolipídico (SAF) o lupus eritematoso sistémico (LES).

Material y métodos. Incluimos 131 pacientes con SAF (86 con SAF primario y 45 con SAF asociado a LES), 102 pacientes con LES y 160 controles sanos. El polimorfismo VNTR de la GP Ib-alfa, el polimorfismo 807 T/C de la GP Ia/IIa y el polimorfismo PL A1/A2 de la GP IIA/IIB se determinaron mediante PCR. Todos los fenómenos trombóticos fueron valorados clínicamente y confirmados por métodos objetivos. La presencia de arteriosclerosis precoz fue evaluada mediante ecografía carotídea midiendo el índice íntima-media (IMT) y la presencia de placas de arteriosclerosis.

Resultados. Se registraron un total de 50 episodios de trombosis arterial en 36 pacientes. El IMT fue similar en los tres grupos de

pacientes. Los pacientes con LES tuvieron mayor prevalencia de placas que los pacientes con SAF o controles (28,6% vs 8% vs 15%). Además, los pacientes con LES presentaron mayor número de placas ($0,76 \pm 0,62$ vs $0,20 \pm 0,62$ vs $0,18 \pm 0,45$, $p = 0,04$). No encontramos relación entre la presencia de placas carotídeas y los polimorfismos de las GP analizados. La presencia del doble heterocigoto para los polimorfismos de las GP Ia/IIa y IIB/IIIA (807 T + PL A2) se asoció con la presencia de placa arteriosclerótica en pacientes con LES (35% vs 4%, $p < 0,002$; OR: 12,92, 95%IC: 2,39-69,81) y con trombosis arterial en pacientes con SAF (27,8% vs 7,4%, $p < 0,005$; OR 4,88, 95%IC 1,67-13,96).

Conclusiones. La presencia del doble heterocigoto 807 T y PL A2 para los polimorfismos de las GP Ia/IIa y IIB/IIIA puede estar implicado en la arteriosclerosis preclínica en pacientes con LES y en las trombosis arteriales en los pacientes con SAF.

T-18**SÍNDROME ANTIFOSFOLIPIDICO CATASTRÓFICO RECURRENTE: PAPEL PATOGENICO DE LA ANEMIA HEMOLITICA MICROANGIOPATICA**

S. Bucciarelli¹, G. Espinosa¹, R. Cervera¹, M. Ramos-Casals¹, A. Bové¹ y R. Asherson²

¹Servicio de Enfermedades Autoinmunes. Hospital Clínic i Provincial de Barcelona. Barcelona. ²Division of Immunology. University of Witwatersrand. Johannesburg. Sudáfrica.

Objetivos. Analizar las características de los pacientes con síndrome antifosfolipídico (SAF) catastrófico que sufrieron recurrencias.

Material y métodos. Se efectuó un análisis del registro internacional de pacientes con SAF catastrófico ("CAPS Registry") (<http://www.Med.Ub.Es/MIMMUN/FORUM/CAPS.HTM>) y se seleccionaron aquellos pacientes que presentaron recurrencias.

Resultados. Se describieron recurrencias en 9 de los 282 (3,2%) pacientes con SAF catastrófico del registro. En total, estaban descritos 35 episodios de SAF catastrófico: 6 pacientes presentaron 2 episodios, 2 pacientes sufrieron 3 episodios y 1 sufrió 17 episodios (para el análisis estadístico comparativo se excluyó este último paciente). La edad media de los pacientes era de 45 ± 16 años. Cinco (55%) pacientes eran mujeres y 8 (88%) estaban afectados de SAF primario. Se identificó un factor desencadenante en 9 episodios (55% infecciones, 45% insuficiente tratamiento anticoagulante). Los principales órganos afectados fueron el cerebro, los riñones, el corazón y los pulmones. Se encontraron datos de laboratorio indicativos de anemia hemolítica microangiopática (AHMA) en 13 de 18 (72%) episodios (definitivos en 9 episodios correspondientes a 4 pacientes y probables en 4 correspondientes a 2 pacientes). En 3 episodios no se encontraron datos sugestivos de AHMA y en otros 2 no se describieron esos datos en el registro. La mortalidad fue del 33%. El tratamiento más utilizado (65% de los episodios) fue la combinación de glucocorticoides, anticoagulación y recambio plasmático o gammaglobulinas endovenosas.

Conclusiones. La recurrencia es muy poco frecuente en los pacientes con SAF catastrófico, pero la presencia de AHMA parece estar asociada al desarrollo de dichas recurrencias.

T-19**LOS VALORES PERSISTENTEMENTE POSITIVOS DE ANTICUERPOS ANTIFOSFOLIPIDICOS SE RELACIONAN CON LA APARICIÓN DE TROMBOSIS DURANTE EL SEGUIMIENTO DE PACIENTES CON SÍNDROME ANTIFOSFOLIPIDICO**

G. Espinosa¹, S. Bucciarelli¹, G. Quintana¹, D. Tássies², J. Plaza¹, A. Bové¹, J. Reverter² y R. Cervera¹

¹Servicio de Enfermedades Autoinmunes, ²Hemoterapia y Hemostasia. Hospital Clínic i Provincial de Barcelona. Barcelona.

Objetivos. Determinar si la presencia de valores persistentemente positivos de anticuerpos antifosfolipídicos (aFL) está relacionada con la recurrencia de las trombosis en el seguimiento de pacientes con síndrome antifosfolipídico (SAF).

Material y métodos. Se analizaron 141 pacientes con SAF (criterios de Sapporo). Los valores de anticoagulante lúpico (AL) y anticuerpos

anticardiolipina (aCL) fueron definidos como persistentemente positivos cuando más del 75% de las determinaciones fueron positivas durante el seguimiento (los aFL fueron medidos en 5 o más ocasiones). La trombosis en el seguimiento se definió como trombosis recurrente en pacientes con eventos tromboticos previos o nuevos eventos en aquellos pacientes con pérdidas fetales previas.

Resultados. 89 pacientes presentaban SAF primario, 34 asociado a lupus eritematoso sistémico (LES), 14 a lupus-like, 3 a síndrome de Sjögren y 1 a enfermedad de Behçet. 56% tenía un antecedente trombotico, 29% pérdidas fetales y 15% ambas. La mediana de seguimiento y entre el diagnóstico y la última determinación de aFL fue de 68 y 65 meses (9-180), respectivamente. El promedio de determinaciones por paciente fue 8 (5-27). 31 pacientes sufrieron trombosis en el seguimiento, 28 de éstos en forma de trombosis recurrente. 58 (41%) pacientes tenían aFL persistentemente positivos durante el seguimiento con la siguiente distribución: 4 aCL IgM, 8 aCL IgG, 12 AL, 3 aCL IgG + aCL IgM, 3 aCL IgM + AL, 23 aCL IgG + AL y 5 aCL IgM + aCL IgG + AL, respectivamente. El riesgo para trombosis recurrente durante el seguimiento fue significativamente más elevado en pacientes con aFL persistentemente positivos (OR 3,53, IC 95% 1,53 - 8,16, $p = 0,003$) comparado con pacientes con aFL positivos transitoriamente. Este mayor riesgo se atribuyó a AL (OR 3,87, IC 95% 1,68 - 8,91, $p = 0,002$) y aCL IgG (OR 2,91, IC 95% 1,25 - 6,75, $p = 0,02$) persistentemente positivos. El perfil de aFL persistentemente positivos relacionado con la aparición de trombosis durante el seguimiento fue la combinación de AL + aCL IgG (OR 3,51, IC 95% 1,36 - 9,09, $p = 0,01$).

Conclusiones. El riesgo de trombosis durante el seguimiento de pacientes con aFL persistentemente positivos está incrementado, especialmente en aquellos pacientes con la combinación de AL + aCL IgG.

T-20

INFLUENCIA DE LA EDAD EN EL DíMERO-D PARA EL DIAGNÓSTICO DE TROMBOEMBOLISMO PULMONAR

R. Salas¹, R. Coll¹, X. Jané¹, C. Fornós¹, F. Fernández¹, M. Gago², N. Parra¹ y F. Rosell¹

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

Objetivos. El diagnóstico del tromboembolismo pulmonar (TEP) en ancianos es difícil, no sólo por la presencia de comorbilidad asociada sino también por un menor rendimiento de las pruebas diagnósticas. Proponemos evaluar la utilidad del dímero-D en el diagnóstico de TEP para diferentes grupos de edad y adaptar el criterio de positividad para mejorar la rentabilidad.

Material y métodos. Se realizó un estudio de casos y controles prospectivo sobre 164 pacientes bajo sospecha clínica de TEP, registrados secuencialmente desde diciembre de 2004 a abril de 2007 en un Hospital Universitario. Se consideraron casos (59 pacientes) aquellos en los que se confirmó TEP mediante gammagrafía pulmonar de ventilación perfusión y/o angioTAC pulmonar. Se recogieron datos sociodemográficos y clínicos, tests de laboratorio y pruebas de imagen. En una primera fase, el cálculo de parámetros de validez interna del dímero-D [sensibilidad (S), especificidad (E), valor predictivo positivo (VPP), valor predictivo negativo (VPN)] obtenidos a partir de la curva receiver-operating characteristic (ROC), así como el área bajo la curva (ABC) se realizó de manera estratificada en pacientes menores de 80 años (81 pacientes) y de 80 o más años (83 pacientes). Posteriormente, se procedió a la comparación de las ABC resultantes en cada grupo de edad. Los datos se procesaron con el programa SPSS 12.0.

Resultados. La prevalencia de TEP para los 164 pacientes [edad media = 76,5 años (12,92)] con sospecha clínica de TEP fue de 36,4% (59 en total). En el grupo de los 81 pacientes menores de 80 años [edad media = 67,42 años (12,45)], la prevalencia fue de 39,5%, mientras que en los 83 pacientes de 80 o más años [edad media = 85,36 años (4,43)] fue de 33,3%. El punto óptimo de corte según la curva ROC para el dímero-D en el grupo menor de 80 años se fijó en 3.880 ng/mL, con S = 40,7 (IC 95% 22,4 - 61,2), E = 82,8 (IC 95% 64,2 - 94,1), VPP = 60,7, VPN = 68,1. Su ABC fue de 0,55 (IC 95% 0,36 - 0,73). En el grupo de 80 o más años, el punto óptimo de corte según la curva ROC se fijó en 4.712 ng/mL con S = 52,9 (IC 95% 27,9 - 77,0), E = 85,7 (IC 95% 57,3 - 95,9), VPP = 64,87, VPN = 78,47. Su ABC fue de 0,74 (IC 95% 0,55 - 0,88). La diferencia entre las ABC fue de 0,19, con $p = 0,092$.

Discusión. La proporción de dímero-D negativo entre los controles (pacientes en los que no se confirma TEP) decae con la edad, es decir, el dímero-D pierde especificidad. En consecuencia, la capacidad de la prueba para excluir TEP cuando se obtiene un resultado negativo es menor. En los servicios de urgencias, donde la frecuentación de pacientes de edad avanzada cobra cada vez más importancia, este hecho representa un inconveniente en el proceso diagnóstico. La solución que proponemos adapta el punto de corte para el dímero-D en función de la edad. De esta manera, si en nuestro caso consideramos el dímero-D positivo a partir de 3.880 ng/mL para menores de 80 años y a partir de 4.712 ng/mL para los de 80 o más, la E y los VPN son similares y adecuadas. Así, al comparar las ABC en ambos grupos, no se observan diferencias significativas entre ellas.

Conclusiones. La rentabilidad del dímero-D para excluir diagnósticos de TEP decae con la edad. Es necesario adecuar el criterio de positividad en función de la edad, especialmente en pacientes de 80 o más años. No obstante, la combinación del dímero-D con métodos altamente sensibles (escala de probabilidad clínica de Wells) puede mejorar la fiabilidad del test ostensiblemente.

T-21

ESTUDIO DESCRIPTIVO DE LAS TROMBOSIS VENOSA PROFUNDA DE MIEMBROS SUPERIORES EN LOS PACIENTES INGRESADOS EN UN SERVICIO DE MEDICINA INTERNA DE UN HOSPITAL GENERAL

L. Mérida Rodrigo, C. Romero Gómez, M. Martín Escalante, R. Quirós López, F. Martos Pérez, J. Ruiz Mesa y J. García Alegria

Servicio de Medicina Interna. Hospital Costa del Sol. Marbella, Málaga.

Objetivos. Analizar las características y resultados asistenciales de los pacientes con el diagnóstico de trombosis venosa de miembros superiores en nuestro medio.

Material y métodos. Estudio observacional retrospectivo de todos los pacientes con el diagnóstico de trombosis venosa profunda de miembros superiores (TVMS) ingresados en un Servicio de Medicina Interna de un hospital general (CMBD), que atiende una población de unos 260.000 habitantes, desde enero de 2000 a diciembre de 2006. Se analizaron variables demográficas, clínicas, diagnósticas y terapéuticas.

Resultados. Se obtuvieron un total de 624 pacientes con enfermedad tromboembólica (ETE), de los que 30 presentaban TVMS, representando 4,8% del total, con una incidencia anual de 4,27 casos/año. La edad media fue de 57,47 años (39,72-75,22 IC 95%) y hubo un 66,7% de hombres. En conjunto un 76,6% de los pacientes presentaban algún factor de riesgo para TVMS y ninguno tenía antecedentes de trombofilia. De los 30 pacientes, un 20% tenía antecedentes de TVP previa (3 femorales, 2 en miembros superiores y 1 en safena), un paciente tenía historia de fractura previa y 3 contaban inmovilización de miembros superiores, un 20% (N = 6) presentaban historia de sobreesfuerzo. Un 26,7% (N = 8) presentaban neoplasia de algún origen y un 43,3% (N = 13) era portador de cateter central, de los que un 15,3% eran pacientes de hemodiálisis, 23,07% (n = 3) tenían port-a-cath (2 por neo y uno para leucoaféresis), 23,07% por cable marcapasos, 23,07% por vía central para nutrición parenteral, y 15,03% (N = 2) por otras causas. 4 pacientes (13,3%) fue por vía periférica. En cuanto a la clínica el 89,7% presentó dolor, el 96,6% tumefacción y el 6,9% (N = 2) presentó disnea. De los 30 pacientes 29 se realizaron doppler de MMSS siendo positivo en 28 casos (93,3%), diagnosticándose los otros 2 casos por flebografía y TC respectivamente. Los dímeros D se realizaron en 6 pacientes siendo positivos en 5 (86,3%). La localización más frecuente fue en venas axilares y subclavias (41,4%), seguida por la cefálica en un 13,8% y basilica en un 3,4%. 3 pacientes (10%) sufrieron TEP. Para el tratamiento agudo se usó HBPM en 86,7% y HNF 13,3% siendo la duración media de 9,14 + 14,73 días. Se retiró el cateter/vía en 11 pacientes (64,7%) Para el tratamiento crónico se usó HBPM en el 43,3% (6 paciente por padecer neoplasia de alguna estirpe, 3 por negativa del paciente a la toma de dicumarínicos, el resto por otros motivos) y dicumarínicos en el 56,7% con una duración media de 3 a 5 meses, dándose tratamiento indefinido en el 23,3% de los casos, de los cuales 4 pacientes padecían de alguna neoplasia y 3 eran portadores de cateter central. Se realizó el seguimiento a 14 pacientes de los que 1 presentó una complicación en forma de retrombosis y

en 2 casos se realizó estudio de hipercoagulabilidad siendo positivo en 1 de ellos, presentando una anticardiolipina IgG positiva.

Conclusiones. 1) En concordancia con lo publicado en la literatura, en nuestra serie existe un 4,8% de TVP de miembros superiores. 2) Identificamos un agente favorecedor de trombosis venosa profunda de miembros superiores en el 76,6% de los casos (o padece una neoplasia o es portador de un cateter). La revisión de la literatura arroja un 70%. 3) La ecografía doppler resultó la prueba diagnóstica. 4) El tratamiento crónico con HBPM se realizó, en su mayoría, en pacientes neoplásicos. 5) La retirada de la vía central se realizó en el 85% de los afectos. 6) No es posible cifrar la TVP de miembros superiores espontánea, dado que el estudio de trombofilia no se realizó en todos los pacientes.

T-22

ANEMIA HEMOLÍTICA AUTOINMUNE Y SÍNDROME ANTIFOSFOLÍPIDO EN PACIENTES CON ENFERMEDAD TROMBOEMBÓLICA VENOSA. ESTUDIO DESCRIPTIVO Y DE PREVALENCIA REALIZADO EN EL HOSPITAL GENERAL UNIVERSITARIO DE ALICANTE

A. Botella Ortiz, R. Sánchez, M. García Sánchez, P. Diana, M. Raquel y V. Beatriz

Servicio de Medicina Interna. Hospital General Universitario de Alicante. Alicante.

Objetivos. Realizar un estudio descriptivo de los casos de anemia hemolítica autoinmune (AHA) en pacientes con síndrome antifosfolípido (SAF) y enfermedad tromboembólica venosa (ETV) diagnosticados en el Hospital General Universitario de Alicante desde marzo del 2001 a julio del 2007.

Material y métodos. Se describen los casos de anemia hemolítica autoinmune asociada a síndrome antifosfolípido diagnosticados en los pacientes con ETV atendidos en nuestra consulta especializada en dicha patología en el Hospital General de Alicante en los últimos 6 años. Se analizan características del SAF en dichos pacientes, así como las características al diagnóstico de la anemia hemolítica autoinmune, el tratamiento y la evolución de dicha patología. Se aportan también los datos de la ETV a su diagnóstico, incluyendo localización de la trombosis, prueba diagnóstica, estudio habitual de trombofilia, tratamiento, así como el seguimiento al año de estos pacientes.

Resultados. Desde marzo del 2001 a julio del 2007 fueron diagnosticados 300 casos de ETV. En 32 de ellos se diagnosticó además un síndrome antifosfolípido. Un 22% presentaron otra trombofilia asociada: hiperhomocisteinemia en 4 casos, Factor V Leiden heterocigoto en 1 caso, mutación 20.210 de la protrombina heterocigoto en 1 caso, y déficit de proteína S en 1 caso. Un total de 10 pacientes presentaron anticuerpos antinucleares (ANA) positivos, entre 1/80 y > 1/2.560 (5 casos con títulos igual o mayor de 1/320), detectándose anticuerpos anti-DNA en 1 caso, y anticuerpos anti-Ro y anti-La en 1 caso. Tres pacientes con SAF (todas mujeres) presentaron anemia hemolítica autoinmune (AHA), 2 de ellas con ANA igual o mayor de 1/320, y el tercer caso con determinación de ANA pendiente. Estas pacientes requirieron corticoides para el tratamiento de la AHA, con mejoría de la misma. Durante el seguimiento (1 año), ninguno de estos casos ha cumplido criterios diagnósticos de lupus eritematoso sistémico ni ninguna otra colagenopatía. Con respecto al tipo de ETV, 13 pacientes presentaron trombosis venosa profunda poplítea/femoropoplítea, 3 en el sector ilio-femoral, 2 a nivel tibio-peroneo, y 1 en vena subclavia derecha. Todos estos casos fueron diagnosticados con ecografía doppler. También se presentaron 2 casos de trombosis venosa retiniana y 1 caso de trombosis de vena cava superior (diagnóstico por tomografía computarizada, resonancia magnética con contraste y ecocardiografía transesofágica) que requirió trombectomía quirúrgica. Cinco pacientes presentaron tromboembolismo pulmonar (TEP), diagnosticados con gammagrafía de ventilación/perfusión, con desarrollo de enfermedad pulmonar tromboembólica crónica e hipertensión pulmonar severa en 1 de estos pacientes. Se produjo accidente cerebro-vascular en 2 pacientes. Un paciente presentó trombos arterial axilar derecha, y otro presentó isquemia bifemoral. Se diagnosticó Livedo reticularis en 1 paciente. En todos los pacientes con SAF y ETV se instauró anticoagulación indefinida, la mayoría de casos con tratamiento oral (acenocumarol).

Conclusiones. La anemia hemolítica autoinmune es un hallazgo poco frecuente pero muy relevante en pacientes con síndrome antifosfolípido, al haber sido descrita como el único marcador predictor de progresión a lupus eritematoso sistémico en estos pacientes. No

obstante, se ha verificado que dicha progresión es inusual y tardía según diferentes series, por lo que es fundamental un adecuado seguimiento a largo plazo.

T-23

TROMBOSIS VENOSA PROFUNDA Y CALIDAD DE VIDA EN PACIENTES JÓVENES

M. García-Fuster, F. Martínez, R. Oltra, N. Abdilla, M. Fabiá, C. Fernández, V. Oliver y M. Forner

Servicio de Medicina Interna. Hospital Clínico Universitario. Valencia.

Objetivos. Valoración del impacto de la trombosis venosa profunda (TVP) de miembros inferiores en la calidad de vida (CV) de pacientes jóvenes, no afectos de patologías intercurrentes. Se analiza la influencia de la proximidad del evento, etiopatogenia, localización de la trombosis, recidiva y del síndrome posttrombótico (SPT).

Material y métodos. Se estudian pacientes < 50 años al diagnóstico, ingresados consecutivamente y afectos de TVP de los miembros inferiores. El diagnóstico se realiza mediante eco-Doppler, flebografía, angio-TAC o angio-RNM. Se valora la localización del trombo clasificándola en proximal o distal. Se clasifica la etiopatogenia de la TVP en tres grupos: 1) congénita, si existe ATIII, déficit de PC, déficit de PS, factor V Leiden o PTG20210A, 2) secundaria a anticuerpos antifosfolípidos (AAFL) y 3) existencia solo de factores adquiridos transitorios. En una de las visitas de control se valora el SPT según método de Villalta y los pacientes cumplimentan la encuesta CIVIC (Chronic Venous Insufficiency Questionnaire), única validada al idioma español para estimar la repercusión de la insuficiencia venosa en la CV. En ella se calcula el índice total (IT) de calidad de vida y de sus componentes: dolor (ID), físico (IF), social (IS), y psicológico (IP). Índice normal = 100. Se analiza el impacto de los distintos factores sobre la CV mediante test de Student y ANOVA. El grado de asociación mediante el cálculo de los coeficientes de correlación de Pearson.

Resultados. Se incluyen 92 pacientes (edad media 35 años, 44 mujeres, IMC 26,2). El estudio de la CV se realizó en una media de 50 meses (rango 6-168 meses) tras el primer episodio. El valor medio del ITotal de CV fue de 70,1 (IC95% 65,3-74,8) y el de sus componentes: IDolor 65,7 (IC95% 60,4-71,0), IFísico 67,9 (IC95% 62,1-73,7), ISocial 71,4 (IC95% 66,3-76,6) e IPsicológico 72,1 (IC95% 67,0-77,2). La CV empeora de forma significativa con la presencia de SPT (no vs si) y de recurrencia de la trombosis (no vs si) así como con el distanciamiento del primer episodio de TVP (< 20 meses vs > 20 meses). En cambio no influyen: la localización del trombo (proximal vs distal), ni la etiología de la trombosis (trombofilia vs antifosfolípidos vs adquiridos transitorios). Se observa una correlación significativa entre el grado de síndrome posttrombótico y la pérdida de calidad de vida ($r = -0,86$, $p < 0,001$).

Discusión. La pérdida de calidad de vida en los pacientes jóvenes con TVP es dependiente del grado de síndrome posttrombótico, y aumenta con el paso del tiempo. Los resultados obtenidos tienen la ventaja sobre estudios anteriores de haber sido realizados en pacientes jóvenes sin más patología que la venosa, lo que elimina los sesgos propios del envejecimiento y de la presencia de otras dolencias. **Conclusiones.** La TVP representa un importante problema de salud en los pacientes jóvenes ya que disminuye de forma significativa su calidad de vida tanto en la esfera física, psicológica como social.

T-25

ENFERMEDAD TROMBOEMBÓLICA VENOSA EN NUESTRA ÁREA DE SALUD (1998-2004)

J. Barragán Casas, E. Rodríguez Beltrán, M. Budiño Sánchez, M. López Fernández, M. Garcinuño Jiménez y D. Sánchez Fuentes

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

Objetivos. Conocer las características de la enfermedad tromboembólica venosa (ETE) en nuestra área de salud de los años 1998 a 2004. Relacionar el valor del Dímero-D con la enfermedad tromboembólica (ETE).

Material y métodos. Los datos se han obtenido del registro de informes de alta de los pacientes diagnosticados de ETE en nuestra área

de salud de Ávila. Estudio prospectivo de la ETEV en el Servicio de Medicina Interna. Período 1998-2004.

Resultados. Pacientes: 592. Media de edad: 63,14 ± 15,64 (rango 17-98). Mayores de 70 años: 341 (57,6%). Por sexos: 328 (55,4%) varones y 264 (44,6%) mujeres. Las complicaciones hemorrágicas graves recogidas fueron 3 (0,5%) y la mortalidad global durante el proceso fue de 22 pacientes (3,7%), siendo el 50% relacionado con la ETEV. El Dímero-D < 500 fue en 61 pacientes (15,7%), Dímero-D1 > 500 en 360 (60,8%) y no consta en 171 (28,88%). Los resultados por tipos y por edad se muestran en las sucesivas tablas.

Conclusiones. En nuestro medio la ETEV predomina en mayores de 70 años (57%). La presentación más frecuente es la TVP, en una tercera parte de los pacientes se detecta TEP. Otras presentaciones de TVP fueron menos frecuentes (3%). Hasta el 15% de nuestros pacientes presentaron valores inferiores a 500 de Dímero-D. La mortalidad relacionada con la ETEV fue > 2%.

Tabla 1. Distribución de la ETEV según la localización de la misma (T-25).

Tipo de ETEV	Nº pacientes (%)
TVP MMII	486 (82,09%)
TVP MMSS	12 (2,02%)
TEP	198 (33,44%)
Otras TVP	18 (3,04%)

Tabla 2. Distribución de la ETEV según grupos de edad (T-25).

Grupo de edad	Nº pacientes
< 50	79
51-60	57
61-70	112
71-80	218
> 80	123
Total	592

T-26

ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL Y ENFERMEDAD TROMBOEMBÓLICA VENOSA. ESTUDIO DESCRIPTIVO Y PREVALENCIA DE TROMBOFILIA EN EL HOSPITAL GENERAL UNIVERSITARIO DE ALICANTE

R. Sánchez Martínez, M. García Sánchez, A. Botella Ortiz, R. Martínez Goñi, D. Piñar Cabezas y B. Valero Novella
 Servicio de Medicina Interna. Hospital General Universitario de Alicante. Alicante.

Objetivos. Realizar un estudio descriptivo de los casos de ETV (enfermedad tromboembólica venosa) asociada a enfermedad inflamatoria intestinal diagnosticados en el hospital general universitario de Alicante desde marzo del 2001 a julio del 2007.

Material y métodos. Se describen los casos de enfermedad inflamatoria asociada a ETV de todos los casos de ETV diagnosticados en el hospital general de Alicante en los últimos 6 años. Se analizan características de la EII (estado al diagnóstico de la ETV, tratamiento y evolución) y de la ETV a su diagnóstico, que incluyen tipo de ETV, Dímero D al diagnóstico y estudio habitual de trombofilia, como durante el seguimiento, a los 6 meses y al año.

Resultados. Desde marzo del 2001 a julio del 2007 fueron diagnosticados 300 casos de ETV. De ellos 9 pacientes tenían además una enfermedad inflamatoria intestinal (5 enfermedad de Crohn y 4 colitis ulcerosas) todos ellos con brote moderado a severo al diagnóstico de la ETV, y en tratamiento con esteroides y mesalazina; 2 pacientes precisaron además azatioprina para control sintomático y otro 6-mercaptopurina. Con respecto al tipo de ETV el 62,5% de los paciente fueron diagnosticados por eco doppler de TVP proximal (uno de ellos en miembros superior), un 11,1% tromboflebitis superficial y un 22,2% (2 pacientes) embolia pulmonar diagnosticada con gammagrafía de ventilación perfusión con angioTAC pulmonar y ecodoppler de extremidades inferiores normal en uno de ellos, y en el otro con angioTAC pulmonar concluyente. En tres pacientes se hizo el diagnóstico de EII tras la ETV. En el seguimiento a 6 meses y un año, se retiró anticoagulación con Sintrom en 4 pacientes sin evidenciar recidiva al año, en una pacientes no se realizó anticoagulación por tromboflebitis, otros

dos pacientes continúan con anticoagulación, uno con heparina de bajo peso molecular terapéutica por presentar brotes severos frecuentes y otro con sintrom. En dos pacientes se mantuvo tratamiento indefinido por coexistencia de factores de riesgo o trombofilia adquirida o genética. Un 22,2% de los pacientes presentaron estudio de hipercoagulabilidad positivo (1 con déficit de PS y anticuerpos antifosfolípido y otra con anticuerpos antifosfolípido, siendo ambas diagnosticadas de síndrome antifosfolípido primario).

Conclusiones. Aunque la incidencia de ETV en pacientes con enfermedad inflamatoria intestinal es baja, dadas las implicaciones terapéuticas posteriores sería importante administrar la profilaxis antitrombótica adecuada, sobre todo en pacientes con brote moderado a severo y/o si existe algún factor asociado. La incidencia de trombofilias en nuestros casos fue elevada.

T-27

AGENESIA DE LA VENA CAVA COMO CAUSA DE TROMBOSIS EN PACIENTE JOVEN

S. Valero González¹, P. Aguiar Souto², E. Montero Hernández¹, P. Chicharro Manso¹ y J. Bilbao Garay¹

¹Servicio de Medicina Interna, ²Servicio de Cardiología. Hospital Universitario Puerta de Hierro. Madrid.

Objetivos. Las malformaciones congénitas de la vena cava inferior (VCI), con una prevalencia entre 0,07-8,7%, pueden manifestarse clínicamente como insuficiencia venosa crónica y/o episodio de trombosis venosa profunda. El objetivo de este estudio es analizar los casos de trombosis asociados a esta malformación.

Material y métodos. Revisión retrospectiva de historias clínicas de pacientes con agenesia de la vena cava inferior sintomática (con evento trombótico asociado) en un hospital de tercer nivel durante el período comprendido entre el año 2000 y 2007.

Resultados. Caso 1: varón de 23 años que consulta por dolor e inflamación de miembro inferior derecho. El dímero D era 19,40. El eco-doppler de miembros inferiores mostró un aumento de tamaño de la vena femoral común y superficial derecha con contenido ecogénico en su interior. Se realizó una angio-RM que únicamente objetivaba la vena cava a partir de las venas renales y una gran circulación colateral que desde el territorio pélvico subía a drenar a la vena renal izquierda. El estudio de hipercoagulabilidad fue negativo. Se inició tratamiento hospitalario con heparina sódica y posteriormente con acenocumarol durante 6 meses. Caso 2: varón de 27 años que consulta por inflamación de miembro inferior izquierdo y disfunción eréctil de 1 mes de evolución. El dímero D era de 15,78. El eco-doppler de miembros inferiores mostró una oclusión trombótica de la vena iliaca, femoral superficial y profunda y poplítea izquierda. En la angioresonancia se comprobó la trombosis de la vena cava hasta las arterias renales siendo a partir de aquí filiforme y existiendo gran circulación colateral y un retorno venoso aumentado a través del sistema ácidos. Se inició tratamiento fibrinolítico de forma local y posteriormente anticoagulación iniciada con heparina sódica y luego con acenocumarol que se mantuvo de forma indefinida.

Conclusiones. Las anomalías de la VCI son un factor de riesgo reconocido para eventos trombóticos que debería ser considerado en pacientes jóvenes que debutan con trombosis venosa profunda proximales (afecta vena iliaca) y/o bilaterales. Las técnicas de imagen preferidas para su diagnóstico son la angioresonancia o la angiografía, sobre todo en ausencia de factores de riesgo asociados. La anticoagulación prolongada es el tratamiento óptimo dada la alta recurrencia tras suspensión del tratamiento.

T-28

ANÁLISIS DE LAS CARACTERÍSTICAS EPIDEMIOLÓGICAS Y CLÍNICAS EN UNA POBLACIÓN CON ETV (TROMBOSIS VENOSA PROFUNDA) Y EVALUACIÓN DEL TRATAMIENTO

Z. Santos Moyano, H. Sterzik, M. Mohamad Tubio, J. Muñoz de Unamuno, J. Pérez Marín, P. Peña Quintana y J. Gómez Díaz

Servicio de Medicina Interna. Hospital Universitario Insular de Gran Canaria. Palmas de Gran Canaria (Las), Las Palmas.

Objetivos. Analizar las características clínicas y epidemiológicas de los pacientes ingresados en nuestro servicio con TVP y evaluar la conducta terapéutica llevada a cabo.

Material y métodos. Estudio retrospectivo de pacientes con TVP ingresados (desde enero-Junio 2006). Se recojeron edad, sexo, motivo de consulta, factores de riesgo para ETEV, probabilidad clínica según Escala de Wells, tratamiento inicial en servicio de urgencias, tratamiento en planta, días hasta alcanzar rango de anticoagulación, inicio de deambulación y complicaciones del tratamiento. Diagnóstico etiológico al alta y a los seis meses.

Resultados. Se estudiaron 53 pacientes (50,9% varones y 49,1% mujeres). Edad media 65 ± 17 años (18-94); 65 ± 17 varones (18-83) y 67 ± 18 mujeres (18-94). Motivo de consulta más frecuente edema en miembro inferior izquierdo (37,7%). Factores de riesgo: inmovilización > 5 días (41,5%) seguido de neoplasia activa (13,2%) y antecedentes de ETEV (13,2%). Probabilidad de Wells 1-2 en el 90,5%. En el 100% se realizó Eco-doppler. Localización más frecuente la poplítea en un 41,6%. Éxitus: 5,7% (n = 3). Sólo en el 39,6% figuraba el peso en HC. El tratamiento inicial se realizó con dos fármacos en un 36,8% (HBPM y Acenocumarol), y en un 64,2% el tratamiento de inicio fue un solo fármaco (34,2% HBPM y en un 30% Heparina sódica). Durante la estancia en planta de hospitalización la mayoría de casos 60,4% permanecieron con dos fármacos (HBPM y Acenocumarol). El tiempo hasta alcanzar el rango de ACO fue 5 ± 2 (2-13). La indicación de deambulación en las órdenes de tratamiento desde su ingreso osciló entre 1 y 11 días (4 ± 2). No se registraron complicaciones importantes (hemorragias mayores) y en dos pacientes se observó trombopenia inducida por heparinas (3,8%). El tiempo de anticoagulación en el seguimiento en 6 meses fue el siguiente: indefinido en historia clínica un 47,2%, 24,6% más de 6 meses, 3 meses en un 9,4%, 6 meses en un 13,2%. Al alta en el 79,2% no se estableció diagnóstico etiológico (11,3% se asoció a inmovilización). Estudio de hipercoagulabilidad en 39,6% (alteración más frecuente: Factor V Leiden). A los 6 meses el diagnóstico etiológico más frecuente fue idiopático (41,5%), neoplasia (22,6%), alteraciones de coagulación (24,5%) e inmovilización (11,3%). En un solo paciente se diagnosticó una nueva neoplasia en el seguimiento.

Conclusiones. 1) Predominio de varones, siendo la edad mayor en las mujeres. 2) Localización más frecuente: venas poplíteas en miembro inferior izquierdo. 3) Porcentaje elevado de pacientes dados de alta sin un diagnóstico etiológico de la TVP, siendo la causa más frecuente a los 6 meses la idiopática. 4) Destaca entre los factores de riesgo la inmovilización previa. La utilización de una adecuada profilaxis hubiera reducido el número de eventos tromboticos. 5) El peso no figura habitualmente en la historia clínica, siendo un dato importante para la dosis de inicio de heparinas. 6) A pesar de las recomendaciones de iniciar tratamiento conjunto con heparina y anticoagulantes orales, en un alto porcentaje de casos se inicia tratamiento anticoagulante con un solo fármaco, tardándose más de 2-3 días en añadir ACO, lo que retrasa alcanzar un INR en rango adecuado. 7) En un 30% de casos se inicia tratamiento con Heparina no fraccionada, debiendo reservarse ésta para situaciones individuales concretas (I. renal grave, embarazo...). 8) El inicio de la deambulación para los pacientes debe ser precoz, ya que no existen evidencias claras que demuestren el beneficio de mantener reposo absoluto de manera prolongada. En nuestra serie esta indicación fue tardía.

T-29

FACTORES RELACIONADOS CON LAS DETERMINACIONES PERSISTENTEMENTE POSITIVAS DE ANTICUERPOS ANTIFOSFOLIPÍDICOS EN PACIENTES CON SÍNDROME ANTIFOSFOLIPÍDICO.

S. Bucciarelli¹, G. Espinosa¹, D. Tássies², M. Martínez³, F. Carmona³, J. Reverter², J. Balasch³ y R. Cervera¹

¹Servicio de Enfermedades Autoinmunes Sistémicas,

²Hemoterapia y Hemostasia, ³Instituto Clínico de Ginecología,

Obstetricia y Neonatología. Hospital Clínic i Provincial de Barcelona. Barcelona.

Objetivos. En un estudio previo, hemos relacionado el riesgo de trombosis durante el seguimiento con las determinaciones persistentemente positivas de los anticuerpos antifosfolipídicos (AAF), especialmente con la combinación de anticoagulante lúpico (AL) + anticuerpos anticardiolipina (AAC) IgG en pacientes con síndrome antifosfolipídico (SAF). El objetivo del presente trabajo es relacionar las características demográficas y clínicas al diagnóstico con la presencia de determinaciones persistentemente positivas de AAF en el seguimiento en pacientes con SAF.

Material y métodos. Analizamos 141 pacientes con SAF de acuerdo con los criterios de Sapporo. Definimos como determinaciones persistentemente positivas de AAF (AL o AAC) cuando el 75% de las mismas fueron positivas durante el seguimiento (los AAF fueron medidos en 5 o más ocasiones).

Resultados. La mediana de seguimiento entre el diagnóstico fue de 68 meses (12-228) y la mediana entre la primera y la última determinación de AAF de 65 meses (9-180). El promedio de determinaciones fue de 8 (5-27). No encontramos relación entre las determinaciones persistentemente positivas de AAF con la edad, el sexo y la presencia de SAF primario o asociado a otras enfermedades autoinmunes. La presencia de trombosis arterial como criterio clasificatorio de SAF se asoció a determinaciones de AAF persistentemente positivas (OR 2,77; IC 95% 1,4-5,6; p = 0,007), específicamente con la combinación AL + AAC IgG (OR 3,4 IC 95% 1,3-8,6 p = 0,009). Las determinaciones persistentemente positivas también se relacionaron con el criterio clasificatorio de SAF morbilidad obstétrica + trombosis (OR 4,6; IC 95% 1,6-12,7; p = 0,003), específicamente con la presencia de AL (OR 5,0; IC 95%; 1,4-17,7; p = 0,019) y la combinación AL + AAC IgG (OR 3,4 IC 95% 1,3-8,6 p = 0,009). Los criterios clasificatorios de SAF trombosis venosa o trombosis arterial y venosa no se relacionaron con mayor frecuencia de determinaciones persistentemente positivas, aunque en esta última situación afectaba solamente a 3 pacientes. Contrariamente la presencia de morbilidad obstétrica aislada como criterio clasificatorio de SAF se relacionó con una menor frecuencia de determinaciones persistentemente positivas (OR 2,2; IC 95% 1,2-4,1; p = 0,003). En las pacientes con morbilidad obstétrica aislada como criterio clasificatorio de SAF, el porcentaje que desarrollaron episodios tromboticos durante la evolución con AAF persistentemente positivos fue de 22,2% (2/9) respecto a aquellas con AAF transitoriamente positivos 3,1% (1/32), aunque no hallamos significación estadística entre ambos grupos.

Discusión. Dada la aparente relación entre el riesgo de trombosis durante el seguimiento y la persistencia de positividad de los AAF en pacientes con SAF, es importante determinar qué factores en el momento del diagnóstico se relacionan con esta persistente positividad. Ello puede ayudar a identificar los pacientes con mayor riesgo trombotico e individualizar su tratamiento.

Conclusiones. La trombosis arterial y la morbilidad obstétrica + trombosis como criterios clasificatorios de SAF son los factores que se relacionan con determinaciones persistentemente positivas de AAF. La morbilidad obstétrica aislada no se relaciona con determinaciones de AAF persistentemente positivas.

T-30

EVALUACIÓN DEL RIESGO DE ENFERMEDAD TROMBOEMBÓLICA Y UTILIZACIÓN DE TROMBOPROFILAXIS DURANTE EL INGRESO Y AL ALTA HOSPITALARIA EN UN SERVICIO DE MEDICINA INTERNA DE UN HOSPITAL TERCIARIO

A. Borobia Pérez¹, C. Fernández Capitán², N. Iniesta Arandia², J. Valero Recio², P. García de Paso Mora², M. Campos Fernández de Sevilla³, M. Bizighescu⁴ y A. Carcas-Sansuán¹

¹Servicio de Farmacología Clínica, ²Servicio de Medicina

Interna, ³Farmacia Hospitalaria, ⁴Servicio de Medicina

del Trabajo. Hospital Universitario la Paz. Madrid.

Objetivos. Conocer el riesgo de enfermedad tromboembólica venosa (ETV) en pacientes ingresados en un Servicio de Medicina Interna, y al alta hospitalaria, así como estudiar los hábitos de prescripción de tromboprofilaxis.

Material y métodos. Sujetos: pacientes ingresados en el Servicio de Medicina Interna del H.U. La Paz, descartando aquellos con criterios de exclusión (contraindicación relativa y absoluta para tratamiento con HBPM, pacientes anticoagulados, pacientes a cargo del equipo investigador). Parámetros clínicos: datos demográficos. Grado de riesgo de ETV y tratamiento indicado según los protocolos de la 7ª Conferencia Consenso (Chest, 2004). Indicación de tromboprofilaxis. Diseño: corte transversal de un día y análisis retrospectivo desde el ingreso al alta hospitalaria. Parámetros de evaluación: 1) Pacientes con indicación de tromboprofilaxis y tipo de tratamiento indicado. 2) Relación indicación-prescripción: a) Pacientes correctamente tratados, b) Pacientes infratratados y c) Pacientes sobretatados. Año-

Tabla 1. Riesgo de ETV (en %) durante el ingreso y al alta hospitalaria (T-30).

Prescripción	Sin riesgo (Sin profilaxis)	Riesgo bajo (Medidas físicas)	Riesgo moderado (HBPM bajas dosis)	Riesgo alto (HBPM altas dosis)
Ingreso	19,2%	23,1%	7,7%	50,0%
Alta	32,7%	30,8%	3,8%	21,2%

tos estadístico: la prueba de χ^2 para las comparaciones de la relación indicación-prescripción durante el ingreso y al alta.

Resultados. De los 77 pacientes ingresados se incluyeron 52 (25% mujeres, 75% hombres), con una media de edad de 73 ± 18 años. Los datos de riesgo de ETV se resumen en la tabla 1. La relación indicación-prescripción queda resumida en la tabla 2. La comparación de estos datos durante el ingreso y al alta, no obtiene la significancia estadística.

Discusión. La ETV es un problema importante que constituye la 3ª causa de mortalidad en nuestro país. Es necesaria una correcta tromboprofilaxis por la elevada incidencia de ETV, el difícil diagnóstico de esta patología y el bajo valor predictivo negativo de las pruebas diagnósticas. Sólo el 57,7% de los pacientes ingresados tiene una prescripción adecuada a la indicación de tromboprofilaxis, estando el 38,5% infratratados. Al alta hospitalaria, el porcentaje de pacientes con prescripción adecuada disminuye y aumenta el de infratratados, siendo un factor de riesgo importante para padecer una ETV.

Conclusiones. 1) Hay una gran proporción de pacientes con riesgo elevado de ETV. 2) Existe un elevado porcentaje de pacientes infratratados. 3) Este porcentaje aumenta al alta hospitalaria. 4) Es necesario realizar intervenciones educativas para concienciar sobre la necesidad de una correcta prescripción de tromboprofilaxis.

Tabla 2. Relación indicación-prescripción (en %) durante el ingreso y al alta hospitalaria (T-30).

	Adecuada	Infratratados	Sobretatados
Ingreso	57,7%	38,5%	3,8%
Alta	50,0%	45,7%	4,3%

**T-31
HEMATOMA RETROPERITONEAL INDUCIDO POR ANTICOAGULANTES**

E. Zubillaga¹, H. Azkune¹, F. García¹, J. Vivanco¹ y G. Zubillaga²

¹Servicio de Medicina Interna. Hospital Donostia-Donostia Ospitalea. Donostia-San Sebastián, Guipúzcoa. ²UPV-EHU. Universidad del País Vasco. Guipúzcoa.

Objetivos. 1) Describir las características de los pacientes con diagnóstico de Hematoma retroperitoneal no traumático en el Hospital Donostia en los últimos 5 años. 2) Analizar la toma de Anticoagulantes, la dosis y el INR y el Hematoma retroperitoneal.

Material y métodos. Estudio descriptivo retrospectivo utilizando la historia clínica de los casos de Hematoma retroperitoneal no traumáticos diagnosticados desde el 2002 al 2007 en el H. Donostia. Variables: motivo de la anticoagulación, edad, patologías asociadas, pruebas de imagen realizadas y tratamientos recibidos.

Resultados. Cinco casos de hematoma retroperitoneal no traumático. 4 diagnosticados por TAC y 1 por Angiografía, 4 eran espontáneos y 1 asociado a Metástasis Suprarrenal previamente desconocida. La indicación para la anticoagulación era mayoritariamente la prevención del embolismo arterial. La media de edad era de 74 años. Insuficiencia renal previa leve en 3 de 5 casos. Ningún paciente tenía historia previa de sangrado mayor. 4 de 5 pacientes tomaban acenocumarol los días previos al diagnóstico y 1 enoxaparina y ninguno antiagregantes. La dosis media de acenocumarol era de 9,75 mg/semana (en rango de literatura). El INR en los días previos al diagnóstico era superior a 3,5 en 2 de los 5 pacientes. Clínica de dolor abdominal en 4 de los 5 pacientes. El tratamiento fue conservador en la mayoría, y quirúrgico sólo en 1 de 5. Sobrevivieron 4 de 5. Al alta la mayoría se van sin anticoagulación y 2 de 5 toman enoxaparina.

Conclusiones. 1) El Hematoma retroperitoneal no traumático es una complicación infrecuente de los tomadores de anticoagulantes. Más frecuente en mayores de 70 años, con Insuficiencia renal, y en algunos pacientes con neoplasia oculta de fondo. 2) No es preciso cifras de INR fuera del rango terapéutico para producirse estos hematomas. 3) Paciente que acude por dolor abdominal y, toma anticoagulantes, valorar posibilidad de Hematoma retroperitoneal y solicitar pruebas de imagen oportunas.

Tabla 1. Hematoma retroperitoneal y anticoagulantes (T-31).

Paciente		INR
1	Acenocumarol	4,6
2	Acenocumarol	3,36
3	Acenocumarol	3,23
4	Acenocumarol	15,4
5	Enoxaparina	1,05

T-32

ANTICUERPOS ANTICARDIOLIPINA EN PACIENTES CON HEPATITIS CRÓNICA POR EL VIRUS C: SU RELACIÓN CON OTROS COMPONENTES ANALÍTICOS DEL SÍNDROME ANTIFOSFOLÍPIDO

F. Guerrero Igea¹, M. Serrano Pérez¹, J. Reveriego Blanes¹, J. Lepe Jiménez², A. Garrido Soriano³, J. Galbarro Muñoz¹, S. Palomo Gil⁴ y M. Aguayo Canela¹

¹Servicio de Medicina Interna A. Hospital Virgen Macarena. Sevilla. ²Servicio de Microbiología, ³Servicio de Digestivo. Hospital Virgen del Rocío. Sevilla. ⁴Servicio de Medicina Interna. Hospital de Riotinto. Minas de Riotinto, Huelva.

Objetivos. Estudiar la prevalencia de Ac. anticardiolipina en pacientes con hepatitis crónica por el virus C y analizar su relación con otras alteraciones analíticas que componen el síndrome antifosfolípido.

Material y métodos. Diseño prospectivo transversal. Se estudio un grupo de pacientes con hepatitis crónica por el virus C. Se analizaron las siguientes variables: presencia de Ac. anticardiolipina IgG, alargamiento del TPTA, RPR y plaquetopenia. Se examinó la asociación entre Ac anticardiolipina con: alargamiento del TPTA, plaquetopenia y RPR (+). Estadística: comparación de variables cualitativas y cuantitativas.

Resultados. Se estudio una muestra de 48 pacientes con hepatitis crónica por el virus C, con una edad media de $57,5 \pm 18,4$ años, 64,5% de hombres y 35,5% de mujeres. 11 tenían Ac. anticardiolipina IgG (+) (22%), 16 plaquetopenia (33%), 16 alargamiento del TPTA (33%) y 1 RPR (+) (2,1%). No detectamos asociación alguna entre los ACA con: alargamiento TPTA (NS), plaquetopenia (NS) o RPR (NS). Sin embargo estas últimas variables sí se asociaron de forma significativa con otras relacionadas fisiopatológicamente con la hepatopatía crónica per se (hiperesplenismo y trastornos de la coagulación) (véase tabla). Nota: el único paciente con manifestaciones trombóticas (c. isquémica) era RPR (+), Ac. anticardiolipina (+), sin plaquetopenia ni alargamiento del TPTA. Dado que no se detectaron más pacientes RPR (+), no fue posible estudiar su grado de asociación con otras variables.

Discusión. Del estudio se desprende una falta de asociación entre los componentes analíticos que conforman el SAF en los pacientes con hepatitis crónica por el virus C; sin embargo, éstos sí se asocian con trastornos relacionados con la hepatopatía crónica. Con el tamaño de muestra del estudio, no hemos detectado relación entre positividad de anticuerpos anticardiolipina y manifestaciones trombóticas.

Conclusiones. A pesar de una elevación significativa de los Ac. anticardiolipina en los pacientes con hepatitis crónica por el virus C, no

hemos detectado correlación con otros componentes de SAF ni con clínica trombotica.

Tabla 1. Análisis de la asociación entre componentes analíticos del SAF y otros relacionados (T-32).

Asociaciones	Valor de p
Ac. anticardiolipina IgG y plaquetopenia	NS
Ac. anticardiolipina IgG y alargamiento del TPTA	NS
Ac. anticardiolipina IgG y RPR	NS (ζ error beta?)
Plaquetopenia y anemia	p < 0,05
Plaquetopenia y leucopenia	p < 0,05
TPTA y alargamiento del TP	p < 0,09

T-33

VARIABILIDAD EN EL EMPLEO DE HEPARINA DE BAJO PESO MOLECULAR PARA LA PREVENCIÓN DE LA ENFERMEDAD TROMBOEMBÓLICA VENOSA EN PACIENTES INGRESADOS POR EXACERBACIONES DE LA EPOC

I. Martín Garrido¹, E. Espejo², L. Rivero³, M. Atienza¹, B. Santos², R. García Contreras¹, J. Varela³ y E. Calderón³

¹Servicio de Medicina Interna, ²Farmacia, ³Servicio de Medicina Interna. CIBER Epidemiología y Salud Pública. Hospital Virgen del Rocío. Sevilla.

Objetivos. Un 10% de las muertes en hospitales se deben a enfermedad tromboembólica venosa (ETV) que en el 75% de los casos corresponden a pacientes médicos. La profilaxis constituye la actuación clave en este problema. Sin embargo, a pesar de la evidencia científica disponible sobre intervenciones preventivas en pacientes médicos aún existe incertidumbre y variabilidad en la práctica clínica. El objetivo de este estudio fue evaluar la variabilidad entre dos servicios de un mismo hospital en la utilización profiláctica de heparinas de bajo peso molecular (HBPM) para la prevención de la ETV en pacientes ingresados con un mismo problema clínico, la EPOC descompensada.

Material y métodos. Se han analizado todos los casos de EPOC de más de 59 años ingresados durante el año 2006 en los Servicios de Medicina Interna y Neumología de nuestro hospital, recogiendo de la base de datos del Servicio de Farmacia la utilización o no de enoxaparina, la HBPM disponible en nuestro centro, y la dosis administrada.

Resultados. Se identificaron 256 casos (92 en Neumología y 164 en MI) con una edad media de 74,6 \pm 8,2 años, de los cuales el 86% eran varones. En el 11,9% de los pacientes de Neumología y en el 20,7% de los de MI no se utilizó profilaxis con HBPM (diferencias no significativas p = 0,1). Se detectaron diferencias en las dosis empleada en uno y otro servicio, utilizándose la dosis recomendada de 40 mg de enoxaparina para la profilaxis en pacientes médicos en el 72,8% de los pacientes ingresados en Neumología y en el 55,4% de los ingresados en MI (p = 0,009).

Conclusiones. La utilización de profilaxis con HBPM es una práctica frecuente, aunque mejorable, en los pacientes ingresados en nuestro centro por exacerbaciones de la EPOC. Existe variabilidad entre los servicios considerados respecto a las dosis empleados, por lo que podría ser de utilidad la implantación de una guía de práctica clínica que abordará este tema.

T-34

VALORACIÓN DEL RIESGO DE ETV EN PACIENTES INGRESADOS EN SERVICIOS DE MEDICINA INTERNA

R. García-Contreras¹, L. Rivero¹, M. Guil², I. Martín¹, E. Briones³, F. Díez⁴, F. Medrano⁵ y E. Calderón⁵

¹Servicio de Medicina Interna, ²Servicio de Medicina Interna y CIBER de Epidemiología y Salud Pública. Complejo Hospitalario Virgen del Rocío. Sevilla. ³Servicio de Medicina Interna. Hospital Comarcal de la Axarquía. Vélez-Málaga, Málaga. ⁴Documentación Clínica. Complejo Hospitalario Nuestra Señora de Valme. Sevilla. ⁵Servicio de Medicina Interna. Hospital Torrecárdenas. Almería.

Objetivos. Conocer el riesgo de Enfermedad Tromboembólica Venosa (ETV) en los pacientes ingresados en Servicios de Medicina Interna.

Material y métodos. Se realizó un muestreo aleatorio estratificado de los registros del CMBD de 4 hospitales de distinto nivel del Servicio Andaluz de Salud para seleccionar las historias clínicas de pacientes atendidos en las áreas de medicina de dichos centros en los años 2003 y 2005. La información se recogió mediante la revisión de las historias clínicas de cada uno de los casos incluidos en el estudio utilizando un formato estructurado. La identificación de los factores de riesgo y la ponderación global del riesgo se realizó atendiendo a la clasificación de la guía PRETEMED (guía avala, entre otras sociedades, por la SEMI).

Resultados. En total se incluyeron 662 pacientes con una edad media 67 años (rango: 14-95). El 52% eran hombres. La ponderación media del riesgo global de ETV en paciente médicos utilizando la clasificación de la guía PRETEMED para los cuatro hospitales fue de 4,02 \pm 2,64 (rango: 0-11). En el 54% de los casos estaba recomendada la tromboprolifaxis con medidas farmacológicas según las recomendaciones de la guía PRETEMED porque alcanzaban una ponderación de riesgo global igual o mayor de 4. Los factores de riesgo más frecuentes en los pacientes ingresados por procesos médicos fueron: edad superior a 60 años, encamamiento mayor de 4 días, insuficiencia cardíaca, tabaquismo, EPOC y obesidad.

Conclusiones. Los pacientes con procesos médicos presentan con frecuencia más de un factor de riesgo para el desarrollo de ETV. Sin embargo, no todos superan el dintel de riesgo para la indicación de tromboprolifaxis con medidas farmacológicas durante su ingreso y la anticoagulación no esta exenta de efectos secundarios, por lo que la indicación de dicho tratamiento debe individualizarse en cada caso evaluando el riesgo/beneficio. Proyecto financiado con las ayudas del FIS 05/1729 y de la Fundación Salud y Progreso exp. 82022.

T-35

INFLUENCIA DE LA EDAD EN LA ESCALA DE PROBABILIDAD CLÍNICA DE WELLS PARA EL DIAGNÓSTICO DE TROMBOEMBOLISMO PULMONAR

R. Salas, R. Coll, X. Jané, C. Fornós, J. Delás, F. Fernández, N. Parra y F. Rosell

Servicio de Medicina Interna. Hospital Universitari Sagrat Cor. Barcelona.

Objetivos. El diagnóstico de tromboembolismo pulmonar (TEP) en los ancianos es un reto debido a su variabilidad clínica. A ello se suma escasez de tests validados y adaptados para esta franja de la población. Proponemos evaluar la utilidad de la escala de probabilidad clínica de Wells en el diagnóstico de TEP para diferentes grupos de edad y adaptar el criterio de positividad para mejorar la rentabilidad.

Material y métodos. Se realizó un estudio de casos y controles prospectivo sobre 164 pacientes bajo sospecha clínica de TEP, registrados secuencialmente desde diciembre de 2004 a abril de 2007 en un Hospital Universitario. Se consideraron casos (59 pacientes) aquellos en los que se confirmó TEP mediante gammagrafía pulmonar de ventilación perfusión y/o angioTAC pulmonar. Se recogieron datos sociodemográficos y clínicos, tests de laboratorio y pruebas de imagen. En una primera fase, el cálculo de parámetros de validez interna de la escala de Wells [sensibilidad (S), especificidad (E), valor predictivo positivo (VPP), valor predictivo negativo (VPN)] obtenidos a partir de la curva *receiver-operating characteristic* (ROC), así como el área bajo la curva (ABC) se realizó de manera estratificada en pacientes menores de 80 años (81 pacientes) y de 80 o más años (83 pacientes). Posteriormente, se procedió a la comparación de las ABC resultantes en cada grupo de edad. Los datos se procesaron con el programa SPSS 12,0.

Resultados. La prevalencia de TEP para los 164 pacientes [edad media = 76,5 años (12,92)] con sospecha clínica de TEP fue de 36,4% (59 en total). En el grupo de los 81 pacientes menores de 80 años [edad media = 67,42 años (12,45)], la prevalencia fue de 39,5%, mientras que en los 83 pacientes de 80 o más años [edad media = 85,36 años (4,43)] fue de 33,3%. El punto óptimo de corte según la curva ROC para la escala de Wells en el grupo menor de 80 años se fijó en 4 puntos con S = 51,9 (IC 95% 32,0 - 71,3), E = 90,6 (IC 95% 79,3 - 96,8), VPP = 73,37, VPN = 79,05. Su ABC fue de 0,77 (IC 95% 0,66 - 0,86). En el grupo de 80 o más años, el punto óptimo de corte según la curva ROC se fijó en 1,5 puntos, con S = 75,9 (IC 95% 56,5 - 89,7), E = 57,4 (IC 95% 42,2 - 71,7), VPP = 53,77, VPN = 78,48. Su ABC fue de 0,68 (IC 95% 0,56 - 0,78). La diferencia entre las ABC fue de 0,07, con p = 0,432.

Discusión. La proporción de pacientes que presentan alta probabilidad para TEP entre los casos (pacientes en los que se confirma TEP) decae con la edad, es decir, la escala de Wells pierde sensibilidad. En consecuencia, la capacidad de la prueba para diagnosticar TEP cuando se obtiene un resultado positivo es menor. En los servicios de urgencias, donde la frecuentación de pacientes de edad avanzada cobra cada vez más importancia, este hecho representa un inconveniente en el proceso diagnóstico. La solución que proponemos adapta el punto de corte de la escala de Wells en función de la edad. De esta manera, si en nuestro caso consideramos alta probabilidad de TEP a partir de 4 puntos para menores de 80 años y a partir de 1,5 puntos para los de 80 o más, el VPP aumenta considerablemente en este último grupo y mantiene VPN adecuado. Así, al comparar las ABC en ambos grupos, no se observan diferencias significativas entre ellas.

Conclusiones. La rentabilidad de la escala de Wells para seleccionar diagnósticos de TEP decae con la edad. Es necesario adecuar el criterio de positividad en función de la edad, especialmente en pacientes de 80 o más años. No obstante, la combinación de la escala de Wells con métodos altamente específicos (dímero-D) puede mejorar la fiabilidad del test ostensiblemente.

T-36

EFFECTO DE LA DIFUSIÓN DE LA GUÍA PRETEMED SOBRE LA PROFILAXIS DE LA ETV EN PACIENTES INGRESADOS EN SERVICIOS DE MEDICINA INTERNA

L. Rivero¹, R. García-Contreras¹, M. Guil², E. Briones³, I. Martín¹, J. Varela⁴, F. Medrano⁴ y E. Calderón⁴

¹Servicio de Medicina Interna, ²Servicio de Medicina Interna y CIBER de Epidemiología y Salud Pública. Complejo Hospitalario Virgen del Rocío. Sevilla. ³Servicio de Medicina Interna. Hospital Comarcal de la Axarquía. Vélez-Málaga, Málaga. ⁴Documentación Clínica. Complejo Hospitalario Nuestra Señora de Valme. Sevilla.

Objetivos. Evaluar la adecuación de las indicaciones de trombopprofilaxis en pacientes ingresados en Servicios de Medicina Interna antes y después de la difusión de una guía específica sobre prevención de enfermedad tromboembólica venosa (ETV) en pacientes médicos.

Material y métodos. Se realizó un muestreo aleatorio estratificado de los registros del CMBD de 3 hospitales del Servicio Andaluz de Salud para seleccionar las historias clínicas de pacientes atendidos en las áreas de medicina de dichos centros un año antes y uno después de la difusión de la guía PRETEMED (guía de profilaxis de la enfermedad tromboembólica en patología médica avalada por diferentes sociedades científicas incluida la SEMI). La información se recogió mediante la revisión de las historias clínicas de cada uno de los pacientes incluidos en el estudio utilizando un formato estructurado. La adecuación de la utilización de trombopprofilaxis se juzgó según las recomendaciones de la guía PRETEMED en cada uno de los casos.

Resultados. Se incluyeron 267 casos antes de la implantación de la guía y 333 después. Considerado de forma global la adecuación del uso de trombopprofilaxis en pacientes médicos según las recomendaciones de la guía PRETEMED no se modificó de forma significativa con la introducción de la guía. Adecuación antes de introducir la guía: 62,2%. Adecuación tras introducir la guía: 60,4%. Significación estadística $p = 0,7$. Sin embargo, con la introducción de la guía si se modificó la tasa de sobreuso y de infrautilización, elevándose el primero (22,8% vs 33%, $p = 0,007$) y bajando la segunda (13,8% vs 6,6%, $p = 0,004$).

Conclusiones. La difusión de la guía PRETEMED no parece que haya mejorado de forma global la adecuación de la trombopprofilaxis en los servicios de Medicina Interna de los hospitales del SAS estudiados, porque aunque ha mejorado la infrautilización de la trombopprofilaxis con medidas farmacológicas en los pacientes con indicación de realizarla, ha inducido también una sobre utilización de dichas medidas en casos sin indicación. Nuestro estudio resalta también la necesidad de evaluar los resultados de la introducción de guías sobre la práctica clínica para detectar posibles efectos no deseados de las mismas. Proyecto financiado con las ayudas del FIS 05/1729 y de la Fundación Salud y Progreso exp. 82022.

T-37

DESCRIPCIÓN DE UNA COHORTE DE PACIENTES CON ENFERMEDAD TROMBOEMBÓLICA VENOSA ATENDIDOS EN UNA CONSULTA MONOGRÁFICA

P. Salamanca Bautista, T. Lamas Martínez, E. Guisado Espartero, I. Blasco Esquivias, J. Santamaría González, B. García Casado, T. Monserrat García y R. Pérez Cano

Servicio de Medicina Interna B. Hospital Virgen Macarena. Sevilla.

Objetivos. Describir desde un punto de vista epidemiológico las características de los pacientes con Enfermedad Tromboembólica seguidos en una consulta monográfica de un hospital de tercer nivel. **Material y métodos.** Recogida de 156 pacientes seguidos en la Consulta de Enfermedad Tromboembólica de nuestro hospital entre 2004 y 2006. Elaboración de una base de datos con las características, localización de la trombosis y factores predisponentes. Análisis estadístico con el programa SPSS v 13.0.

Resultados. La edad media de los pacientes fue de 62,8 años, de los que el 51,3% eran hombres y el 48,7% eran mujeres. Se objetivaron eventos tromboembólicos de repetición en el 14,1%. En cuanto a los factores predisponentes, el 21,2% tenían diagnosticada alguna neoplasia en los 5 años previos o posteriores al episodio tromboembólico; al 16% se le realizó estudio de trombofilia; tenían antecedente de inmovilización un 16%, de cirugía, un 6,4% y de insuficiencia venosa, un 5,8%; no encontrándose ningún factor predisponente en el 23,7%. Un 13,5% de los pacientes presentaron tromboembolismo pulmonar, mientras que el 87,2% se presentaba como trombosis venosa profunda, asociada o no al TEP. La localización más frecuente fue en los miembros inferiores (34,6% en el derecho y 46,8% en el izquierdo), siendo el resto de las localizaciones poco frecuentes (brazo derecho 0,6%, brazo izquierdo 1,9% o cava inferior 0,6%).

Discusión. En la mayoría de los pacientes se objetivaron episodios tromboembólicos únicos, manifestándose en forma de trombosis venosa profunda en miembros inferiores. En un porcentaje importante no se encontró ningún factor predisponente, probablemente por no profundizar en los estudios complementarios; sólo se realizaron estudios de trombofilia en los pacientes jóvenes o en los que habían tenido más de un episodio. Aunque los pacientes con antecedente de inmovilización se les había recomendado profilaxis tromboembólica, la mayoría no la habían realizado adecuadamente, viéndose que solo en algunos de los casos asociaban también algún otro factor de riesgo (obesidad, anticonceptivos orales, tabaco). Las localizaciones menos frecuentes (miembros superiores o cava inferior) se dieron en pacientes que desarrollaron neoplasia en el futuro y/o que habían tomado anticonceptivos orales.

Conclusiones. 1) Hay un porcentaje importante de pacientes donde no se encuentra factor predisponente. 2) Los factores más frecuentemente involucrados son las neoplasias o la inmovilización. 3) Suele presentarse como Trombosis venosa profunda de miembros inferiores. 4) Deberían realizarse más estudios de trombofilia e insistir más en la profilaxis tromboembólica en todo paciente inmovilizado.

VARIOS

V-1

UTILIDAD DIAGNÓSTICA DE MALIGNIDAD DE LA PAAF EN ADENOPATÍAS SUPERFICIALES

J. Blanch Falp¹, C. Ruiz Zurero¹, E. Martínez Prats¹, A. Cardiel Bun¹, C. Martín Plata², J. Verge Schultze³, J. Torné Cachot¹ y J. Baucells Azcona¹

¹Servicio de Medicina Interna, ²Servicio de Anatomía Patológica, ³Servicio de Cirugía. Hospital Residència Sant Camil. Sant Pere de Ribes, Barcelona.

Objetivos. Evaluar la utilidad clínica de la punción aspiración con aguja fina (PAAF) de adenopatías superficiales, para el diagnóstico

de malignidad en un hospital comarcal. Como objetivo secundario identificar variables predictoras de malignidad.

Material y métodos. El Hospital Sant Camil centro de referencia de la comarca del Garraf, tiene 173 camas de agudos. Durante 4 años consecutivos se incluyeron 130 pacientes, a los que se practicó una PAAF con finalidad diagnóstica de una adenopatía superficial. Se trata de un estudio observacional y retrospectivo. Se determinó la sensibilidad (S), especificidad (E), valor predictivo positivo y negativo (VPP, VPN), valor global (VG) y la razón de verosimilitud positiva (RVP). Los factores predictivos de malignidad se analizaron con una regresión logística. Se considera PAAF + si el resultado fue de neoplasia y PAAF - si se informó como negativa, material insuficiente o benignidad.

Resultados. De los 130 pacientes incluidos el 52% eran varones, con una edad media de 58 años (17-88). Un 54% tenían síntomas asociados (pérdida de peso en el 33%, fiebre en el 18% y otros síntomas en el 28%). Las pruebas de imagen fueron patológicas en el 55%. El 82% tenía afectación de una región ganglionar y la localización cervical fue la más frecuente en el 46%. Se realizó biopsia en el 33%. La mediana de días para el resultado de la PAAF fue de 4 y para la biopsia de 7. La PAAF fue + en el 55% y negativa en el 45% (material insuficiente en 15, negativa en 11 y en 30 casos se diagnosticó una causa benigna). Los resultados de la evaluación de la PAAF se presentan en la tabla. La prevalencia de malignidad fue del 71% (61 carcinomas, 26 linfomas y 5 otras neoplasias). De los 41 pacientes con PAAF negativa/benigna 16 tenían una neoplasia y solo 2 pacientes valorados como linfoma fueron falsos +. Se identificó como predictores de malignidad la edad > de 40 años OR 5,5 (1,9-5,4), la presencia de síntomas OR 3,2 (1,2-7,2) y una prueba de imagen alterada OR 3 (1,2-7,2). La probabilidad de malignidad después de la PAAF si el paciente era > de 40 años fue del 95% y si además tenía síntomas asociados del 97%.

Discusión. La prevalencia de malignidad en el medio hospitalario descrita en la literatura es del 60%, algo más baja que en nuestra casuística. La presencia de falsos + es rara, siendo más frecuentes los falsos - a expensas de los linfomas. En nuestra serie el 39% de los pacientes con PAAF negativa/benigna tenían una neoplasia, siendo en el 62% un carcinoma. Este elevado porcentaje de falsos - probablemente se relacione con la participación de diferentes servicios en su realización, lo cual conlleva una menor habilidad. Pese a que en todos los pacientes con linfoma es necesaria una biopsia para completar el diagnóstico, la PAAF muestra un buen VPP, VPN y RVP. Al igual que en otros estudios la edad ha sido un predictor de malignidad, pero a diferencia de estos la localización y la afectación de más de una región ganglionar en nuestra serie no se han identificado como variables predictoras de malignidad, probablemente por el tamaño de la muestra.

Conclusiones. 1) La elevada prevalencia de malignidad. 2) Un elevado VPP y RVP global y VPN para los linfomas. 3) La presencia de un resultado negativo implica la práctica de una biopsia, especialmente en los pacientes > de 40 años, con síntomas asociados y pruebas de imagen alteradas.

Tabla 1. Evaluación diagnóstica de la PAAF (V-1).

	S%	E%	VPP%	VPN%	RVP	VG%
Global	71	94	91	52	12	77
Linfoma	62	91	84	91	7	90
Carcin.	70	100	100	76	70	85

V-2

¿SE PUEDE EVITAR LA HIPERPOTASEMIA IATRÓGENA?

J. Ocaña Villegas¹, L. Gómez Navarro¹, I. Domínguez López², A. Tato Ribera³, J. Chevarría Montesinos⁴, M. Torres Guinea¹ y J. Ortuño Mirete¹

¹Servicio de Nefrología, ²Servicio de Medicina Interna. Hospital Universitario de Guadalajara. ³Servicio de Nefrología. Fundación Hospital Alcorcón. Alcorcón, Madrid. ⁴Servicio de Nefrología. Hospital Ramón y Cajal. Madrid.

Objetivos. Diversos estudios derivados del estudio RALES, han demostrado un resurgir de la hiperpotasemia como problema grave

hospitalario, que frecuentemente está originado por yatrogenia. Su carácter a menudo silente y su potencial letalidad obliga a conocer su epidemiología con el propósito de prevenirla y de tratarla correctamente. El objetivo de nuestro trabajo fue analizar la etiología, tratamiento y evolución de la hiperpotasemia grave en nuestro medio.

Material y métodos. Se analizó retrospectivamente las interconsultas realizadas al Servicio de Nefrología en los 3 últimos años por hiperpotasemia grave definida como concentración sérica superior a 7 mmol/l o con trastornos del ritmo asociado.

Resultados. En el período analizado se evaluaron 87 casos de hiperpotasemia grave. La edad media de los enfermos fue de 73,3 ± 1,1 años. Todos los enfermos presentaron una importante comorbilidad asociada: Hipertensión arterial (79,3%), cardiopatía (62%), insuficiencia renal crónica (60%, 11,5% en hemodiálisis), vasculopatía periférica (57,5%) y diabetes mellitus (48,8%). Los síntomas más frecuentes fueron astenia (42,9%), debilidad en extremidades inferiores (29,8%) y alteraciones del nivel de conciencia (28,6%). Nueve enfermos (9,2%) debutaron con parada cardiorespiratoria. En 44 enfermos fue necesario realizar hemodiálisis urgente. Durante el ingreso fallecieron 18 enfermos, 6 de ellos durante la hemodiálisis.

Discusión. En 64 enfermos (76%) se detectó un factor yatrogénico: inhibidores de la enzima de conversión (44,8%), espironolactona (41,4%), antiinflamatorios no esteroideos (28,8%) y digoxina (28,8%) con el 53% de los enfermos en tratamiento con más de un fármaco hiperkalemiante; en el 71% de ellos coexistió una reagudización de la insuficiencia renal crónica previa por factores prerenales, principalmente la deplección de volumen, con creatinina, urea y potasio medios respectivamente de 4,0 ± 0,2 mg/dl, 185 ± 11,1 mg/dl, 7,39 ± 0,11 mmol/l (creatinina basal: 1,9 ± 0,1, urea basal: 87,9 ± 0,2, potasio basal: 4,5 ± 0,1).

Conclusiones. La hiperpotasemia sigue siendo una entidad frecuente y en ocasiones letal. En enfermos de edad avanzada con disminución de la función renal, es recomendable restringir y controlar el empleo de fármacos hiperkalemiantes, en especial antiinflamatorios, inhibidores de la enzima de conversión y espironolactona.

V-3

CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS DE LOS PACIENTES REINGRESADORES

I. Zamarreño Gómez, P. Aranegi Laguen, J. Zubeldia Caminos, J. Emparanza Knörr y J. Artetxe Okasar

Servicio de Medicina Interna. Hospital Donostia-Donostia Ospitalea. Donostia-San Sebastián, Guipúzcoa.

Objetivos. De las variables médicas que se citan en la literatura, detectar las que presentan una diferencia estadísticamente significativa entre los pacientes multiingresadores (tres o más ingresos en un año).

Material y métodos. Recogimos retrospectivamente diferentes variables de los pacientes ingresados durante el año 2004 en los Servicios de M. Interna, Cardiología, Digestivo, Neumología y/o Neurología. Comparamos dos grupos de 400 pacientes escogidos aleatoriamente -> (A) uno o dos ingresos vs (B) tres o más ingresos. Se trataron de reingresos relacionados y no programados. Para el procesamiento de los datos se utilizó el programa SPSS 13.0.

Resultados. Los resultados estadísticamente significativos se muestran en la tabla 1. El resto de variables analizadas que no obtuvieron la significación estadística fueron el Sexo, Diabetes, I. Renal, ACVA, Demencia, Inmunosupresión; toma previa de Calcio-antagonistas, Betabloqueantes, Antiagregantes, ATBs, AINES, BZD, Neurolepticos, Antidepresivos, ADOs, Insulina, IBP y/o Estatinas.

Discusión. Como se puede comprobar hay ciertas variables clínicas que, junto a otras de enfermería y sociales, nos podrían ayudar a definir a aquellos pacientes que van a presentar mayor número de reingresos. Actualmente estamos validando una regla de predicción clínica con el fin de poder aplicarla a nuestros pacientes y de esta forma poder actuar sobre ellos (Hospitalización a Domicilio, Consultas Externas rápidas, contacto telefónico con los pacientes y/o Atención Primaria...).

Conclusiones. 1) Hay ciertas variables clínicas que caracterizan a los pacientes reingresadores. 2) Con estas variables, junto a otras de enfermería y sociales, se podría crear una regla de predicción clíni-

Tabla 1. (V-3).

	Grupo A (n = 400)	Grupo B (n = 400)	p < 0,05
Reingreso año previo	85 (21,25%)	149 (37,25%)	< 0,0001
C. isquémica	58 (14,5%)	94 (23,5%)	0,001
HTA	189 (47,25%)	219 (54,75%)	0,02
I. cardíaca	64 (16%)	139 (34,75%)	< 0,0001
ACxFA	62 (15,5%)	129 (32,25%)	< 0,0001
EPOC	88 (22%)	137 (34,25%)	< 0,0001
Cirrosis	9 (2,25%)	27 (6,75%)	0,002
Diuréticos	152 (38%)	252 (63%)	< 0,0001
Nitritos	46 (11,5%)	71 (17,75%)	0,008
IECAS	125 (31,25%)	159 (39,75%)	0,007
Bronco D	99 (24,75%)	166 (41,5%)	< 0,0001
ACO	40 (10%)	74 (18,5%)	< 0,0001
Corticoides	63 (15,75%)	107 (26,82%)	< 0,0001
O ₂ domiciliario	31 (7,75%)	67 (16,75%)	< 0,0001

ca. 3) Detectando a estos pacientes precozmente se puede actuar de forma específica para intentar evitar los reingresos.

V-4

ESTUDIO DE LAS INTERCONSULTAS SOLICITADAS POR EL SERVICIO DE CIRUGÍA GENERAL AL SERVICIO DE MEDICINA INTERNA

J. Soler Bel, C. Sala, N. Relaño, M. Moya, L. Vergéz y A. Flor

Servicio De Medicina Interna. Althaia, Xarxa Assistencial de Manresa. Manresa, Barcelona.

Objetivos. Conocer mucho mejor las características de las interconsultas solicitadas por el servicio de Cirugía General y Digestiva (SCG) al servicio de Medicina Interna (SMI).

Material y métodos. Estudio prospectivo de las 129 interconsultas (ICs) de pacientes ingresados en el SCG solicitadas durante el año 2005 al SMI. El estudio se ha llevado a cabo en el hospital Althaia, Xarxa Assistencial de Manresa, que disponía en el año 2005 de 420 camas para la hospitalización de enfermos agudos. El SCG realizó 3.260 altas durante el año 2005. El peso medio según la casuística del GRD (grupos relacionados con el diagnóstico) del SCG fue de 1.082. Se trata de la práctica totalidad de las ICs solicitadas por el SCG a los servicios médicos excepto el control de la diabetes (endocrinología). Prácticamente todas las IC fueron atendidas el mismo día.

Resultados. Equivalen al 4% de todos los ingresos del SCG (el 6,5% de los pacientes ingresados desde urgencias y el 2% de los ingresados de forma programada). Media de edad de 74 años. Los pacientes fueron visitados una media de 3,3 días. En 23 pacientes (18%) fue requerido inicialmente al médico de guardia para la primera visita (entre las 16 i 8 horas del día siguiente, sábados y festivos). Las causas más frecuentes que motivaron la solicitud fueron la disnea (29%), la fiebre (21%), la tos (11%), las arritmias (8%) y la hipotensión arterial o shock (4%). Los diagnósticos más frecuentemente realizados fueron la insuficiencia cardíaca (17%), la enfermedad pulmonar obstructiva crónica (15%), la sobreinfección respiratoria y/o acumulación de secreciones bronquiales (13%), la neumonía (9%), la fibrilación auricular (7%) y la sepsis grave (5%). El 31% de los diagnósticos (40) ha correspondido a agudización de enfermedad crónica previamente conocida. De todos ellos, sólo 10 pacientes habían ingresado de forma programada. El 25% de las ICs fueron de causa infecciosa. De las 12 neumonías diagnosticadas, en 8 casos fue intervenido de patología abdominal con anestesia general de 2 a 7 días antes del diagnóstico. De los 7 pacientes con sepsis grave, 3 fueron diagnosticados de sepsis de origen biliar y 3 de sepsis de origen abdominal por fallo de sutura. Los 3 pacientes consultados con derrame pleural derecho, febrícula y tos en el postoperatorio de colecistectomía fueron diagnosticados de absceso subdiafragmático. Los fallecimientos han sido 19 (15%), porcentaje mucho mayor al global del SCG (2%). La media de edad de los fallecidos fue de 82 años. La mortalidad fue mayor cuando el ingreso se realizó desde urgencias (17 de 91) que cuando se realizó de forma programada (2 de 38). La

causa más frecuente ha sido el fallo de sutura con peritonitis y sepsis grave en 5 pacientes. La demencia ha sido la única enfermedad crónica relacionada claramente con la mortalidad.

Discusión. En nuestro trabajo nos hemos basado exclusivamente en el SCG y engloba la práctica totalidad de las ICs realizadas por éste. El 93% de todas las ICs han sido resueltas por el mismo médico consultor de MI y prácticamente todas, el mismo día de solicitud, lo que aporta una valiosa coherencia interna al estudio. A destacar la nula especificidad de la tos como síntoma guía en el diagnóstico de pacientes previamente intervenidos. Creemos que la experiencia, implicación y seguridad del médico consultor de MI en este tipo de pacientes es indispensable para permitirle discernir entre patología infecciosa intra y extraabdominal y ayudar al cirujano, con el diagnóstico precoz, a disminuir la morbimortalidad de los procesos agudos graves. Las causas del fallecimiento se han relacionado casi exclusivamente con el proceso que requirió el ingreso en CG o las complicaciones de éste (17 de 19).

Conclusiones. El objetivo final de la IC al internista sería la disminución de la morbimortalidad de estos pacientes. Supone un reto y, al mismo tiempo, una valiosa aportación, el evitar, en lo posible, las complicaciones y el fallecimiento por enfermedades crónicas descompensadas, pero aún más importante y difícil, por procesos agudos derivados de las mismas enfermedades que han requerido el ingreso en el SCG. Es un objetivo difícil, pero de importancia capital para la correcta actividad hospitalaria.

V-5

INGRESOS EN HOSPITALIZACIÓN A DOMICILIO DESDE MEDICINA INTERNA

I. Villamil Cajoto¹, M. Rodríguez Framil², C. Martínez Rey², M. López Renedo¹, J. Fernández Benito¹, A. Suárez Prado¹ y L. Masa Vázquez¹

¹Hospitalización a Domicilio- Cuidados Paliativos. Hospital Profesor Gil Casares. Santiago de Compostela, A Coruña.

²Servicio de Medicina Interna. Hospital Clínico Universitario. Santiago de Compostela, A Coruña.

Objetivos. En los últimos años, en un intento de mejorar la gestión de los recursos sanitarios y de incremento de la calidad han surgido nuevas formas de organización de la asistencia, especialmente en la hospitalización convencional. Frente a la Atención Domiciliaria, de competencia exclusiva de la Atención Primaria, y orientada hacia los cuidados a largo plazo, las medidas preventivas y la educación para la Salud, los pacientes atendidos en Hospitalización a Domicilio (HADO) requieren cuidados lo suficientemente intensos y/o complejos como para no poder ser asumidos por los profesionales del nivel asistencial primario. La derivación a éstas unidades suele hacerse por tanto desde el nivel asistencial hospitalizado. Existe poca información sobre los pacientes ingresados derivados desde los Servicios de Medicina Interna a estas unidades. Analizamos los datos de nuestro centro.

Material y métodos. Estudio retrospectivo de los pacientes enviados durante el año 2006 a HADO desde los Servicios de Medicina Interna del CHUS.

Resultados. Durante este período se ingresaron en HADO 426 pacientes de los que 38 (9%), procedían del Servicio de Medicina Interna. Las edades comprendidas entre 44-91 años (media 71 años). De ellos 21 mujeres (55%), Los diagnósticos principales fueron: Neoplasia: 9 pacientes, Insuficiencia cardíaca 8 pacientes, EPOC-Infección respiratoria 6 pacientes, otros cuadros infecciosos (cutáneo, adominal, etc) 9 pacientes. La mediana en la estancia media fue de 18 días (rango 1-120 días). Se administraron 15 tratamientos endovenosos en domicilio (10 de ellos antibioterapia). En 5 pacientes se administró una pauta de sedación. Seis pacientes recibieron soporte nutricional (5 de ellos enteral). Un paciente falleció, el resto fueron finalmente dados de alta a domicilio.

Discusión. Los servicios de Hospitalización a Domicilio están preparados para poder atender todo tipo de patología hospitalaria aguda en fase de estabilización. El acceso desde el Servicio de Medicina Interna parece decantarse hacia pacientes crónicos en general con enfermedad compleja e intención paliativa para lo que esta opción asistencial es muy adecuada, pero probablemente deba optimizarse sin excluir otras patologías agudas.

Conclusiones. Los servicios de Medicina Interna no solo han participado en la génesis de estas modalidades de hospitalización o continuado con las mismas, sino que debido a las características de los pacientes seguidos en estas unidades, existe una interrelación y mutua colaboración. Sin embargo, los enfermos derivados a HADO corresponden mayoritariamente a reagudizaciones más que a procesos agudos en pacientes no crónicos, para los que HADO también podría aportar una excelente alternativa a la hospitalización convencional, por lo que creemos el perfil de pacientes debería ampliarse.

**V-6
25 AÑOS DE INTOXICACIONES AGUDAS ALCOHÓLICAS EN MADRID: ESTUDIO VEIA**

P. Caballero Vallés, S. Dorado Pombo, N. Torres Pacho, L. Yubero Salgado y M. García Gil

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

Objetivos. Difundir el Estudio Veia y el interés por las intoxicaciones agudas alcohólicas (IAE). Presentar los cambios evolutivos que este tipo de IA ha tenido en estos 25 años (1979-2004) a través del registro de los casos en el H U Doce de Octubre de Madrid.

Material y métodos. El Estudio Veia analiza desde 1979 la evolución de las IA mediante cortes periódicos -1979, 1985, 1990, 1994, 1997, 2000 y 2004- de los casos asistidos en Urgencias del Hospital 12 de Octubre (643.740 usuarios adultos). Registramos todas las IA asistidas en Urgencias durante un año completo (Voluntarias con intento de suicidio, alcohólicas, por drogas, sobredosificaciones y también las accidentales, tanto laborales como domésticas). Registramos edad, sexo, tóxico utilizado y antecedentes. Es un estudio descriptivo transversal evolutivo que emplea técnicas básicas de estadística descriptiva. Las importantes variaciones evolutivas halladas justifican el esfuerzo reiterado de esta revisión.

Resultados. Ver tabla.

Discusión. La asistencia hospitalaria urgente por intoxicación aguda alcohólica presenta en la actualidad una incidencia de 50 casos por cien mil habitantes. La incidencia ha experimentado un crecimiento anual desde 1979 hasta 1997, punto a partir del cual empieza a disminuir. Considerados tanto VEIA 2000 como 2004 se ha reducido 151 casos con respecto a 1997. Este favorable descenso podría atribuirse a una mayor y mejor asistencia extra-hospitalaria

(sólo se traslada al Hospital el 42,6% de los casos asistidos en la calle) pero también a factores sociales. La IAE es una entidad de claro predominio masculino, que se va atenuando, pero manteniendo diferencia significativa con respecto al censo hospitalario. Pero la evolución no es independiente del género, ya que el descenso es sólo en los hombres, mientras los casos en las mujeres aumentan. La media de la edad ha ido progresando desde los 27 años de 1979 a los 36 actuales. Las IAE suponen entre el 20 y el 40% de las IAV, pero el alcohol también está presente en un número similar de casos de intento de suicidio y de drogas. Sólo una minoría precisan ingreso en planta o en UVI y únicamente se ha registrado un fallecimiento.

Conclusiones. La asistencia urgente a la IAE ha cambiado de modo importante en estos 25 años. El número de casos aumentó hasta cuadruplicar los previos en 1997, en la actualidad hay una tendencia decreciente en los hombres, que no en las mujeres, muy probablemente por dos factores, uno la mejor asistencia extrahospitalaria y el otro cambios en el modo de beber. Los pacientes son mayores que años atrás. El alcohol además está presente en otros tipos de IAV.

**V-7
SCASEST Y AUSENCIA DE LESIONES CORONARIAS SIGNIFICATIVAS**

I. Torrente¹, S. Ibars², E. Guillaumet², M. Bonastre², R. Baga², E. Guilera², M. Espinosa¹ y A. Martínez-Rubio²

¹Servicio de Medicina Interna, ²Servicio de Cardiología. Corporació Sanitària Parc Taulí. Sabadell, Barcelona.

Objetivos. Determinar las características epidemiológicas, clínicas, ECG y pronósticas de los pacientes que presentan un SCASEST con ausencia de lesiones coronarias significativas.

Material y métodos. Se han revisado de forma retrospectiva todos los pacientes ingresados por SCASEST desde el 2004 al 2006 en nuestro centro y en los cuales la coronariografía no ha evidenciado enfermedad coronaria significativa (estenosis > 70%), excluyendo también otras cardiopatías como valvulopatías o miocardiopatías subyacentes.

Resultados. De los 495 pacientes ingresados por SCASEST, 65 (14%) presentaban arterias coronarias sanas o bien lesiones coronarias no significativas. La mitad eran mujeres, 54% hipertensos, 27% diabéticos, 18% fumadores y 60% dislipémicos. La mayor parte se presentan con dolor torácico, generalmente prolongado y sin un desencadenante claro (hasta un 70%). Análiticamente, un 75% presentan troponina positiva (> x2) con CK negativa (77%), sin otras causas que lo justifiquen. No existe un patrón ECG específico: un 50% no muestran alteraciones iniciales y sólo ¼ parte presenta elevación transitoria del ST; pero un 35% presentan una evolución muy característica a T negativas profundas y difusas, con prolongación de QTc similar al Sd. Tako-Tsubo. Anatómicamente un 68% presenta arterias sanas, 22% lesiones significativas, 5% milking y 5% vasoespasmos. La evolución a corto y medio plazo es muy buena; 77% libres de síntomas, mortalidad en todos los casos de causa no cardíaca (neoplasia, broncopatía), muy baja tasa de reingresos (6%), aunque no es despreciable la reconsulta a urgencias (hasta un 15%), pero sin criterios de severidad ni de ingreso.

Discusión. En todas las series des Síndrome Coronario Agudo sin elevación del segmento ST se describe hasta un 10-15% de casos en que no se demuestra evidencia de enfermedad coronaria significativa. A pesar de que su pronóstico es bueno, no debe olvidarse que en los pocos estudios centrados en estos pacientes, se observa hasta un

Tabla 1. Resultados intoxicación aguda etílica (V-6).

	1979	1985	1990	1994	1997	2000	2004
Número de casos	101	122	192	174	423	376	319
Media aritmética de edad hombres	27	29	32	35	39	39	38
Media de edad en mujeres	27	29	31	33	37	38	36
Número de alcohólicos	16	16	21	64	171	142	92
% de las IAV	20	32	25	29	40	38	26
Ingresos en planta y UVI	10/3	1/2	0/4	1/1	0/0	3/4	2/1

Tabla 1. Resultado de los efectos adversos (V-8).

	Total pacientes (n: 81)	Infliximab (N: 27)	Adalimumab (N: 24)	Etanercept (N: 30)
Efecto adverso	26	15	5	6
Suspensión del tratamiento	8	3	2	3
Hospitalización	4	1	2	1
Éxito	1	0	1	0

2% de mortalidad o de IAM a los 30 días, un 40% de rehospitalización anual por dolor torácico y un 30% de estudio invasivo en 1-5 años. Múltiples etiologías se han implicado: vasoespasmo, miocardiopatía inducida por estrés, tromboembolia, trombofilia, etc. Pero en muchos casos lo que se observa son placas ateromatosas no severas (< 50-70%), que tal vez pudieran haberse inestabilizado en el momento del evento. En nuestra serie de un hospital comarcal, sin servicio de hemodinámica, los datos son bastante superponibles a las series generales.

Conclusiones. Hasta un 14% de los pacientes ingresados por SCA-SEST no presentan enfermedad coronaria significativa, a pesar de presentar cambios en el ECG y/o marcadores de lesión miocárdica positivos. Sólo en una tercera parte encontramos un patrón ECG evolutivo concreto. Su evolución y pronóstico es muy bueno, aunque hasta un 15% consultan de nuevo a urgencias.

V-8 TERAPIAS BIOLÓGICAS EN ENFERMEDADES REUMÁTICAS: EFECTOS ADVERSOS, ANÁLISIS EN UNA SERIE HOSPITALARIA

M. Moreno Azofra¹, L. Hurtado Carrillo¹, R. Daroca Pérez¹, J. Cabezas Lefler² y A. Elena Ibáñez²

¹Servicio de Medicina Interna, ²Servicio de Reumatología. Hospital San Pedro. Logroño, La Rioja.

Objetivos. Analizar la incidencia y describir los efectos adversos que aparecen durante el tratamiento de las Enfermedades Reumáticas con antagonistas del factor de necrosis tumoral (antiTNF).

Material y métodos. Se realizó la revisión de las historias clínicas de pacientes del Servicio de Reumatología que habían recibido tratamiento con antiTNF en nuestro hospital, desde enero de 1999 hasta mayo de 2006. Se analizaron los efectos adversos y motivos de suspensión del tratamiento.

Resultados. Se revisaron 81 tratamientos con antiTNF correspondientes a 74 pacientes. El 71% eran mujeres. La edad media era de 53 (\pm 14,2) años. Las enfermedades tratadas fueron: artritis reumatoide (AR) 69%, espondilitis anquilosante (EA) 14,9, artropatía psoriásica (AP) 13,5% y otras el 2,7%. Los antiTNF utilizados fueron Etanercept (E) en un 37%, Infliximab (I) 33,3% y Adalimumab (A) 29,6%. El tratamiento fue suspendido en 19 casos (23,5), de ellos 10 con I., 6 con E. y 3 con A. Los motivos de suspensión fueron: ineficacia en 10 casos, efecto adverso en 8 y decisión del paciente en un caso. Se produjeron efectos adversos en 26 pacientes (35,1); 5 de los cuales presentaron más de uno. El efecto adverso motivó la suspensión definitiva en 8 pacientes, 4 de los cuales precisaron hospitalización. 1 paciente falleció como consecuencia de un proceso infeccioso. Los datos se detallan en la tabla 1. Los efectos adversos más frecuentes fueron las infecciones (9), siendo las más frecuentes las infecciones osteoarticulares y del tracto respiratorio, seguidas de las reacciones infusionales (6).

Discusión. La incidencia de efectos adversos y el tipo de los mismos, así como la frecuencia y motivos de suspensión del tratamiento, son similares a otras series. Sólo en 8 pacientes se suspendió el tratamiento como consecuencia de los efectos adversos. El efecto adverso más frecuente fue la infección y la reacción infusional; no se observó ningún caso de infección tuberculosa, debido probablemente al seguimiento de las recomendaciones estándar. Un paciente falleció como consecuencia de los efectos adversos (1,35%) siendo este porcentaje similar al de otras series (1,05%).

Conclusiones. El tratamiento con antiTNF es una terapia segura. Se produce un elevado número de efectos adversos pero pocos son los que obligan a la suspensión definitiva. Es necesario un seguimiento y vigilancia de los pacientes para minimizar las reacciones adversas.

V-9

UNIDAD DE CUIDADOS INTERMEDIOS DE MEDICINA INTERNA

I. Cabello¹, M. Bodro¹, A. Riera¹, F. Formiga¹, A. Díaz-Prieto², R. Máñez², A. Vidaller¹ y R. Pujol¹

¹Servicios de Medicina Interna, ²Servicio de Medicina Intensiva. Hospital Universitari de Bellvitge. Hospitalet de Llobregat, Barcelona.

Objetivos. Describir las características de los pacientes ingresados en una Unidad de Cuidados Intermedios de Medicina Interna (MICI) de un hospital universitario de tercer nivel, así como el efecto de su ingreso en dicha Unidad.

Material y métodos. Nuestra MICI dispone de 3 camas y recibe pacientes procedentes del Servicio de Medicina Intensiva (UCI), dotado con 45 camas, que requieren una vigilancia estrecha y rehabilitación. Se han recogido características demográficas, clínicas y evolución de los pacientes ingresados en la MICI durante un período de 12 meses.

Resultados. Se obtuvieron un total de 91 pacientes, con una edad media de 57 años (DE: 16,2). Un 73,6% eran varones. Los principales motivos de ingreso hospitalario fueron: patología neuroquirúrgica (30,7%), otras complicaciones post-quirúrgicas (31,9%) y patología médica (37,4%). La estancia media en UCI fue de 34 días (DE: 27,2). La media de los indicadores de gravedad SAPS II y APACHE III al ingreso en UCI fue de 37,7 (DE: 13,5) y 74 (DE: 24,6), respectivamente. La media de las cifras de albúmina y prealbúmina al ingreso fue de 26 mg/L (DE: 6) y 102,8 g/L (DE: 108), respectivamente. A su ingreso en MICI, un 37,5% presentaban úlceras por decúbito, el 72,5% eran portadores de traqueostomía y un 60,4% de sonda nasogástrica (SNG). Durante su estancia en MICI se pudo retirar la traqueostomía al 56% y la SNG al 67% de los pacientes portadores. La media del Índice de Barthel (IB) al ingreso y al alta de MICI fue de 14,8 (DE: 19,6) y 41 (DE: 32,4) puntos, respectivamente. La estancia media en MICI fue de 11 días (DE: 8), con una mortalidad del 3%. Los principales Servicios de destino al alta fueron: Neurocirugía (22%), Cirugía General Digestiva (15%), Medicina Interna (9%), Neurología (8%), otros Servicios quirúrgicos (13%), otros Servicios médicos (18%) y Centros socio-sanitarios (15%).

Conclusiones. Las MICI son efectivas en la gradación asistencial del paciente crítico después de largas estancias en UCI. El alto porcentaje de pacientes a los que se les pudo retirar la SNG y la traqueostomía, así como la mejoría en el IB y la baja mortalidad, son marcadores de ello. Los internistas están capacitados para el manejo de estas unidades, remarcando la importancia de la colaboración con otros especialistas.

V-10

ANÁLISIS GLOBAL DE LA AMILOIDOSIS EN UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL

J. Velasco Montes¹, S. González Díez², M. Pardo Gutiérrez¹, G. Arozamena Martínez¹, G. Martínez De Las Cuevas¹, M. Núñez Viejo¹ y J. Hernández Hernández¹

¹Servicio de Medicina Interna. Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. Santander, Cantabria. ²Servicio de Medicina Familiar y Comunitaria. C. S. Joaquín Elizalde, La Rioja.

Objetivos. La amiloidosis representa una entidad de escasa incidencia y sin demasiadas series clínicas publicadas en nuestro medio. La forma de presentación varía dependiendo del lugar de depósito del material amiloide, pero siempre es necesario un alto índice de sospecha para realizar un diagnóstico precoz. Mediante este estudio quisimos realizar un estudio retrospectivo de las manifestaciones clínicas más frecuentes en el momento del diagnóstico.

Material y métodos. El estudio se llevó a cabo mediante el análisis retrospectivo de las historias clínicas del Hospital Universitario Marqués de Valdecilla entre los años 1994 y 2004, introduciendo como palabra clave "amiloidosis". La recogida de datos se realizó conforme a un protocolo previamente establecido y consensuado por todos los participantes en el estudio. El análisis estadístico se realizó con el paquete estadístico SPSS.

Resultados. Se seleccionaron un total de 63 pacientes de los cuales 54 tenían confirmación histológica, excluyéndose al resto del análisis. De ellos, 25 eran varones (54%) y 29 mujeres (46%). La mitad (27 pacientes) tenían entre 60 y 70 años. La biopsia se obtuvo del riñón en 13 pacientes, de la grasa abdominal en 8, del recto en 8, del endocardio en 4 y de otras localizaciones (incluyendo varias de las anteriores) en 21. En cuanto a la coexistencia de otras paraproteinemias, sólo 1 varón presentó macroglobulinemia de Waldenstrom en el momento del diagnóstico y 7 tenían gammapatía monoclonal. Encontramos la presencia de síndrome nefrótico al diagnóstico en 19 pacientes (7 varones y 12 mujeres). En cuanto a la presencia de polineuropatía sensitivo-motora, estaba presente en el 64% de los varones (n = 16) y en el 75% de las mujeres (n = 22). Había hipotensión ortostática en 9 pacientes (16,7%) En cuanto a las manifestaciones digestivas, 8 tenían diarrea (14,9%), sólo 1 macroglosia (1,9%) y 17 hepatomegalia (31,5%). Alguna forma de hemorragia estaba presente en 8 pacientes (14,8%). Existía alguna forma de artropatía en 10 pacientes (AR, osteomielitis crónica y gota). Sólo 2 pacientes presentaban alteraciones tiroideas (hipo e hipertiroidismo).

Discusión. Pese a que no es una enfermedad demasiado frecuente debido a las dificultades existentes para el diseño de estudios prospectivos sobre sus diferentes aspectos (epidemiología, diagnóstico y tratamiento), nuestra serie constituye una de las primeras realizadas en nuestra comunidad. Debido a su carácter retrospectivo existen varias limitaciones a la hora de interpretar nuestros resultados.

Conclusiones. 1) La amiloidosis representa una entidad con alteraciones clínicas muy diversas en nuestra serie. 2) Las manifestaciones clínicas más frecuentes en el momento de la presentación fueron el síndrome nefrótico y la polineuropatía sensitivo-motora. 3) Es necesario un alto índice de sospecha para el correcto diagnóstico de la enfermedad.

Tabla 1. Distribución por edad (nº de pacientes) (V-10).

< 50 años	10
50-60 años	9
60-70 años	27
70-80 años	5
> 80 años	3

V-11 ESTUDIO CLÍNICO DE TRECE CASOS DE ENFERMEDAD DE RENDU-OSLER-WEBER

A. Cabezón Crespo, J. Leo Eyzaguirre, V. Chimpén Ruiz y A. Vega Suárez

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

Objetivos. Hacer un estudio retrospectivo de pacientes diagnosticados clínicamente de la enfermedad de Rendu Osler Weber en el Hospital Universitario de Salamanca en los últimos 9 años.

Material y métodos. Se analizan las historias clínicas de pacientes diagnosticados clínicamente de enfermedad de Rendu Osler, atendidos en los nueve últimos años en el Hospital Clínico Universitario de Salamanca. Los datos se recogen en un protocolo previamente establecido. Todos los pacientes cumplían al menos tres de los criterios diagnósticos establecidos por Curaçao.

Resultados. Se encontraron 13 pacientes diagnosticados de esta enfermedad, 8 varones y 5 mujeres, con edades comprendidas entre 24 y 80 años. Siete casos tenían recogido su árbol genealógico, uno de ellos no tenía antecedentes familiares de la enfermedad. La manifestación clínica más frecuente fue epistaxis de repetición en 9 enfermos (69,24%), la mayoría acompañada de hemorragia digestiva alta.

Se presentó en forma de melenas en 2 pacientes (15,38%) y 2 casos (15,38%) no presentaron sangrados. En la exploración física predominaron las telangiectasias en labios en 9 casos (69,24%) asociado a otras localizaciones, en la lengua en dos sujetos (15,38%), en dedos de la mano en 1 enfermo y por último, en paladar y abdomen en otro caso. En la analítica, seis pacientes tenían anemia ferropénica (46,15%), dos de ellos de forma crónica. La gastroscopia, colonoscopia, TAC abdominal, angiorresonancia, arteriografía pulmonar, broncoscopia y biopsia hepática ayudaron a confirmar el diagnóstico. En su tratamiento se procedió a transfusiones en 6 enfermos; aporte de hierro en 5 casos y embolización en 2 sujetos. Las epistaxis precisaron taponamiento y cauterización de la zona sangrante. La evolución ha sido buena, si bien las hemorragias se han repetido sin complicaciones importantes. Viven 11 de los 13 pacientes, aunque en dos casos se ignora su evolución.

Discusión. La edad de diagnóstico de nuestros pacientes es más temprana en relación a lo que se señala en la literatura, que la sitúa en torno a la quinta década de la vida. Lo mismo ocurrió con los casos de sangrado gastrointestinal. Sin embargo, la edad de presentación de las telangiectasias concuerda con la señalada por otros autores, así como el porcentaje de pacientes con afectación hepática. En nuestros casos no hemos encontrado lesiones en otros órganos, como suele referirse frecuentemente en las publicaciones revisadas.

Conclusiones. 1) Las epistaxis fueron las manifestaciones clínicas más frecuentes, acompañándose la mayoría de ellas de hemorragia digestiva alta o baja 2) Las telangiectasias en labios supusieron el hallazgo más frecuente de éstas 3) El 46,15% de los pacientes presentaron anemia ferropénica y sólo dos de ellos la siguen presentando de forma crónica 4) Poco se ha aportado a lo largo de estos años en el tratamiento de esta enfermedad.

V-12 ADALIMUMAB: UN NUEVO ARMA TERAPÉUTICA EN LA ENFERMEDAD DE CROHN

R. Lana¹, J. Mendoza², A. Lérica³, N. López² y M. Díaz-Rubio²

¹Servicio de Medicina Interna, ²Aparato Digestivo. Hospital Clínico San Carlos. Madrid. ³Servicio de Medicina Interna. Hospital de Viladecans. Viladecans, Barcelona.

Objetivos. Mostrar la experiencia adquirida en un hospital terciario con el uso de adalimumab en pacientes con enfermedad de Crohn (EC).

Material y métodos. Estudio descriptivo retrospectivo en el que se incluyeron 14 pacientes con EC tratados con adalimumab (11 por enfermedad inflamatoria y 3 por enfermedad fistulosa perianal activa). De ellos 11 habían recibido previamente tratamiento con infliximab. En todos los pacientes se realizó tratamiento de inducción a la dosis de 160 mg sc en la semana 0, seguido de 80 mg sc a la 2ª semana. A los enfermos que respondieron a la inducción se les administró tratamiento de mantenimiento con 40 mg sc cada 14 días. Se valoró la respuesta a adalimumab a las 4 semanas de la dosis inicial, y se clasificó la respuesta como remisión, respuesta clínica y ausencia de respuesta.

Resultados. Tras el tratamiento de inducción, en 10/14 pacientes (71,4%) se objetivó respuesta clínica y en 5/14 (35,7%) se alcanzó remisión completa, valorada a las 4 semanas de la dosis inicial (por intención de tratar). En el grupo de pacientes que habían recibido previamente infliximab, respondieron al tratamiento 7/11 (63,6%), con remisión clínica en 3/11 (27%). No se objetivaron diferencias de respuesta entre el grupo de pacientes con pérdida de respuesta al infliximab y los que habían presentado reacciones de hipersensibilidad a éste fármaco. La respuesta clínica (por intención de tratar) se mantuvo durante el seguimiento en 7/14 pacientes (50%) y la remisión clínica en 6/14 (42,8%) de los pacientes. Durante el tratamiento de mantenimiento tampoco existieron diferencias de respuesta entre los distintos grupos que habían recibido previamente infliximab. Todos los pacientes cuyo motivo de tratamiento fue la enfermedad fistulosa (n = 3) mantuvieron respuesta al tratamiento de mantenimiento.

Conclusiones. El adalimumab es un tratamiento eficaz y seguro en la inducción y mantenimiento de la respuesta en la EC, tanto infla-

matoria como fistulosa. Estos resultados confirman que los hallazgos obtenidos en los ensayos clínicos controlados son reproducibles en la práctica clínica diaria.

V-13

EL INTERNISTA COMO INTERCONSULTOR EN UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL

E. Salamanca Rivera, A. Guzmán Robles, J. Santamaría, B. García Casado, E. García-Pelayo, A. Leal Luna y R. Pérez Cano

Servicio de Medicina Interna B. Hospital Virgen Macarena. Sevilla.

Objetivos. Analizar de manera descriptiva las características de las Interconsultas remitidas a nuestro Servicio de Medicina Interna durante el año 2006 y demostrar la importancia del Médico Internista como interconsultor en el manejo clínico de pacientes ingresados en otros Servicios.

Material y métodos. Se han registrado un total de 277 Interconsultas remitidas en su mayoría desde Servicios Quirúrgicos. Se analizan de forma descriptiva mediante el paquete estadístico SPSS 15.0.

Resultados. Se realizaron 277 interconsultas. El tiempo medio de demora desde la fecha de la interconsulta hasta que el paciente es visto por primera vez es de 8 horas, tardando un máximo de 4 días. Cada paciente fue visto una media de 2,10 veces, realizándose un total de 588 visitas. La edad media fue de 70,38 años. Este dato varía enormemente según el Servicio de procedencia desde los 42,06 años de media en las procedentes de Ginecología hasta los 79,47 años de las de Traumatología. Hubo un predominio femenino (58%). El Servicio más consultor fue Traumatología con 107 de las 277 interconsultas, que representan un 38,8% del total, seguido por Cirugía General (16,6%) y Ginecología (12%). El 43% de los pacientes eran pluripatológicos y cerca de un 20% eran reingresados. El motivo más frecuente de la interconsulta fue la Valoración Integral del paciente y el Ajuste completo de su Tratamiento (30,7% de los casos). Excluyendo estas situaciones, las patologías más frecuentes que motivaron las interconsultas fueron las respiratorias (7,9% Insuficiencia Respiratoria, 5,4% Infección Respiratoria) y las cardiovasculares (7,6% Hipertensión Arterial, 3,2% Insuficiencia Cardíaca, 2,9% Fibrilación Auricular y 2,2% Síndrome Coronario Agudo).

Discusión. Los resultados obtenidos demuestran la importancia del Médico Internista como interconsultor en un Hospital de Tercer Nivel. Hay que señalar que los datos se refieren sólo a uno de los dos Servicios de Medicina Interna existentes en nuestro Hospital y, de haberse contabilizado las interconsultas cursadas al otro, previsiblemente se duplicaría la magnitud de los resultados obtenidos. Destaca la rapidez de la respuesta, siendo la inmensa mayoría de los pacientes vistos el mismo día de recepción de la Interconsulta, lo cual constituye un objetivo para nuestra Unidad de Gestión Clínica. El retraso constatado de hasta 4 días en algún caso puntual creemos pueda deberse a la demora en la recepción de la Interconsulta o a días festivos intercurrentes. El predominio del sexo femenino puede estar influenciado por el alto número de consultas procedentes de Traumatología, las cuales en su mayoría se trataban de mujeres de avanzada edad ingresadas por fractura de cadera. Los datos referidos al porcentaje de pacientes que cumplen las características de pluripatológicos y reingresados son similares a los que habitualmente encontramos en los pacientes ingresados en una sala de Medicina Interna. Es muy llamativo el alto número de consultas realizadas con el objetivo de que el paciente fuese valorado y tratado de forma global por un Médico Internista, sin que existiera un problema concreto a resolver, con la consiguiente carga laboral sobre el Internista consultado. Esto es de vital importancia dado que en Nuestro Servicio no existe la figura del Internista dedicado exclusivamente a las Interconsultas sino que se añaden a los propios pacientes con código de Medicina Interna correspondientes a cada facultativo.

Conclusiones. Se reafirma la importancia de la presencia de la Medicina Interna en otros Servicios Hospitalarios, fundamentalmente los quirúrgicos. Los datos mostrados justificarían la creación del puesto del Internista Interconsultor, dedicado exclusivamente a Interconsultas Hospitalarias, como se viene realizando actualmente en otros centros.

V-14

Diez años de tratamiento anticoagulante oral en el Hospital Comarcal de Olot, Girona. Resultados Preliminares (1997-2007)

J. Trullas Vila, J. Bisbe Company, S. Soler Simón y V. Bisbe Company

Servicio de Medicina Interna. Hospital de Sant Jaume. Olot, Girona.

Objetivos. Analizar las características de los pacientes que reciben o han recibido tratamiento anticoagulante oral (TAO) en los últimos 10 años en la comarca de la Garrotxa (Girona): conocer las características clínicas y demográficas de los pacientes así como las indicaciones y complicaciones (hemorrágicas o trombóticas) durante el tratamiento.

Material y métodos. Análisis retrospectivo (abril del 1997 a abril del 2007) de los pacientes que reciben o han recibido TAO en nuestro Hospital y que están incluidos en el programa HyTexp versión 4.0[®] utilizado para el control del tratamiento. Los controles del tratamiento ha sido realizados por especialistas en Medicina Interna y Hematología. Se revisaron las siguientes variables: demográficas, estado del paciente (activo, alta, defunción, no controlado), indicación del tratamiento, tipo de fármaco, tiempo de tratamiento, edad al inicio del tratamiento, causas de mortalidad, complicaciones trombóticas y/o hemorrágicas (expresadas en densidad de incidencia al ser una cohorte de pacientes abierta). Las variables no completadas en el programa HyTexp 4.0[®] fueron revisadas de las historias clínicas de los pacientes. Los datos fueron exportados a una base de datos y analizados mediante el programa SPSS versión 14.0[®].

Resultados. Durante los últimos 10 años un total de 1544 pacientes han recibido o reciben TAO: un 70% (1087 pacientes) siguen activos (2% de la población censada en nuestra comarca en el año 2006: 52.834 habitantes) y el 30% restante fueron dados de alta (177 pacientes, 11%) o perdidos del control (92 pacientes, 6%) o éxitus (188 pacientes, 12%). Un 51% de pacientes eran hombres. La media de edad al inicio del tratamiento fue de 72 ± 10,2 años [rango 18-95] y la media de edad en el momento actual de los pacientes que siguen activos es de 76 ± 9,9 años [rango 19-100]. La distribución de edad por grupos fue la siguiente: menos de 60 años (10,7%), entre 60 y 90 años (88,6%) y por encima de 90 años (0,6%). El 99,5% de pacientes recibían acenocumarol y el 0,5% restante warfarina. Las indicaciones de TAO más frecuentes fueron las siguientes: fibrilación auricular -FA- (72%), enfermedad tromboembólica -ETV- (15,5%) y prótesis mecánica cardíaca (6%). La media de duración del tratamiento fue de 42 ± 34 meses [rango 1-120]. Durante el tratamiento hubo 16 complicaciones trombóticas (incidencia 0,3/100 pacientes-año) y 123 hemorrágicas (incidencia 2,5/100 pacientes-año). Las complicaciones hemorrágicas más frecuentes fueron: gastrointestinales (36%), epistaxis (20,5%), sistema nervioso central (13%) y partes blandas (11%). Con menor frecuencia hematuria, hemoptisis y hemorragia gingival. El 75% (92 de 123) de las complicaciones hemorrágicas y el 68,7% (11 de 16) de las trombóticas ocurrieron en el grupo de edad entre 70 y 89 años. No hubo ninguna complicación en los pacientes menores de 30 años ni en los mayores de 90 años. Las causas más frecuentes de éxitus fueron: 55 (29%) de causa desconocida, 48 (25,5%) de causa cardíaca y 32 (17%) de causa neoplásica. Con menor frecuencia: 6 pacientes (3%) de causa hemorrágica y 4 (2%) de causa trombótica. La distribución de éxitus por grupos de edad fue: 0 (0%) en menores de 30 años, 34 (18,5%) entre 30 y 69 años, 153 (81%) entre 70 y 89 años, 1 (0,5%) en mayores de 90 años.

Conclusiones. En 10 años han realizado o realizan TAO un total de 1.544 pacientes y 1.087 de ellos siguen activos (2% de la población de la comarca). Al inicio del tratamiento la media de edad fue de 72 años y 88% tenía entre 60 y 90 años de edad. Las indicaciones más frecuentes de tratamiento fueron fibrilación auricular y enfermedad tromboembólica. La incidencia de complicaciones trombóticas y hemorrágicas fue baja. Las causas más frecuentes de éxitus fueron cardíacas y neoplásicas, siendo poco frecuentes las hemorrágicas. Las complicaciones trombóticas y hemorrágicas y los éxitus por cualquier causa ocurrieron con mayor frecuencia en el grupo de edad comprendido entre 70 y 89 años.

V-15

OXIGENOTERAPIA DOMICILIARIA, NO TODO ES EPOC

J. Miramontes González, J. Aláez Cruz, J. Hernández Criado, A. Antolí Royo, E. Puerto Pérez, N. Cubino Bóveda, A. García Mingo y M. Borao Cengotita Bengoa

Servicio de Medicina Interna-I. Hospital Universitario de Salamanca. H. Virgen de la Vega. Salamanca.

Objetivos. Conocer las distintas patologías por las que se ha indicado oxigenoterapia domiciliaria, en el momento de ingreso, en pacientes que no tienen EPOC diagnosticada previamente.

Material y métodos. Se ha realizado un estudio retrospectivo. Analizamos los ingresos realizados en el Servicio de Medicina Interna en los tres últimos años (2004-2006), incluyendo un total de 4.156. Presentamos el análisis de los pacientes que presentan oxigenoterapia domiciliaria al ingreso, analizando la indicación del tratamiento según la patología de base. Formamos dos grupos, en el primero los pacientes con EPOC y en el segundo los pacientes no EPOC, dentro de estos desglosamos las distintas patologías.

Resultados. Del total de pacientes incluidos, 223 presentaban oxigenoterapia domiciliaria. De ellos el 42,6% (95) era por indicación diferente a enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC). Dentro de este grupo se incluían las patologías: insuficiencia cardíaca (23,15%), patología tumoral (13,68%), síndrome obesidad hipoventilación (12,63%), fibrosis pulmonar (11,57%), post-TBC (9,47%), tromboembolismo pulmonar (7,36%), patología neurológica (7,36%), patrón restrictivo por alteraciones anatómicas (6,31%), post-infecciosa (5,26%) y miscelánea (3,21%).

Discusión. Los resultados obtenidos muestran un porcentaje considerable (42,6%) de indicaciones de oxigenoterapia domiciliaria diferentes a la EPOC, estos datos son concordantes con los de otras áreas Sanitarias. La mayoría de los estudios se centran en la EPOC ya que incluye bajo una única indicación a un gran número de pacientes con gran mejoría de su calidad de vida y aumento de supervivencia. Estos grupos individualmente no abarcan un gran número de pacientes pero la suma de todos ellos equivale casi a la mitad de las causas de indicación de oxigenoterapia domiciliaria.

Conclusiones. Casi la mitad de los pacientes (46,2%) con oxigenoterapia domiciliaria lo reciben por indicación diferente a la de EPOC. Existen pocos estudios que evalúen la indicación de oxigenoterapia en pacientes diferentes de la EPOC. Especial mención a la patología cardiovascular y tumoral como causas más frecuentes de oxigenoterapia domiciliaria en pacientes no EPOC.

V-16

ÚLTIMOS DÍAS DE VIDA Y SEDACIÓN EN UNA UNIDAD DE CUIDADOS PALIATIVOS

M. Fombuena Moreno, V. Espinar Cid, Á. Pavón, M. Aleixos y R. Roca

Unidad de Cuidados Paliativos. Servicio de Medicina Interna. Hospital Doctor Moliner. Serra, Valencia.

Objetivos. En la Unidad de Cuidados Paliativos del H. Dr. Moliner ingresan pacientes en una situación muy avanzada de su enfermedad, con índices de mortalidad elevados, por lo que gran parte de nuestra actividad se dedica a atender a los pacientes durante sus últimos días de vida. Nuestro objetivo es describir las características generales de los pacientes que fallecen en la unidad, los principales

problemas durante la última semana de vida así como la necesidad de sedación en la agonía.

Material y métodos. Análisis retrospectivo de la información recogida en el Documento de Valoración Biopsicosocial y Atención a los últimos días, correspondiente a pacientes que ingresaron durante los años 2003, 2004, 2005 y 2006.

Resultados. Ingresaron 732 pacientes, de los que 531 (72,6%) fallecieron durante su estancia. Estancia media 24 días (mediana 19 días. Intervalo 1-285) Edad media 76 años. 73% hombres y 27% mujeres. Las neoplasias de pulmón, las digestivas y las de riñón y vías urinarias fueron las más frecuentes. El 22% presentaban deterioro cognitivo al ingreso. La media de síntomas al ingreso fue de 6 (intervalo 1-12). El 40,7% tomaba opioides en el momento de ingresar. El 77,9% de los pacientes que fallecieron lo hicieron en el contexto de un deterioro progresivo y con disminución del nivel de conciencia, un 12% mantuvo la conciencia hasta los últimos días, un 7,1% falleció por muerte repentina y un 2,7% en situación de coma. Principales problemas: estertores 46,8%, agitación 27,8%, fiebre 32,3%, dolor 32,6%, disnea 36%, familia ausente 16,5%, ansiedad del paciente 12,6%, ansiedad familiar 14,7%, Hemorragia 7,3%. Precisarón Sedación en la agonía el 13% de los pacientes que fallecieron en la unidad. Consentimiento informado en el 92,7% (paciente 81,8% / familia 10,9%). Indicaciones de sedación: Delirium (56,3%), Disnea (23,7%), Dolor (5,4%), Hemorragia masiva (10,9%), Status convulsivo (3,6%), Sufrimiento psicológico (1,8%). Fármacos utilizados en la sedación: Midazolam 45,1%, Levomepromazina 3,9%, Haloperidol 5,9%, Midazolam + Haloperidol 27,5%, Midazolam + Levomepromazina 17,6%. Vía de administración: subcutánea 80%, intravenosa 20%.

Discusión. Como evolución de la propia enfermedad, la mayoría de los pacientes fallecen con un nivel de conciencia disminuido, siendo los problemas más prevalentes la presencia de estertores, agitación y fiebre. En la bibliografía existente, las tasas de sedación en la agonía son variables, en función del tipo de paciente, el recurso o ubicación del cuidado, tipo de trabajo e incluso según el concepto de sedación terminal que se utilice. (Porta et al 1999, Ventafrida et al 1990, Faisinger et al 1991, Morita et al 1996, Muller-Busch et al 2003, Miccinesi et al 2006). Nuestros resultados, en cuanto a tasas de sedación en la agonía, principales indicaciones y los fármacos utilizados para la sedación coinciden con la mayoría de los datos publicados en la bibliografía.

Conclusiones. 1) Creemos fundamental la formación en el manejo de los principales aspectos que conciernen el abordaje de la sedación en los pacientes terminales (clínicos, farmacológicos, información y comunicación, emocionales, éticos). 2) Ante las diferentes situaciones que se plantean frente a la necesidad de sedación de un paciente terminal, creemos necesario profundizar en la recogida protocolizada de información durante los últimos días de vida, con el objetivo de poder prestar un mejor soporte a enfermos y familias.

V-17

¿HA CAMBIADO EL TIPO DE PATOLOGÍA RENAL BIOSPIADA? EXPERIENCIA EN EL PERÍODO 1994-2005 EN GUADALAJARA

M. Torres, J. Ocaña, L. Gómez, M. Sánchez, S. Tallón, M. Basterrechea, J. Chevarría y G. De Arriba

Servicio de Nefrología. Hospital Universitario. Guadalajara.

Objetivos. Determinar la evolución del espectro de entidades biopsiadas en la última década.

Tabla 1. Hallazgos en el periodo 1994-1999 (V-17).

*p < 0,05	< 65 años	> 65 años
Causa biopsia renal	Alt. Sedimento (39,7%)	FRA (48,1%)
Sd. nefrótico	GN membranosa (36%)	GN focal y segmentaria (37,5%)
Causa FRA	IgA con proliferación extracapilar (22%)	GN extracapilar tipo III (38,5%)
Prevalencia FRA	*15,5%	48%
Prevalencia Vasculitis	*9%	30%
%DM	10%	*18%
% HTA	45%	59%
Prevalencia IRC (Ccr < 60 ml/min)	*3,2%	*50%

Tabla 2. Hallazgos en el período 2000-2005 (V-17).

*p < 0,05	< 65 años	> 65 años
Causa biopsia renal	Sd. nefrótico (54,5%)	FRA (47,4%)
Sd. nefrótico	GN cambios mínimos (39%)	GN focal y segmentaria (66%)
Causa FRA	GN extracapilar tipo III (66%)	GN extracapilar tipo III (44%)
Prevalencia FRA	*9%	47%
Prevalencia Vasculitis	*15%	37%
% DM	12%	*27%
% HTA	*27%	*31%
Prevalencia IRC (Ccr < 60 ml/min)	*41,6%	*78%

Material y métodos. Revisamos el diagnóstico anatomopatológico de un total de 139 biopsias entre 1994-2005.

Resultados. La distribución tenía 84 varones y 53 mujeres, rango de 6-83 años (> 65 años un 37% del total). No existió diferencias entre la edad media en cada período (55,32 vs 54,35 años). El síndrome nefrótico supuso el 34% del total (un 27% por cambios mínimos); 28% alteraciones en el sedimento (un 21% por mesangial IgA); 25% FRA (cuadros con proliferación extracapilar en un 48%); 8% IRC (un 45% de glomerulonefritis focal y segmentaria y un 18% por nefroangioesclerosis); y 5% otras. Hasta los 65 años el diagnóstico más repetido es el de GN mesangial (24%).

Discusión. La evolución de los hallazgos encontrados en los se recoge en las tablas anexas.

Conclusiones. El síndrome nefrótico continua siendo la causa más frecuente de biopsia renal, además del FRA inducido por vasculitis en la población anciana. A pesar de que la edad media no ha cambiado en los últimos años, nuestra población presenta mayor prevalencia tanto de diabetes como de insuficiencia renal.

V-18

FIBROSIS RETROPERITONEAL Y PET: UNA NUEVA HERRAMIENTA DIAGNÓSTICA Y DE SEGUIMIENTO

R. Güerri, M. Velat, S. Hernández, M. Molas, E. Torres, E. Sole, L. Mellibovsky y A. Díez Pérez

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

Objetivos. La fibrosis retroperitoneal (FRP) es una enfermedad rara que se caracteriza por el depósito de tejido conectivo en el espacio retroperitoneal, generando compresión de estructuras adyacentes. Puede ser idiopática o bien secundaria a diversos procesos entre ellos neoplasias. La TC o la RMN permiten su diagnóstico, requiriéndose, en ocasiones la biopsia quirúrgica para descartar malignidad. La introducción del PET supone una herramienta más en la valoración inicial de un enfermo con FRP. **Objetivo** Describir el papel coadyuvante del PET en el diagnóstico y seguimiento de la fibrosis retroperitoneal.

Resultados. Caso 1) Paciente varón de 21 años con dolor abdominal persistente. Orientado como abdomen agudo. Se realiza TC quirúrgica diagnosticándose de FRP envolviendo a la vena cava, con diversos elementos nodulares de la misma densidad radiológica. Analíticamente: función renal normal, hemograma normal, VSG 100 mm/h. Se realiza TAC-PET que no muestra captación anormal en ningún territorio. Se inicia terapia corticoidea con resolución clínica y radiológica del cuadro a los 3 meses. Caso 2) Paciente varón de 50 años. Diabético tipo 2 en tratamiento con insulina. Consulta por dolor abdominal persistente refractario a tratamiento analgésico. Analíticamente: función renal normal, hemograma normal, VSG 25 mm/h. Se realiza TC que muestra FRP envolviendo estructuras vasculares. TAC-PET: muestra captación de toda el área de fibrosis. Se inicia terapia con inmunosupresores, con mejoría de la clínica y radiológica. Caso 3) Paciente varón de 72 años. Consulta por dolor abdominal persistente de 2 meses de evolución. Analíticamente destaca Creatinina 2 mg/dl. En TC se observa dilatación de la vía urinaria, e imagen de FRP que engloba estructuras de la vía urinaria y desplaza uréteres, mediatizándolos. TAC-PET: muestra captación difusa de toda el área de fibrosis, pero no muestra captación anormal fuera de ésta. Se realiza intervención urológica sobre la vía urinaria, colocándose 'pig tail', se inicia terapia corticoidea con buena respuesta clínica y radiológica.

Discusión. La FRP se caracteriza por la proliferación de fibroblastos en el espacio retroperitoneal generando una matriz de tejido fibroso que comprime estructuras adyacentes, vía urinaria o vasculares. Clínicamente se presenta como dolor abdominal difuso, no localizado, sin signos de peritonismo, o como insuficiencia renal por compresión de la vía urinaria. Analíticamente, en caso de compresión de la vía urinaria, puede presentar insuficiencia renal. La prueba oro para el diagnóstico es el TC que permite la valoración del espacio retroperitoneal, sin aportar la RMN ventajas sobre ésta. En caso de dudas sobre la posibilidad de enfermedad neoplásica subyacente, como en el caso de presencia de forma de fibrosis con múltiples nódulos, puede ser necesaria la biopsia quirúrgica, que sería en ese caso la prueba de elección. No existen guías sobre el tratamiento para la FRP, la terapia con corticoesteroides es el primer paso, existiendo también casos publicados de tratamiento eficaz con metotrexate, azatioprina u otros inmunosupresores. El La PET como herramienta útil en el diagnóstico y seguimiento de la FRP no está aún aclarado (pocas referencias en la literatura médica). En función del comportamiento de cada caso su utilidad puede variar. Así, en los casos en los que existe captación de la zona masa de fibrosis, puede ser empleado para evaluar el grado de actividad de la enfermedad (en función de la captación de trazador) y para valorar la respuesta al tratamiento instaurado (por la disminución de la captación a los 3 meses de iniciar el mismo). Por otro lado en los casos de no captación en la PET basal, permite descartar malignidad evitando la realización de biopsia quirúrgica, ya que en la literatura se hace referencia a la necesidad de biopsia en caso de que existan dudas por parte del radiólogo.

V-19

TABAQUISMO Y TUBERCULOSIS PULMONAR

J. García Rodríguez¹, E. Solla Babío², S. Pintos Martínez², M. Martínez Coba², S. Sánchez Trigo¹, M. Lorenzo García³, A. Mariño Callejo¹ y P. Sesma Sánchez²

¹Unidad de Enfermedades Infecciosas, ²Servicio de Medicina Interna, ³Servicio de Medicina Preventiva. Complejo Hospitalario Arquitecto Marcide-Prof. Novoa Santos. Ferrol, A Coruña.

Objetivos. Conocer si el tabaquismo influye en la localización de la tuberculosis pulmonar, presencia de cavitación y baciloscopia positiva en esputo.

Material y métodos. Estudio prospectivo de los casos de TB pulmonar en nuestra consulta monográfica de TB entre 1991 y 2005. Para cada caso se recogieron datos sobre: sexo, edad, antecedente de TB, factores de riesgo para desarrollar TB (gastrectomía, neoplasia, inmunosupresión, diabetes, etilismo crónico, tabaquismo, ADVP, VIH, IRC, cirrosis, contacto con TB), clínica, exploración física, laboratorio, Rx de tórax, BCG y Mantoux. Se definió TBLI como TB que afectaba al lóbulo medio (LM), lingula y uno o ambos lóbulos inferiores (LI). Tabaquismo como fumar al menos 5 cigarrillos día. Las diferencias entre TBLI y otras formas de TB pulmonar, presencia o no de cavitación y baciloscopia positiva en esputo fueron comparadas utilizando el test de χ^2 o la prueba exacta de Fisher. Los valores de las medias fueron comparadas con el test de Mann-Whitney. Se realizó un análisis de regresión logística para conocer los factores asociados con TBLI, cavitación y baciloscopia positiva en esputo. Se consideró significativa p < 0,05.

Resultados. Se siguieron 682 casos de TBP. De ellos, 107 (15,7%) presentaron TBLI (43 LI derecho, 42 LI izquierdo, 9 en ambos, 9 en

LM y 4 en llingua). Al comparar TBLI frente a localización de TB en lóbulos superiores se obtuvieron los siguientes resultados: sexo varón 66/107 (61,7%) vs 401/575 (69,7%). El Mantoux fue positivo en 83/98 (84,7%) vs 408/485 (84,1%). En la Rx tórax: 98/107 (91,6%) afectación unilateral vs. 314/574 (54,7%); 33/107 (30,8%) vs. 271/575 (47,1%) presentaban cavitación, el diagnóstico se realizó por estudio del esputo en 174/107 (69,2%) vs 439/575 (76,3%), la baciloscopia fue positiva en 46/74 (62,2%) vs 359/434 (82,7%) $p < 0,05$; cultivo LW positivo en 71/74 (95,9%) vs 422/439 (96,1%). Los pacientes con tabaquismo presentaron con mayor frecuencia afectación de lóbulos superiores 311/575 (54,1%) vs 33/107 (30,8%), cavitación 193/344 (56,1%) vs 111/338 (32,8%), baciloscopia positiva en esputo 239/284 (84,2%) vs 166/229 (72,5%), cultivo LW positivo 296/344 (86%) vs 251/338 (74,3%), sexo varón 270/344 (78,5%) vs 197/338 (58,3%), antecedente de TB 56/343 (16,3%) vs 31/337 (9,2%), etilismo crónico 136/344 (39,5%) vs 24/338 (7,1%), gastrectomía 13/343 (3,8%) vs 2/338 (0,6%), expectoración 256/344 (74,4%) vs 177/338 (52,4%) y más días de clínica $56,8 \pm 64$ vs $42,9 \pm 68,5$, $p < 0,001$. No existió diferencia entre las otras variables analizadas. En el análisis de regresión múltiple la edad (OR 0,98; IC95%: 0,97-0,99), el tabaquismo (OR 0,45; IC95%: 0,28-0,71), el antecedente de TB (OR 0,31; IC95%: 0,11-0,9) y el número de linfocitos (OR 1; IC95%: 0,99-1) fueron los factores asociados con TBLI. Se asociaron con cavitación el tabaquismo (OR 2,48; IC95%: 1,8-3,4) y la TBLI (OR 0,6; IC95%: 0,36-0,91), y con baciloscopia positiva en esputo la cavitación pulmonar (OR 9,1; IC95%: 5-16,7), el antecedente de TB (OR 3,7; IC95%: 1,4-10,01) y la TBLI (OR 0,48; IC95%: 0,26-0,89).

Conclusiones. El tabaquismo es un factor determinante de la localización de la tuberculosis pulmonar. Los pacientes fumadores tienen con mayor frecuencia afectación de los lóbulos superiores, cavitación y baciloscopia positiva en esputo.

V-20

SÍNDROME DE GUILLAIN-BARRÉ

V. Garcés Horna¹, M. Herrero Torrés¹, S. Olivera González¹, M. Callejo Plazas¹, A. Cecilio Irazola¹, T. Corbalán Sevilla² y S. Santos Lasaosa²

¹Servicio de Medicina Interna, ²Servicio de Neurología. Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa. Zaragoza.

Objetivos. Identificar las características clínicas, diagnósticas y terapéuticas de una serie de 5 pacientes afectados de Síndrome de Guillain-Barré (SGB).

Material y métodos. Se trata de un estudio descriptivo de 5 pacientes con diagnóstico de SGB (criterios diagnósticos del *National Institute of Neurological and Communicative Disorders and Stroke*), ingresados en Hospital Clínico de Zaragoza durante el mes de Mayo. Recogimos edad, sexo y clínica. Respecto a la clínica analizamos déficit motor, alt. musculatura respiratoria, alt. pares craneales, arreflexia, alts. sensitivas y dolor. Por último, se recogieron también las alteraciones analíticas del LCR, resultados neurofisiológicos y opción terapéutica.

Resultados. De los 5 pacientes revisados, 3 eran varones y 2 mujeres, con edades comprendidas entre 30 y 59 años, la media fue de 43,8 años. En un 40% de los casos existió proceso infeccioso previo (de vías respiratorias altas), en el resto no se encontró claro factor precipitante. Las características clínicas predominantes se analizaron en la tabla adjunta. El estudio de LCR, realizado a partir de la 1ª semana, demostró disociación albúmino-citológica en 4 casos. La neurofisiología fue, en todos los casos, compatible con un trastorno de tipo desmielinizante, con aumento de latencia o desaparición de ondas F (propio del SGB). En el estudio inmunitario se obtuvieron anticuerpos anti-gangliósidos positivos en 2 de los 5 pacientes. Todos recibieron tratamiento corticoideo, además 4 fueron tratados con Inmunoglobulinas Intravenosas y sólo en un caso se empleó como tratamiento específico plasmaféresis. La evolución fue variable y sin clara relación con la opción terapéutica elegida: 20% de mortalidad, 60% evolución favorable y el resto secuelas importantes.

Discusión. Se compararon los resultados de nuestra población con los de otros estudios similares y se analizó la existencia de diferencias.

Conclusiones. Clásicamente el SGB se consideraba una polirradiculoneuropatía desmielinizante e inflamatoria aguda, actualmente hay

diferentes variantes clínicas. Como en nuestra serie, los estudios epidemiológicos han establecido asociación significativa entre infección vírica y SGB. En todos los casos iniciamos el tratamiento específico en las primeras 48 horas del cuadro, bien utilizando plasmaféresis o bien con Igs IV. Siempre asociamos terapia corticoidea. El SGB presentará una mortalidad importante y nuestra serie no difiere sustancialmente de otros estudios publicados en la literatura.

Tabla 1. Manifestaciones clínicas del síndrome de Guillain-Barré (V-20).

	Nº	%
Déficit motor en EESS + EEII	3	60
Déficit motor solo en EEII	1	20
Dolor neuropático	2	40
Arreflexia	5	100
Disfunción autonómica	0	0
Alt. músculos respiratorios	1	20
Alt. pares craneales	2	40
Trastornos sensitivos	4	80

V-21

EPOC EN UNA UNIDAD DE HOSPITALIZACIÓN A DOMICILIO

V. Jarne Betrán¹, M. Esquillor Rodrigo², O. Ateka Barrutia¹, J. Gutiérrez Dubois², A. Echeverría Echeverría², T. Rubio Obanos², Á. Sámperiz Legarre² y F. Escolar Castellón²

¹Servicio de Medicina Interna. Hospital Virgen del Camino. Pamplona/Iruña, Navarra. ²Unidad de Hospitalización a Domicilio. Hospital Reina Sofía. Tudela, Navarra.

Objetivos. Conocer la actividad generada, la causa del ingreso y el tratamiento recibido de los pacientes EPOC hospitalizados en la Unidad de Hospitalización a domicilio (HAD) del Hospital Reina Sofía de Tudela en los últimos 6 meses.

Material y métodos. Estudiamos los pacientes EPOC ingresados en la unidad entre noviembre 2006 y mayo 2007. Se recogen los siguientes datos: edad, sexo, estancia media, tratamiento recibido y destino final del paciente.

Resultados. De 166 pacientes ingresados en los últimos 6 meses en la Unidad, 23 han sido EPOC reagudizados (14%), 1 mujer y 22 hombres, con una estancia y edad media de 17 días y 77,3 años respectivamente. De éstos, 1 no aceptó el ingreso y otro fue desestimado por excesiva distancia geográfica. El 50% de los ingresados procedían del hospital donde habían permanecido hospitalizados una media de 7 días hasta ser estabilizados, 2 habían sido derivados de consulta externa de medicina interna y el resto habían sido ingresados desde urgencias. La principal causa de descompensación en todos ellos fue infección respiratoria aguda. En cuanto al tratamiento recibido, todos los pacientes recibieron nebulizaciones de bromuro de ipatropio, 15 de N-acetil-cisteína, 8 de salbutamol y 1 de budesonida inhalada. También al 100% de los pacientes se les administró oxigenoterapia en gafas endonasales, corticoides intravenosos que después se continuaron por vía oral y antibioterapia. 8 pacientes recibieron ceftriaxona, 8 levofloxacino, 4 claritromicina oral, 3 amoxicilina-clavulánico vía oral, 1 fluconazol y otro ertapenem. Únicamente 3 pacientes fueron tratados con teofilinas. Respecto al destino final, 2 fallecieron durante el ingreso, 2 fueron trasladados al hospital por complicaciones ajenas al motivo de ingreso y el resto fueron dados de alta por evolución favorable.

Discusión. La enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) se caracteriza por limitación al flujo aéreo no completamente reversible, progresiva y asociada a una respuesta inflamatoria anormal a agentes nocivos, en especial al humo del tabaco. Es la principal causa respiratoria de morbi-mortalidad en países desarrollados. La padecen el 9% de > 40 años y el 20% de > de 65 años. Afecta al 15% de los fumadores siendo el tabaquismo el principal factor de riesgo. Todo EPOC grave reagudizado (aumento de disnea, más expectoración o purulencia del esputo) debe ser tratado en el hospital. Con las nuevas Unidades de HAD es posible el manejo desde el propio domicilio del paciente evitando el ingreso hospitalario y la yatrogenia deri-

vado de éste. La oxigenoterapia es clave en el tratamiento para corregir la hipoxemia. Se precisan dosis elevadas de broncodilatadores (bromuro de ipatropio y $\beta 2$ adrenérgicos de acción corta) nebulizados. El uso de aminofilinas es controvertido pero se recomienda en los que no responden al tratamiento broncodilatador inicial. Los corticoides sistémicos se recomiendan desde el inicio en las exacerbaciones que requieran ingreso hospitalario; deben mantenerse 3 o 4 días para luego ir reduciendo progresivamente. La agudización de EPOC grave debe tratarse con antibióticos empíricos desde el inicio, para cubrir los principales patógenos (*S. pneumoniae*, *H. influenzae* y *M. catarrhalis*). La amoxicilina-clavulánico o las cefalosporinas de 2ª y 3ª generación son los más recomendados aunque en pacientes con riesgo de infección por gram negativos debe considerarse el uso de antibióticos de más amplio espectro.

Conclusiones. Los pacientes EPOC ingresados en nuestra Unidad son en su mayoría varones de edad media avanzada. La principal causa de reagudización es la sobreinfección respiratoria. Los broncodilatadores nebulizados y corticoides sistémicos son los tratamientos más utilizados en esta patología junto a la antibioterapia. V. Los antibióticos más utilizados han sido los de vida media larga y de amplio espectro (levofloxacino, ceftriaxona).

V-22

TIPOS DE PATOLOGÍAS DERIVADAS A LA CONSULTA RÁPIDA DE UN HOSPITAL DE DIA MÉDICO: "EL INTERNISTA COMO PARADIGMA DE LA POLIVALENCIA"

A. Soler Sendra, B. Consola Maroto, M. Vila Vall-Llovera, I. Cañas Alcántara y E. Llargues Rocabruna

Servicio de Medicina Interna. Hospital General de Granollers. Granollers, Barcelona.

Objetivos. La compleja realidad asistencial en nuestro medio ha dado lugar al desarrollo de múltiples alternativas a la hospitalización convencional (AHC). Dentro del ámbito de la Medicina Interna se han creado entre otros dispositivos las consultas de soporte a la atención en urgencias, sobre todo para el seguimiento de pacientes con patología infecciosa. En nuestro centro disponemos de una consulta ubicada en el HDMQ. Ésta tiene un carácter polivalente con atención rápida, donde se derivan pacientes atendidos básicamente en urgencias, pero también para seguimiento de pacientes dados de alta precozmente de planta, e incluso desde consultas externas o Atención Primaria. **Objetivos:** conocer el tipo de patología derivada a una consulta rápida de medicina interna incluida dentro del HDMQ de un hospital comarcal.

Material y métodos. Se analizan retrospectivamente los datos obtenidos mediante registro ACCES del HDMQ del año 2005. En dicha base se registran de forma diaria desde el año 2002 todos los pacientes atendidos en la unidad, incluyendo tanto los datos sociodemográficos como múltiples parámetros asistenciales de interés.

Resultados. En el año 2005 se atendieron 1.557 pacientes en la Unidad. Las patologías por las cuales fueron derivados a control y seguimiento en la consulta fueron (por orden de frecuencia): patología infecciosa 588 (37%), digestiva 196 (12%), cardiológica 177 (11%), pneumológica 131 (8%), hematológica 40 (3%), reumatológica 37 (2%), NFR/Urológica 31 (2%), neurológica 22 (1%), endocrinológica 15 (1%), O. R. L 15 (1%), dermatológica 13 (1%) y miscelánea 292 (19%). Dentro de la patología infecciosa destacan la respiratoria, urinaria y tejidos blandos.

Discusión. Tal como se define en el programa de la especialidad, el médico internista tiene un marcado carácter de polivalencia y de adaptación a los cambios del entorno. Su visión es generalista por lo que asume la mayoría de procesos más prevalentes dentro de la patología. En nuestra experiencia, el médico internista tiene un papel relevante tanto en la planta de hospitalización convencional como en las diversas áreas de atención en las AHC. En concreto en una consulta dentro del HDMQ se atienden pacientes de diferentes áreas hospitalarias y extrahospitalarias. Los motivos de consulta son muy variados, destacando la patología infecciosa, pasando por el área digestiva, cardiológica o pneumológica.

Conclusiones. El motivo de derivación más destacado en la consulta dentro de un HDMQ fue el seguimiento de patología infecciosa, especialmente respiratoria y urinaria. Otros motivos de derivación abarcan cualquier ámbito de la medicina, por lo que el carácter generalista del médico internista es clave para su resolución.

V-23

ANEMIA FERROPENICA: ESTUDIO PROTOCOLIZADO DE UNA SERIE DE 62 CASOS CONSECUTIVOS

R. Daroca, J. Mosquera, L. Hurtado, J. Pinilla, E. Millán, M. Bonilla, M. Moreno y B. Cabrerizo

Servicio de Medicina Interna. Hospital San Pedro. Logroño, La Rioja.

Objetivos. Descripción de las características de los pacientes remitidos para estudio de anemia ferropénica (AF) a un servicio de Medicina Interna: características epidemiológicas, parámetros analíticos, rendimiento de las pruebas diagnósticas, diagnóstico etiológico y tratamiento administrado.

Material y métodos. Estudio prospectivo de los pacientes remitidos a nuestro Servicio para estudio de anemia ferropénica (AF) de abril de 2006 a mayo de 2007. Se consideró AF: hemoglobina (Hb) < 12 g/dL y ferritina < 11 ng/dL o < 3 veces el valor superior de la normalidad en caso de proceso inflamatorio, cáncer o hepatopatía, siendo el resto de índices de ferropenia compatibles. A los pacientes incluidos se les realizó un estudio protocolizado: endoscopia digestiva alta, estudio del tracto digestivo inferior con colonoscopia o enema opaco (se estudiaron ambos tractos salvo hallazgo de cáncer en la primera exploración). A los pacientes sin hallazgos en el estudio digestivo se les realizaron acs. antitransglutaminasa y/o biopsia duodenal, y eventualmente otras pruebas según sospecha clínica: ecografía abdominal, tránsito gastrointestinal, valoración ginecológica.

Resultados. Se incluyeron 62 pacientes, el 95,2% ingresados. Edad media $68,9 \pm 16,4$ años. 51% eran varones, sin diferencia significativa de edad entre varones y mujeres. Tomaban AAS el 22%, AINE el 8,2%, corticoides el 8,2%. El 23% se hallaban asintomáticos, 60% referían astenia, 23% disnea, 11,3% síncope o presíncope, 6,7% pérdida de peso. La media de Hb al diagnóstico fue de $7,9 \pm 1,9$ g/dL (rango 4,6-12). 17% tenían Hb > 10. VCM medio: $71 \pm 13,54$ fL. Media de recuento plaquetario: 315.000 ± 125.000 mL. Hierro $19 \pm 13,5$ mcg/dL; Ferritina $16 \pm 22,24$ ng/dL. Se efectuó gastroscopia en 53 pacientes, siendo el 41,5% normales, 13,2% neoplasias, 13,2% otras lesiones sangrantes y 32,1% lesiones no sangrantes. Se exploró el colon en 51 pacientes (31 colonoscopias y 25 e. opaco), hallándose cáncer en el 15,7%, divertículos en 31,3%, otras lesiones en 5,9%, y normal 47,1%. El diagnóstico final fue de cáncer en 25,8% (8 de colon, 5 gástricos, 2 esófago, 1 duodeno), úlcus o erosiones gastroduodenales o esofagitis en 11,3%, sangrado ginecológico 3 casos, hemorroidal 2, asociado a anticoagulación oral 3; en 26 pacientes (41,9%) no se halló causa de la anemia; se realizaron en estos casos 8 biopsias duodenales y 11 determinaciones de acs. antitransglutaminasa, siendo todos ellos normales. De estos casos 4 tomaban AAS, 3 corticoides y 2 eran mujeres de < 45 años. Se administró transfusión al 55,2% de los pacientes.

Discusión. Nuestro estudio muestra una incidencia muy elevada de cáncer, superior a estudios similares, posiblemente por ser pacientes de mayor edad y hospitalizados. Es llamativa la elevada incidencia de cánceres del tracto digestivo superior. El porcentaje de estudios no concluyentes es algo más alto que en otros estudios, no hallándose datos de enfermedad celiaca subclínica en ningún caso; una parte de ellos podría estar motivado por toma de AAS o corticoides. El rendimiento de los estudios digestivos fue del 40,2%, 25,8% los del tracto superior y 19,4% los del inferior.

Conclusiones. La elevada incidencia de neoplasias en pacientes con anemia ferropénica ingresados en Medicina Interna obliga a un estudio digestivo sistematizado en todos los casos. Los casos sin hallazgos patológicos causales siguen siendo muy frecuentes, siendo escaso el rendimiento de otros estudios complementarios.

V-24

ANEMIA FERROPENICA: ESTUDIO DE FACTORES PREDICTORES DE NEOPLASIA

J. Mosquera, R. Daroca, M. Moreno, J. Peña, A. Orive, L. Hurtado, J. Salcedo y A. Tejada

Servicio de Medicina Interna. Hospital San Pedro. Logroño, La Rioja.

Objetivos. Conocer los factores predictores de neoplasia en el estudio de las anemias ferropénicas (AF).

Material y métodos. Pacientes remitidos a nuestro Servicio para estudio de AF de abril de 2006 a mayo de 2007. Se les realizó un estudio protocolizado de todo el tracto digestivo. Se comparó el grupo cuyo diagnóstico final fue de cáncer con los demás pacientes respecto a diversos parámetros. Se analizó el rendimiento diagnóstico de los marcadores tumorales (MT) CA-19,9 y antígeno carcinoembrionario (CEA) en combinación con la presencia de AF.

Resultados. Se incluyeron 62 pacientes. Edad media 68,9 ± 16,4 años. 51% eran varones. 16 pacientes fueron diagnosticados de neoplasia digestiva (8 colon, 5 estómago, 2 esófago, 1 duodeno) y fueron comparados con 44 con otros diagnósticos (en 26 no se llegó a un diagnóstico etiológico). Los resultados se describen en la tabla 1. En los varones el diagnóstico de cáncer se estableció en un 34,4% por un 16,7% en las mujeres (p: n. S.). Fueron diagnosticados de cáncer 27,3% de los pacientes con Hb > 10 g/dL, por un 25,3% de los que tenían Hb < 10. El rendimiento diagnóstico de los MT se expone en la tabla 2.

Discusión. Ninguno de los parámetros estudiados fue predictivo de diagnóstico de cáncer en nuestros pacientes con AF. El nivel de Hb no discrimina el diagnóstico. Los MT tienen una alta especificidad pero muy baja sensibilidad. Los valores predictivos del CEA son muy altos.

Conclusiones. Ningún dato clínico o analítico en nuestro estudio permite discriminar a priori el diagnóstico final de una AF y por tanto eludir el estudio digestivo en estos pacientes.

Tabla 1. Características de los pacientes con AF según diagnóstico final (V-24).

	Cáncer (n: 16)	No cáncer (n: 46)	p
Edad	68,4 ± 13	69,1 ± 17,5	ns
Asintomático	13,3%	26,1%	ns
Anorexia	36,4%	14,6%	ns
Astenia	76,9%	55,6%	ns
Hb (g/dL)	8 ± 1,8	7,5 ± 2	ns

Tabla 2. Rendimiento diagnóstico de los MT en pacientes con AF (V-24).

	CA 19.9	CEA
Sensibilidad	18,7%	31%
Especificidad	95,7%	100%
VPP	60%	100%
VPN	77,2%	80%

V-25

LES SEVERO CON INGRESO EN UCI

R. Fernández Madera Martínez¹, I. Arias Miranda¹, E. Fonseca Aizpuru¹, M. Cienfuegos Basanta¹, E. Rodríguez Ávila¹, M. Menéndez Calderón², J. Moris de la Tassa¹ y J. Ferreiro Fernández¹

¹Servicio de Medicina Interna. Hospital de Cabueñes. Gijón, Asturias. ²Servicio de Medicina Interna. Hospital Comarcal de Jarrío. Coaña, Asturias.

Objetivos. El Lupus Eritematoso sistémico (LES) es una enfermedad autoinmune sistémica de curso indolente en la mayoría de los casos. No obstante en ocasiones la gravedad de los síntomas, hacen necesario ingreso en Unidad de Cuidados intensivos (UCI). Se realizó un estudio descriptivo de los pacientes diagnosticados de LES en nuestro hospital durante un período de 16 años, analizando las características y posibles diferencias que puedan preveer una peor evolución y eventual ingreso en UCI.

Material y métodos. Estudio descriptivo retrospectivo de los pacientes diagnosticados de LES (Lupus Eritematoso Sistémico) en el hospital de Cabueñes, de 2º nivel, que atiende a una población de 300.000 habitantes, entre enero de 1991 y diciembre de 2006. Nos pusimos en contacto con el Servicio de Documentación y Archivos del hospital, y se revisaron las historias clínicas de los pacientes con LES que precisaron ingreso en UCI y se analizaron los siguientes parámetros: edad, sexo, motivo de ingreso en UCI, APACHE al ingreso, clínica, tratamiento recibido (de soporte y antilúptico), y evo-

lución. Se revisaron los mismos parámetros en pacientes con LES que ingresaron en planta para analizar las posibles diferencias.

Resultados. 52 pacientes (42 mujeres y 10 hombres) con diagnóstico de LES precisaron ingreso. De los cuales 10 (9 mujeres y 1 hombre) requirieron ingreso en UCI. Los pacientes que ingresaron en UCI eran más jóvenes (38 ± 20 años, versus 49 ± 17 años). 8 de ellos estaban previamente diagnosticados de LES y 2 fueron diagnosticados durante el ingreso. 5 habían recibido tratamiento con inmunosupresores. El motivo de ingreso fue Distress Respiratorio del Adulto en 5 casos, infección grave en 3 (meningitis, bacteriemia por Pseudomona, y bronconeumonía y sepsis por Neumococo), síndrome coronario agudo (SCA) en 1 y hemorragia intraabdominal en 1. El APACHE inicial fue de 22,6 ± 6 (16-33). El distress fue 2º a neumonitis lúpica con hemorragia pulmonar. Durante el ingreso 3 pacientes desarrollaron glomerulonefritis lúpica, y uno un síndrome hemofagocítico. Siete pacientes necesitaron ventilación mecánica, 4 hemodiálisis y plasmaféresis. La evolución fue favorable en 6 casos, hubo 4 éxitos en aquellos pacientes que presentaban neumonitis lúpica.

Conclusiones. No hemos encontrado diferencias significativas dadas el pequeño tamaño de la serie y el diseño del estudio. Los pacientes que precisaron ingreso por distress respiratorio 2º a neumonitis lúpica se asocian a una mayor morbi-mortalidad. Se hace necesario un mayor esfuerzo para el diagnóstico precoz y tratamiento de complicaciones respiratorias.

V-26

PLASMOCITOMA CUTÁNEO (PC): REVISIÓN DE 3 CASOS D. Espinosa¹, B. Marí¹, G. Vidal¹, I. Torrente¹, J. Soler¹, E. Sáez³, M. Sabat² y J. Oristrell¹

¹Servicio de Medicina Interna, ²Servicio de Dermatología, ³Servicio de A. Patológica, ⁴Servicio de Hematología. Corporació Sanitària Parc Taulí. Sabadell, Barcelona.

Objetivos. La afectación cutánea por células neoplásicas plasmáticas es rara, habitualmente secundaria a la presencia de mieloma múltiple (MM) o plasmocitoma óseo solitario (POS). Descripción clínica de los casos de PC diagnosticados en nuestro centro, forma de presentación, asociación con MM y evolución.

Material y métodos. Estudio retrospectivo de las biopsias cutáneas con diagnóstico histológico de PC, desde el año 1992, realizadas en un hospital de segundo nivel con un área de referencia de 250.000 habitantes. Se recogieron edad, sexo, diagnóstico previo de MM-POS, características de la lesión, tratamiento (TTo) y supervivencia (SV) desde el diagnóstico de PC.

Resultados. Entre los años 1992-2007 se diagnosticaron 3 pacientes con PC, de ellos 2 eran varones, con una edad media de 73 años. Los dos primeros presentaban diagnóstico previo de MM con un tiempo medio desde este diagnóstico (TMD) hasta el debut de la lesión cutánea de 6 meses y 9 años, respectivamente. Ambos habían recibido tratamiento con poliquimioterapia (PQT), con recidiva de la enfermedad a los 2 meses y 24 meses. En el tercer caso el TMD de la lesión cutánea fue de 1 año. El paciente refería dolores óseos desde 2 meses antes, con lesiones óseas múltiples en el estudio radiológico. El aspirado de médula ósea (AMO) presentaba < 5% de células plasmáticas. La SV fue inferior a 1 mes en los dos primeros, a pesar del TTo. El tercer paciente sigue vivo con respuesta clínica al TTo, 6 meses después.

Discusión. El PC es extremadamente raro (4%), habitualmente por extensión desde una lesión ósea de MM-POS. Se relaciona con fases avanzadas de la enfermedad y es un signo de mal pronóstico. La mitad de casos de PC sin lesión ósea asocian paraproteína. No hay descrito un tipo especial de MM con capacidad exclusiva de infiltrar dermis. La diseminación del PC a otros tejidos o su progresión a MM se ha descrito en un 15%, normalmente en el año siguiente al diagnóstico. La SV media es inferior al año. El TTo local es de elección asociado a PQT en caso de progresión a MM. Nuestra experiencia se corresponde con lo descrito previamente. En el tercer caso creemos que la presencia de lesión cutánea desde un año antes del diagnóstico, la normalidad del AMO y la respuesta clínica al tratamiento orientan hacia un PC primario con diseminación ósea secundaria. Por la edad y comorbilidad asociada de este paciente sólo se realizó tratamiento paliativo con PDN, y sigue vivo a los 6 meses del diagnóstico, con buen control clínico.

Tabla 1. Casos de PC (V-26).

	Caso 1	Caso 2	Caso 3
Sexo	M	V	V
Edad	80	52	87
MM/POS previo	MM IgA Kappa IIA	MM Bence-Jones IgG kappa IIIA	Paraproteína IgG-Kappa (20 g/L); AMO < 5%
Lesión cutánea	Nódulos Pared abdominal	Nódulos Cuello-torax anterior	Placa única Espalda
TMD	1 mes	1 mes	12 m
TTto PC	PQT	Melfalán-PDN	PDN (30 mg/día/4 días/mes)
Respuesta al TTto	NO	NO	Control clínico
SV	< 1 mes	< 1 mes	Vivo a los 6 m

Conclusiones. El PC es excepcional. Su progresión a MM/diseminación en el 15%, hace recomendable el seguimiento de estos casos. El TTto local es de elección, con PQT en los casos de MM. Suele presentar mal pronóstico.

V-27

RELACIÓN DEL GEN DEL RECEPTOR DEL PREGNANO X CON LA ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL
J. Mendoza¹, R. Lana², A. Lérída³, E. Urcelay⁴, E. De la Concha⁴ y M. Díaz-Rubio¹

¹Servicio de Aparato Digestivo, ²Servicio de Medicina Interna, ³Inmunología. Hospital Clínico San Carlos. Madrid. ⁴Servicio de Medicina Interna. Hospital de Viladecans. Viladecans, Barcelona.

Objetivos. Determinar el papel del gen del PXR en la enfermedad inflamatoria intestinal.

Material y métodos. Se diseñó un estudio de casos-controles en el que se incluyeron 367 pacientes con CU y 322 con EC que se compararon con 500 controles estratificados por sexo y edad. Se determinaron 3 polimorfismos del gen del PXR y 6 haplotipos mediante técnicas de PCR.

Resultados. La distribución haplotípica del gen PXR demostró una asociación con la CU cuando se compara con los controles (p = 0,036) [OR (IC 95%) = 1,69 (1,1-2,62)]. Sin embargo no existían diferencias significativas entre los pacientes con EC y los controles (p = 0,4). Entre los enfermos con CU se objetivó una asociación estadísticamente significativa entre el haplotipo [rs3814055*T//rs6784598*C//rs2276707*C] y la CU extensa (p = 0,0007; OR (IC 95%) = 1,76 (1,25-2,448).

Discusión. El gen del receptor del pregnano X (PXR/NR1I2) esta implicado en los procesos de detoxificación que se producen en el hígado y en el intestino. Recientemente se le ha asociado también con un incremento del riesgo para desarrollar enfermedad inflamatoria intestinal. En concreto, el PXR se expresa en menor cantidad en la mucosa del colon de los enfermos con colitis ulcerosa (CU), pero no varía en la enfermedad de Crohn (EC). El haplotipo [rs3814055*T//rs6784598*C//rs2276707*C] del PXR se relaciona con el desarrollo de la CU y especialmente con las formas extensas de la enfermedad, es lo que se denomina un haplotipo funcional. **Conclusiones.** Nuestros datos apoyan la asociación entre determinados polimorfismos del gen del PXR y la CU. Además se demuestra una asociación con el fenotipo extenso de la CU. Sin embargo el PXR no tiene ningún papel en la susceptibilidad para padecer EC.

V-28

ANEMIA FERROPÉNICA EN 10 AÑOS DE UNIDAD DE DIAGNÓSTICO RÁPIDO

M. Mijana Casanovas¹, E. Ferrer Cobo¹, R. Acal Arias¹, B. Consola Maroto¹, M. Laya Tomás¹, A. Almuedo Riera¹, S. Capell Font² y E. Llargués Rocabrúna¹

¹Servei de Medicina Interna, ²Unitat de Diagnòstic Ràpid - Servei de Medicina Interna. Hospital General de Granollers. Granollers, Barcelona.

Objetivos. Recoger las características de los pacientes con anemia ferropénica atendidos en la Unidad de Diagnóstico Rápido (UDR) desde su implantación. Analizar los diagnósticos más frecuentes.

Material y métodos. Estudio descriptivo, retrospectivo. Se analizaron las altas de la UDR de los pacientes atendidos por anemia ferropénica desde enero de 1996 hasta diciembre de 2005. Se excluyeron los pacientes que no presentan ferropenia en la analítica de ingreso a la unidad, así como aquéllos en que no se dispone de datos suficientes para el estudio. Se recogen datos demográficos, analíticos, motivo y procedencia de la derivación y diagnóstico al alta.

Resultados. Se derivaron a la UDR durante el período de estudio 231 pacientes para estudio de anemia ferropénica (3,8% de los pacientes atendidos en la unidad). Se excluyeron del estudio 12 pacientes por no presentar ferropenia. Se estudiaron 219 pacientes, el 35,2% varones. La edad fue de 67,0 ± 14,9 años para los varones y de 61,0 ± 19,4 las mujeres. El 40,3% de los pacientes procedían del Servicio de Urgencias del propio centro, 48,7% de Atención Primaria y en un 9,5% de otros servicios. Las cifras analíticas a la admisión en la unidad fueron Hemoglobina 9,0 ± 1,6 g/dl (4,1-11,9), Hematocrito 28,2 ± 4,5%, VCM 72,3 ± 8,7 fL, Hierro 24,7 ± 10,9 mcg/dl, Ferritina 21,1 ± 30,6 ng/ml. Se diagnosticaron de anemia por patología benigna del tracto digestivo superior el 23,7% de pacientes, por patología benigna del tracto digestivo inferior en el 11,9%, por neoplasia tracto digestivo 11,4%, por pérdidas ginecológicas 7,8% de las mujeres < 50 años estudiadas, por pérdidas extradiigestivas no ginecológicas 1,4%, por insuficiencia renal crónica 0,5% y de anemia ferropénica por causa desconocida 39,3%.

Conclusiones. La principal causa de ferropenia en nuestro medio son las pérdidas digestivas de etiología no neoplásica. En mujeres premenopáusicas, la causa más frecuente son las pérdidas ginecológicas.

V-29

EL TABACO COMO FACTOR ETIOLÓGICO AMBIENTAL EN LA ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL

A. Lérída¹, R. Lana², J. Mendoza³ y M. Díaz-Rubio³

¹Servicio de Medicina Interna. Hospital de Viladecans. Viladecans, Barcelona. ²Servicio de Medicina Interna, ³Aparato Digestivo. Hospital Clínico San Carlos. Madrid.

Objetivos. Observar la posible influencia del tabaco en el desarrollo de la enfermedad inflamatoria intestinal, en sus formas clínicas y en el tratamiento.

Material y métodos. Estudio prospectivo descriptivo en el que se incluyeron 37 pacientes con colitis ulcerosa (CU) y 30 con enfermedad de Crohn (EC) a los que se les pasa una encuesta sobre el consumo de tabaco. También se recogen datos epidemiológicos (edad, sexo), clínicos (extensión y patrón de la enfermedad) y de tratamiento (necesidad de corticoides, de inmunomoduladores, de infliximab y de cirugía). Los datos se metieron en una base de datos ACCESS 2000. Las variables cualitativas se estudiaron según su distribución de frecuencias y las cuantitativas según su distribución normal.

Resultados. Los 37 pacientes con CU tenían una mediana de edad de 41 años (27-76) y 16 eran mujeres. En cuanto al lugar de afectación de la enfermedad: 21 eran pancolitis, 10 CU izquierdas y 6 rectosigmoiditis. En el momento del diagnóstico 12 enfermos nunca habían fumado, 15 eran exfumadores, y 10 eran fumadores, aunque 6 de ellos ya no consumían tabaco en la actualidad. Los pacientes fumadores y los exfumadores presentan formas más extensas de la enfermedad. El tiempo medio que transcurrió desde el abandono del

hábito tabáquico hasta el diagnóstico era de 4,5 años en el grupo de los exfumadores. Los pacientes fumadores y exfumadores requirieron con mayor frecuencia tratamiento con corticoides e inmunomoduladores que los que fumaban al diagnóstico (7 y 6 enfermos frente a 2). Ningún paciente de los que fumaban en el momento del diagnóstico necesitó cirugía frente a tres no fumadores y un exfumador. Los 30 pacientes con EC tenían una mediana de edad de 30 años (23-77) y 14 eran mujeres. La localización era ileal en 18 casos (L1), cólica en 2 (L2) e ileocólica en 3 (L3). En cuanto al patrón de la EC era inflamatorio (B1) en 11 enfermos, estenosante (B2) en 3 y fistuloso (B3) en 16. En el momento del diagnóstico 10 enfermos no habían fumado nunca y 20 eran fumadores, aunque 8 de ellos lo dejaron posteriormente. Los pacientes fumadores y exfumadores precisaron con mayor frecuencia tratamiento con inmunomoduladores, infliximab (todos los tratados con infliximab también recibían inmunomoduladores) y cirugía que los no fumadores.

Conclusiones. El hábito tabáquico parece tener un papel protector en la CU, puesto que los fumadores presentan formas menos extensas de la enfermedad y menor necesidad de recurrir al uso de corticoides, inmunomoduladores o cirugía. Sin embargo, el consumo de tabaco puede influir negativamente en la historia natural de la EC desarrollando formas más agresivas de la enfermedad y requiriendo el uso de escalones terapéuticos superiores.

V-30

ESTUDIO DESCRIPTIVO DEL TIPO DE PACIENTES INGRESADOS EN UN SERVICIO DE MEDICINA INTERNA

M. Gallego Villalobos, A. García Bernárdez, I. Fidalgo López, N. Morán Suárez y E. Vallina Álvarez

Servicio de Medicina Interna I. Hospital Universitario Central de Asturias. Oviedo, Asturias.

Objetivos. Realizar un estudio descriptivo de las características de los pacientes ingresados en un servicio de Medicina Interna de un Hospital de Tercer nivel.

Material y métodos. Estudio descriptivo transversal que incluye a los pacientes ingresados del 1 de enero de 2006 al 30 de junio de 2006. Se recogen datos epidemiológicos, procedencia, motivo de alta y diagnóstico. Los datos son recogidos de los informes de alta.

Resultados. Se registraron 571 pacientes ingresados en uno de los dos servicios de medicina interna de un hospital de tercer nivel. El 51,31% fueron mujeres y la edad media es de 66 años (15-96). El 38,18% son menores de 65 años. Entre los menores de 65 años la proporción de mujeres 41,28% y en los mayores de 65 años el 57,59% son mujeres. La procedencia de los pacientes es 83,71% de urgencias, 6,48% UVI, 6,13% de consultas externas, 1,75% de otro servicio del hospital, 1,75% de otro hospital, 0,17% por orden judicial. El motivo de alta fue en un 80,56% por mejoría, 8,23% éxitus, traslado a otro servicio 7,88%, traslado a otro hospital 1,92% y un 1,40% alta voluntaria. Los diagnósticos más frecuentes fueron: insuficiencia cardiaca/Valvulopatía 12,26%, infección respiratoria/neumonía 11,38%, VIH 10,68%, neoplasias 10,68%, anemia 7,18%, infección urinaria/pielonefritis 7,35%, intoxicación medicamentosa 5,43%.

Discusión. Los pacientes ingresados en un servicio de medicina interna tienen una media de edad elevada y gran disparidad de diagnósticos con elevada mortalidad global.

Conclusiones. En el análisis de los datos recogidos podemos ver la edad elevada de los pacientes siendo, más del 60% mayores de 65 años. Entre la patología más frecuente se encuentra la asociada a la edad, junto con importante número de infecciones siendo las respiratorias y urinarias las más frecuentes. No es despreciable el número de neoplasias diagnosticadas así como la patología de los pacientes VIH. Necesitamos un estudio más pormenorizado para analizar la comorbilidad asociada a estos pacientes de edad avanzada.

V-31

ANEMIA FERROPÉNICA DE ORIGEN OSCURO

J. Napal Lecumberri, M. Casuso Saenz, J. Alonso Gutiérrez y J. Hernández Hernández

Servicio de Medicina Interna. Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. Santander, Cantabria.

Objetivos. Estudio de las causas de la anemia ferropénica sin una causa evidente en un Servicio de Medicina Interna.

Material y métodos. Se estudiaron de forma prospectiva, a lo largo de dos años, los pacientes atendidos en un Servicio de Medicina Interna con anemia y ferritina < 15 (especificidad 99% para ferropenia). Se excluyeron aquellos enfermos en los que la causa de sangrado fuera evidente (hematemesis, rectorragias) y las mujeres en las que la causa del sangrado pudiera ser ginecológica. La serie constaba de 74 enfermos (25 varones y 49 mujeres) con edades comprendidas entre los 22 y los 91 años (70,5 ± 16 años), el 74% eran mayores de 65 años; 45 pacientes iniciaron sus estudios hospitalizados y 29 lo hicieron de forma ambulatoria.

Resultados. 16 (21,6%) pacientes fueron diagnosticados de patología maligna (14 de colon y 2 de estómago); 34 (46%) de enfermedades benignas (incluida una celiaca); 8 (11%) presentaban dos enfermedades benignas diferentes y en 16 (21,6%) no se llegó a un diagnóstico definitivo. En estos últimos se realizó un seguimiento de más de 6 meses constatándose corrección de la anemia. En los 8 pacientes (11%) que estaban tomando antiinflamatorios no esteroideos no se encontró ninguna neoplasia.

Discusión. La anemia ferropénica de origen oscuro (probable origen digestivo) plantea un importante reto diagnóstico que obliga a realizar estudios del tramo digestivo superior e inferior cuando alguno de ellos no resulta diagnóstico, habitualmente mediante endoscopias, y cuando estas no sean posibles por estudios baritados. En aquellos pacientes que persiste la anemia y no se ha conseguido un diagnóstico se completa el estudio mediante la realización de la cápsula endoscópica y los anticuerpos de celiaca. Este es el proceso diagnóstico realizado en nuestro hospital, excepto en los pacientes muy añosos o pluripatológicos, que no están en condiciones de realizar las pruebas.

Conclusiones. Las neoplasias, fundamentalmente del colon, representan un importante porcentaje (21,6%) de las causas de anemia ferropénica de origen oscuro, por lo que la colonoscopia es la prueba más importante en su estudio. En un 11% de los pacientes se observaron patologías digestivas benignas alta y baja potencialmente sangrantes, lo que hace recomendable el estudio de todo el tubo digestivo. En los pacientes con anemia ferropénica que tomaban antiinflamatorios es más probable una patología benigna.

V-32

ESTUDIO DE POLIMORFISMOS DEL GEN DEL RECEPTOR B DE LA ENDOTELINA (EDNRB) EN ESCLEROSIS SISTÉMICA

B. Rueda¹, N. Ortego Centeno², C. Simeón³, V. Fonollosa Pla³, M. González-Gay⁴, J. Martín¹ y Grupo Esclerodermia⁵

¹Departamento de Bioquímica y Biología Molecular, IPBLN,

CSIC, Granada. ²Servicio de Medicina Interna. Hospital

Universitario San Cecilio. Granada. ³Servicio de Medicina

Interna. Hospital General Vall d'Hebron - Área General.

Barcelona. ⁴Reumatología. Hospital Xeral de Lugo. Lugo.

⁵Asociación Andaluza de Enfermedades Autoinmunes (AADEA).

Hospital Clínico Universitario, Granada. Hospital Virgen de las

Nieves, Granada. Hospital Reina Sofía, Córdoba. Hospital Carlos

Haya, Málaga. Hospital Virgen de la Victoria, Málaga. Hospital

Virgen del Rocío, Sevilla.

Objetivos. La esclerosis sistémica (SSc) se desarrolla en individuos genéticamente predispuestos tras la exposición a ciertos factores ambientales. Esto produce la alteración de la regulación del sistema inmune, de la actividad de fibroblastos y del endotelio. No se conocen con exactitud los genes implicados en el desarrollo de SSc y por tanto identificar marcadores genéticos asociados con SSc es de gran relevancia. Una de las moléculas implicadas en la patogénesis de la SSc es la endotelina-1 (ET-1) que produce inflamación, vasoconstricción y la activación de los fibroblastos. La actividad de la ET-1 está mediada por su unión al receptor A de ET-1 (ET-A) y el receptor B (ET-B). El objetivo del presente trabajo fue analizar la posible implicación del gen del receptor B de la endotelina (EDNRB) en la susceptibilidad a SSc.

Material y métodos. Se analizó un total de 247 pacientes de SSc que se recogieron como resultado de un proyecto promovido por la Asociación Andaluza de Enfermedades Autoinmunes (AADEA) en diferentes hospitales de la Comunidad y con la colaboración de otros hospitales del país. Como población control se estudió un grupo de 260 controles sanos no relacionados procedentes de los bancos de

sangre de los hospitales participantes. Se seleccionaron dos polimorfismos (-2446 y -2547) consistentes en el cambio de una sola base (SNP) del gen EDNRB como marcadores genéticos para el estudio. El DNA de los pacientes y controles se extrajo por métodos convencionales y el tipaje de los dos SNPs se llevó a cabo mediante PCR con sondas Taqman (Applied Biosystems).

Resultados. La distribución de frecuencias alélicas y genotípicas de los polimorfismos -2446 y -2547 del gen EDNRB no mostró diferencias estadísticamente significativas entre pacientes y controles. También se estudió la distribución de los haplotipos formados por ambos SNPs observándose que el haplotipo -2446A/-2547A se asocia con susceptibilidad a SSc ($p = 0,04$ OR 1,29 95% CI 1,01-1,64) aunque esta tendencia no es significativa después de corregir por el número de comparaciones ($P_c = 0,12$). Por otra parte el haplotipo -2446C/-2547G mostró una tendencia protectora aunque la distribución de este haplotipo entre pacientes y controles no llegan a ser estadísticamente significativas ($p = 0,06$ OR 0,79 95% CI 0,62-1,01).

Discusión. En numerosos estudios se ha observado niveles elevados de expresión de ET-1 y/o sus receptores en pacientes con SSc en comparación con controles sanos. Por otro lado el uso de fármacos antagonistas de los receptores de la ET-1 es beneficioso en la profilaxis y tratamiento de las úlceras cutáneas y en la hipertensión pulmonar, que es una de las complicaciones más graves de esta patología. En este trabajo hemos observado que polimorfismos del gen EDNRB parecen conferir susceptibilidad a SSc. Estas variantes genéticas podrían afectar la expresión del gen EDNRB y causar la alteración de la función de este receptor, repercutiendo en la regulación de la actividad de ET-1.

Conclusiones. Los resultados de este trabajo apuntan a un posible papel del gen EDNRB en la susceptibilidad a SSc en nuestra población.

V-33

PREVALENCIA DE HIPERTENSIÓN ENMASCARADA EN PACIENTES CON INFARTO DE MIOCARDIO PREVIO

C. Suárez Fernández¹, I. Camacho Azcargorta², M. De la Figuera Von Wichmann³, J. Segura de la Morena⁴, A. Vicente Casanova⁵ y R. Franca⁶

¹Servicio de Medicina Interna. Hospital Universitario de la Princesa. Madrid. ²Unidad de Hipertensión. Policlínica San José, Vitoria (Álava). ³CAP La Mina. Barcelona. ⁴Unidad de Hipertensión. Hospital 12 de Octubre. Madrid. ⁵Unidad de Hipertensión. Hospital Clínico Universitario. Valencia. ⁶Área Cardiovascular. Novartis Farmacéutica S.A. Barcelona.

Objetivos. Determinar la prevalencia de hipertensión enmascarada (HE) en pacientes con infarto de miocardio (IM) previo y presión arterial (PA) controlada. La HE se define como la presencia de valores normales de PA en la consulta ($PAS/PAD \leq 140/90$ mmHg) pero valores de PA ambulatoria diaria elevados ($> 135/85$ mmHg).

Material y métodos. Estudio epidemiológico, transversal, multicéntrico realizado en consultas de atención especializada de toda España, que incluyó pacientes con PA controlada en consulta y antecedentes de IM de antigüedad ≥ 6 meses. El estudio se realizó mediante monitorización ambulatoria de PA (MAPA) de 24 h.

Resultados. Se incluyeron 1.652 pacientes, de los cuales 1396 (84,5%) fueron evaluables, edad media (\pm DE) $64 \pm 10,84$ años, 75,9% hombres, 52,4% obesos de grado I y 26,4% con antecedentes familiares de primer grado de evento CV prematuro. La antigüedad media del IM fue de casi 5. La MAPA reveló una PAS/PAD promedio de 24 h de $127 \pm 14/75 \pm 9,84$ mmHg y una prevalencia de la HE en el 39% de los pacientes. El 47,9% presentó asimismo una media de PA de 24 h elevada y en un 48,8% se observó un patrón anormal de la PA nocturna (32,4% no dippers, 4,4% dippers extremos, 10,7% elevación nocturna PA-risers). Las características demográficas de la población con HE fueron similares a la población global excepto una porcentaje significativamente superior de mujeres (26,9 vs 20,7%) así como valores significativamente más elevados en distintas variables relacionadas con la obesidad (peso, IMC y perímetro abdominal). El 74,6% de los pacientes con HE tenían HTA diagnosticada, un porcentaje significativamente superior al del grupo de sujetos sin HE, aunque la antigüedad media del diagnóstico, entorno a los 9 años, resultó similar. Asimismo, la PAS/PAD y la FC medias

fueron significativamente más elevadas en estos pacientes (131/78 mmHg y 70,4 lat/min). En cuanto a los FRCV, la dislipemia fue el factor más frecuente, con porcentajes entorno al 75%, seguida del sedentarismo, el único factor que presentó diferencias significativas entre subgrupos (60,5% vs 49,7% respectivamente en pacientes con y sin HO). Se halló una mayor prevalencia de todas las Lesiones en órganos diana (LOD) evaluadas entre los pacientes con HE que en los sujetos sin HE, destacando las cifras significativamente más elevadas de Hipertrofia Ventricular Izquierda (HVI: 33,4% vs 25,4%, respectivamente), microalbuminuria (22,9% vs 13,5%, respectivamente) y engrosamiento de la pared arterial (15,1% vs 10,2%, respectivamente).

Discusión. Este estudio ha detectado una prevalencia elevada (casi del 40%) de hipertensión enmascarada en una población de riesgo con infarto de miocardio previo.

Conclusiones. La elevada prevalencia de hipertensión enmascarada, similar a la reportada en otras series de pacientes, y su asociación a un elevado grado de lesiones en órganos diana justifica la búsqueda sistemática de Hipertensión enmascarada en poblaciones de riesgo.

V-34

TRATAMIENTO CON HIERRO INTRAVENOSO EN DOMICILIO. EXPERIENCIA DE UNA UNIDAD DE HOSPITALIZACIÓN DOMICILIARIA

G. Vidal Cusidó, M. Hernández Avila, B. Marí Alfonso, C. Cubillo de Pablo, T. Valle Delmas, E. Sánchez Martos, N. Puchol Ruiz y J. Solà Aznar

Unitat d'Hospitalització Domiciliària. Medicina Interna. Corporació Sanitària Parc Taulí. Sabadell, Barcelona.

Objetivos. Valorar la viabilidad del tratamiento parenteral con hierro sacarosa en domicilio por parte de una Unidad de Hospitalización Domiciliaria.

Material y métodos. Estudio prospectivo, descriptivo, mediante un formulario de recogida de datos. Criterios de inclusión: pacientes con indicación de tratamiento con hierro intravenoso, con estabilidad clínica, cuya patología basal o situación clínica dificulte los desplazamientos repetidos al hospital para su administración y que acepten bajo consentimiento informado recibir el tratamiento en domicilio. El hierro administrado es hierro sacarosa 100 mg disueltos en 100 ml de solución salina en los intervalos y dosis totales que indique el facultativo prescriptor.

Resultados. Desde noviembre 2004 hasta mayo 2006 fueron tratados en domicilio 23 pacientes (17 mujeres y 6 varones) en 25 episodios, de edades comprendidas entre 25 y 92 años (51 años de media) con un total de 147 dosis de 100 mg de hierro sacarosa por vía intravenosa (6,4 dosis por paciente de media, rango: 1-14). Los motivos de la indicación de hierro endovenoso han sido: 12 pacientes (52,2%) con anemia post-hemorragia aguda (5 metrorragias, 6 post-parto y 1 epistaxis), 3 pacientes (13%) con anemia gestacional, 1 paciente (4,3%) con anemia ferropénica de origen desconocido y 7 pacientes (30,4%) con anemia secundaria a proceso crónico con componente ferropénico añadido. Los motivos por los cuales fue indicado el tratamiento en domicilio y no en un dispositivo de hospital de día fueron: 3 (13%) con anemia gestacional con amenaza de parto prematuro que debían seguir reposo absoluto, 16 pacientes (69,7%) que por la severidad de la anemia y/o comorbilidad limitaba su movilidad y 4 pacientes (17,4%) que ya tenían indicación de Hospitalización Domiciliaria por otros motivos. Las cifras de hemoglobina media antes de iniciar el tratamiento fueron: 67 g/L en las anemias post-hemorragia (rango: 55-81 g/L), 80 g/L en las anemias gestacionales (rango: 77-84), 86 g/L en las anemias de proceso crónico (rango: 71-98 g/L) y de 7,4 g/L en la anemia de origen desconocido. Los efectos secundarios observados fueron: epigastralgia en una paciente tras cada dosis, 2 episodios de sudoración y sensación de mareo sin hipotensión objetivada en una misma paciente en 2 infusiones distintas y que no repitió en las siguientes. No hubo que interrumpir ningún tratamiento por sus efectos secundarios.

Discusión. El uso de hierro endovenoso estaba hasta ahora, restringido a la administración intrahospitalaria debido a las reacciones anafilácticas graves descritas. Desde la introducción de la formulación de hierro sacarosa, la incidencia de efectos adversos graves no difiere al de otros fármacos que se administran habitualmente en domicilio por parte de las unidades de hospitalización domiciliaria. Es por este motivo que pusimos en marcha un estudio piloto de este tipo de trata-

miento en domicilio para valorar su viabilidad. El interés en realizar el tratamiento en domicilio recae en evitar o acortar los ingresos hospitalarios de aquellos pacientes que por su patología de base o situación clínica debían permanecer hospitalizados únicamente para recibir el tratamiento parenteral con hierro. Por nuestra experiencia que se refleja en este estudio, creemos que la administración de hierro sacarosa en domicilio tiene un perfil de seguridad aceptable permitiendo acortar o evitar estancias hospitalarias y mejorando el confort de los pacientes.

Conclusiones. El tratamiento con hierro sacarosa intravenoso en domicilio bajo hospitalización domiciliaria es viable. El índice de efectos secundarios es bajo y ninguno ha sido grave en nuestro estudio. Permite evitar o acortar estancias hospitalarias. Mejora el confort de los pacientes.

V-35

ESCORBUTO: UN DIAGNÓSTICO CLÍNICO

O. Avila Arzanegui, G. Barreiro García, J. Alonso Alonso, G. Ruiz Irastorza, A. Sebastián Leza y M. Egurbide Arberas

Servicio de Medicina Interna. Hospital de Cruces. Barakaldo, Vizcaya.

Objetivos. Descripción de las manifestaciones clínicas del escorbuto en adultos en nuestro medio mediante la presentación de tres casos. **Material y métodos.** Revisión retrospectiva de los pacientes diagnosticados de Escorbuto en el Servicio de Medicina Interna en los últimos 10 años.

Resultados. Caso 1) Varón de 30 años, dieta a base de pasta y leche. Síndrome depresivo. Acude por astenia, disminución de peso, molestias orales y equimosis en las piernas. Caso 2) Varón de 76 años. Exfumador y exbebedor importante, demencia vascular. Encamado desde hace 3 años por voluntad propia con dieta limitada a huevo, leche y galletas. Acude por lesiones púrpúricas, hematoma en muslo izquierdo y mareo. Caso 3) mujer 52 años. Habito enólico severo. Dieta pobre en frutas y vegetales. Acude por afectación del estado general, con astenia y depresión, lesiones cutáneas de predominio en extremidades inferiores y molestias orales. Todos los pacientes presentaban rasgos clínicos comunes: hipertrofia y hemorragia gingival, hematomas y lesiones equimóticas de predominio en EEII, hiperqueratosis folicular con hemorragia en torno a los folículos pilosos y pelo en espiral. Analíticamente presentaban anemia normocítica (Hb 7,6 – 8,5 g/dl), hipoalbuminemia (2,8 - 3 g/dl), coagulación y plaquetas normales, déficit de folato (1,6 – 2,2 mg/dl) y de vitamina D y B₁₂. Ante la sospecha clínica de escorbuto y sin disponer de los niveles séricos se inició tratamiento con vitamina C a cada paciente, con rápida mejoría clínica y analítica en los tres pacientes, hecho que también contribuyó al diagnóstico. Posteriormente al inicio del tratamiento se conocieron los niveles plasmáticos de ácido ascórbico, < 1 mg y 1 mg/dl en el primer y tercer caso respectivamente (no disponibles en el segundo paciente).

Discusión. El escorbuto es una enfermedad debida a un déficit en la ingesta o en la absorción de la vitamina C. Esta se encuentra principalmente en frutas y vegetales. Las recomendaciones de ingesta diaria son de 65 mg para las mujeres y de 75 mg para varones, incrementando estas cantidades en fumadores, embarazadas y ancianos. Se puede presentar con una amplia variedad de síntomas, siendo la mayoría secundarios a la función esencial de la vitamina C en la síntesis de colágeno. Las alteraciones cutáneas clásicas son las pápulas hiperqueratósicas, con pelo en espiral y hemorragia perifolicular y las petequias que pueden formar grandes hematomas. También pueden desarrollar hipertrofia y hemorragia gingival, manifestaciones musculoesqueléticas, oftalmológicas, cardíacas y constitucionales. El diagnóstico del escorbuto está generalmente basado en unos rasgos clínicos y en una historia dietética, no siendo imprescindible la determinación de ascorbato, aunque útil para confirmar aquellos casos con lesiones menos típicas. Los niveles séricos oscilan entre 5 – 16 mg/l, con aparición de los síntomas al disminuir de 2,5 mg/l. El tratamiento recomendado es 100 mg/8 horas de vitamina C oral al día. La duración depende de la resolución de los síntomas y modificación de hábitos dietéticos del paciente.

Conclusiones. Siendo infrecuentes, no dejan de presentarse en la práctica clínica casos de escorbuto. La observación de equimosis sin coagulopatía aparente, hipertrofia gingival e hiperqueratosis folicular, junto con dieta escasa en frutas y vegetales frescos, apuntan al diagnóstico, que confirmara la determinación sérica de ascorbato y respuesta al tratamiento con vitamina C.

V-36

DIEZ AÑOS DE HOSPITALIZACIÓN A DOMICILIO

A. Solé Tresserras¹, N. Ramonet Sucarrat¹, L. Mambroña Girón² y J. Aguilà Santaularia¹

¹Hospitalización a domicilio. Hospital Universitari Arnau de Vilanova, Lleida. ²Servicio de Rehabilitación. Hospital de Santa María, Lleida.

Objetivos. Las unidades de hospitalización a domicilio (UHD) pueden actuar como unidades de sustitución de la hospitalización convencional, aportando una efectividad análoga, con disminución del gasto sanitario. El objetivo de este estudio es la descripción de las características de la UHD del hospital Arnau de Vilanova (HAV) durante 10 años (1996-2005).

Material y métodos. La UHD del HAV nació como una unidad quirúrgica a finales del año 1996. Desde el año 1999 consta de cinco secciones: medicina interna, cirugía, traumatología, cirugía vascular y ginecología. El equipo asistencial está formado por dos médicos, tres diplomadas de enfermería, un supervisor de enfermería y una administrativa. Además, se complementa con visitas semanales de un cirujano general y otro vascular.

Resultados. Desde el año 1996 hasta el 2005 se han visitado un total de 7.038 pacientes. El número de ingresos en medicina interna ha ido aumentando progresivamente mientras que los de cirugía han dismi-

Tabla 1. Ingresos por servicio y año (V-36).

	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005
C. vascular	48	52	59	34	40	51	57
Cirugía	319	380	301	249	229	220	210
Medicina	38	366	345	184	267	392	417
Obstetricia	58	154	156	139	199	225	200
Traumatología	131	136	162	150	117	162	115

Tabla 2. Estancia media (días) (V-36).

	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005
C. vascular	26,27	26,96	22,04	25,26	28,18	27,15	18,75
Cirugía	8,65	11,22	9,37	8,99	9,9	9,87	9,29
Medicina	11,26	7,99	8,8	9,03	8,44	7,03	6,83
Obstetricia	5,13	8,52	10,06	6,9	10,08	6,82	5,73
Traumatología	14,96	18,7	21,77	19,08	22,05	24,6	16,86

nuido. Los servicios de cirugía vascular, ginecología y traumatología mantienen un número similar de ingresos por año. Las unidades de cirugía vascular y traumatología presentan la estancia más larga con una media de 22,79 y 13,80 días respectivamente. Los otros servicios presentan una estancia entre 7 y 9 días. Se han realizado 1.498,9 visitas médicas anuales y 6.487,9 visitas de enfermería con una media de 6,05 pacientes/día/enfermera. En el año 2005 se realizaron 2.102 visitas médicas y 8.475 visitas de enfermería alcanzando así la media más alta de los últimos diez años, 7,74 pacientes/día/enfermera. **Conclusiones.** La UHD del HAV es la primera que funcionó en Cataluña y es una de las más polivalentes de España. Actualmente, cuenta ya con seis secciones; desde marzo del 2006 se ha incorporado el servicio de neonatología.

V-37
OPINIÓN DE LOS RESIDENTES DE MEDICINA INTERNA SOBRE EL NUEVO PROGRAMA FORMATIVO DE LA ESPECIALIDAD

O. Torres, J. López-Contreras y J. Casademont
Servicio de Medicina Interna. Fund. de Gest. Sanitaria de l'Hospital de la Sta. Creu i Sant Pau. Barcelona.

Objetivos. Conocer la opinión de los residentes (R) de Medicina Interna (MI) sobre los cambios que introduce el nuevo programa formativo de la especialidad y conocer si desean adaptar las rotaciones según sus recomendaciones.

Material y métodos. Se remitió una encuesta por mail a todos los R del Servicio adjuntando los programas de 1996 y 2007. Se solicitaba valorar la definición del perfil profesional, los objetivos y las rotaciones propuestos por el nuevo programa. El 63% de las preguntas tenían una contestación dicotómica, el 26% categórica y el 11,1% cuantitativa.

Resultados. Respondieron 15 de los 17 R (73% mujeres): 4 R1, 4 R2, 2 R3, 3 R4 y 2 R5 (no respondieron 1R3 y 1R5). Referían haber leído con anterioridad a la encuesta el programa de 1996 el 60% y el actual el 87%. Estuvieron "más de acuerdo" con el programa actual el 87% y con su definición de la especialidad de MI el 93%. A los R5 se les solicitó que valoraran en qué medida habían cumplido las expectativas de los programas: consideraban haber adquirido el 77% de los contenidos prácticos y el 82% de actitudes del programa de 1996, mientras que de las habilidades del programa del 2007 consideraban haber adquirido el 77% de las comunicativas, el 56% de las técnicas y el 67% de desarrollo profesional. Respecto a los posibles cambios en las rotaciones, el 53% de los R valoraron positivamente rotar de R1 en Urgencias+MI y el 73% rotar de R2-3 por otros servicios. El 67% de los R3-5 opinaban que era difícil adquirir funciones de R veterano en servicios ajenos. En cuanto a las nuevas rotaciones, consideraron útil: el 85% dividir en 2 períodos la rotación por áreas de críticos, el 73% la consultoría de MI por Servicios Quirúrgicos, el 60% rotar por un Hospital Comarcal (el 40% la sustituirían por una actual) y por Hematología (el 26% la sustituirían por una actual) y el 38% rotar por Oncología. El 86% consideraron innecesaria la rotación por Atención Primaria.

Discusión. El nuevo programa formativo ofrece las líneas generales para la formación de los futuros especialistas en MI, si bien hace hincapié en que cada unidad docente deberá adaptar a su propia realidad estas directrices. Por este motivo nos interesó conocer la opinión que tenían al respecto nuestros R: Los R realizaron una valoración global positiva del nuevo programa, considerándolo más completo y detallado, con una definición de la MI más adaptada a la realidad actual y a la polivalencia del internista. Respecto a los objetivos, los R5 que referían haber adquirido de forma notable los contenidos específicos del programa de 1996, consideraban haber adquirido de forma desigual las habilidades detalladas del nuevo plan, poniendo al descubierto la mayor importancia que otorga el nuevo plan a las habilidades técnicas y de desarrollo profesional. El nuevo plan plantea cambios importantes en las rotaciones de los R que pueden ser difíciles de compatibilizar con la organización docente actual. Los R en general están de acuerdo con los cambios en las rotaciones aunque pocos expresan que quieren adaptar sus rotaciones actuales. Nuestro estudio muestra la limitación de que sólo es una encuesta de opinión con un número pequeño de R. Consideramos de interés ampliar el tamaño muestral con una segunda encuesta que incluya la opinión de exR de nuestro servicio que siguieron el plan de 1996, así como realizar una valoración en un mayor número de centros.

Conclusiones. La mayoría de los R de MI ya conocían el nuevo programa formativo de la especialidad. Los R están más de acuerdo con el nuevo programa y su definición de la MI que con el de 1996. Los objetivos detallados del nuevo programa ponen al descubierto la escasa importancia que daba el plan previo a algunas habilidades (especialmente técnicas y de desarrollo profesional). La única rotación propuesta por el nuevo plan que consideran claramente innecesaria es la de Atención Primaria. Pese a encontrar en general beneficiosas las nuevas rotaciones tienen dificultad para identificar las rotaciones antiguas que debieran ser substituidas.

V-38
EFICACIA EN EL USO DEL RALOXIFENO SOBRE LAS EPISTAXIS EN PACIENTES CON TELANGIECTASIA HEMORRÁGICA HEREDITARIA

E. García Quevedo¹, S. Quintana Cabieces¹, Á. Peña Irún¹, A. Pérez del Molino Castellanos¹, C. Morales² y R. Zarrabeitia Puente¹

¹Unidad de HHT. M. Interna, ²O. R. L. Hospital Sierrallana. Torrelavega, Cantabria.

Objetivos. La Telangiectasia Hemorrágica Hereditaria (HHT) es una enfermedad que presenta como síntoma más frecuente las epistaxis. Existen casos descritos de buen control de las epistaxis con la administración de tamoxifeno. Este estudio, tiene como objetivo valorar los efectos de un análogo, el raloxifeno, sobre el control del sangrado nasal. **Material y métodos.** El estudio es prospectivo; en él se introducen once mujeres que deben cumplir tres criterios de inclusión: 1) enfermas con HHT (que cumplan al menos tres criterios de Curaçao), 2) postmenopáusicas, y 3) osteoporóticas. Se determinaron, en todas ellas, la frecuencia y la cantidad de epistaxis (según la escala de SADICK, tabla 1), junto con la variación de hemoglobina, antes de iniciar el tratamiento con raloxifeno (60 mg/día) y después de una media de cinco meses de tratamiento. También, se realizó estudio genético de mutaciones de los genes de endogлина y ALK1.

Resultados. Las pacientes presentaban un rango de edad entre 49 y 76 años; de todas ellas: a) cinco presentaban mutación en el gen del ALK1 (HHT tipo 2), b) tres, mutación en el gen de la endogлина (HHT tipo 1), y c) una, quedó indeterminada. De las once mujeres que comenzaron el estudio: a) una abandonó el tratamiento por voluntad propia, b) en otra se retiró por alteración en las pruebas de función hepática. En las nueve restantes, se observó una disminución de un grado en la escala de Sadick, tanto en frecuencia como en cantidad de epistaxis; objetivándose además, un aumento de la hemoglobina en un 8,24%. Estudios preliminares respecto al raloxifeno, muestran un aumento notable en la expresión de la endogлина y el ALK1 en pacientes con HHT frente a pacientes sin la enfermedad.

Discusión. Los datos obtenidos en nuestro estudio refuerzan los hallazgos previos con tamoxifeno. Teniendo en cuenta las ventajas del raloxifeno respecto a este último, concluimos que el raloxifeno supone una novedosa alternativa para la disminución en frecuencia e intensidad del principal síntoma de la HHT, las epistaxis.

Tabla 1. (V-38).

	Intensidad	Frecuencia
Grado I	Gotas de sangre en un pañuelo	< 1 vez/semana
Grado II	Pañuelo cubierto de sangre	Varias veces/semana
Grado III	Usa un recipiente para recoger la sangre	> 1 vez/día

V-39
COMPLICACIONES HEMORRÁGICAS EN EL TRATAMIENTO ANTICOAGULANTE ORAL EN PACIENTES HOSPITALIZADOS

R. Ruiz Luna, M. Martínez M-Colubi, J. Pérez Somarriba, J. Bustamante Mandrión, V. Piedrafita Mateo, V. Abad Cuñado, G. Fresco Navacerrada y S. Serrano Villar
Servicio de Medicina Interna. Complejo Universitario de San Carlos. Madrid.

Objetivos. Describir las características de los pacientes en tratamiento crónico con acenocumarol que ingresan en el Servicio de

Medicina Interna, y analizar las complicaciones hemorrágicas secundarias al tratamiento.

Material y métodos. Revisión retrospectiva de 166 pacientes en tratamiento con acenocumarol que ingresaron en el servicio de Medicina Interna del H.C. San Carlos de Madrid de enero a junio de 2005. Se recogieron datos demográficos, indicación del tratamiento anticoagulante, motivo de ingreso, presencia y tipo de complicaciones hemorrágicas, datos analíticos (INR, hemoglobina) a la llegada a Urgencias, enfermedades concomitantes y toma de antiagregantes. Se consideró INR adecuado en pacientes con prótesis valvular mecánica: 2,5 y 3,5. En el resto INR: 2,0 y 3,0. Complicaciones mayores: suponen un riesgo vital o requieren transfusión de dos o más concentrados de hemáties. Se utilizó el paquete estadístico SPSS 12.0.

Resultados. Edad media de 77 años, siendo mujeres un 51% de los casos. La indicación más frecuente para anticoagular fue por fibrilación auricular (80%). La enfermedad concomitante más común fue HTA (31%). El motivo de ingreso más frecuente fue por insuficiencia cardíaca (25%). El INR se encontraba en rango terapéutico en un 35% de los casos, y en infraterapéutico en 34%. Un 11% de los casos estaba antiagregado, sin sufrir mayor riesgo de sangrado. La prevalencia de hemorragia fue de 24,7%, siendo la rectorragia la causa más común (31,7%), seguida de hemorragia intracraneal (14%). Un 70% de las complicaciones fueron mayores. No se encontró relación entre edad, sexo y riesgo de sangrado. Se observó tendencia a mayor riesgo de sangrado para INR a partir de 5, así como para los portadores de prótesis valvulares. La única comorbilidad relacionada significativamente con hemorragia fue la presencia o antecedente de úlcera gastroduodenal, con un 55% de sangrado en este grupo de pacientes (p = 0,003). Fallecieron 10 pacientes en el período estudiado, dos de ellos por la hemorragia, que fue intracraneal.

Discusión. La mayoría de los pacientes estudiados son de edad avanzada, lo que puede explicar que no se encuentren diferencias entre la edad de los pacientes y el riesgo de sangrado. Hay mucha variabilidad en la bibliografía sobre la prevalencia de hemorragia en pacientes anticoagulados, por distintos diseños de trabajo y criterios de definición de sangrado, en nuestro trabajo se registra mayor prevalencia de sangrado que en otros, tal vez por el sesgo de estudiar sólo a pacientes ingresados. Destaca la escasa proporción de pacientes dentro del rango terapéutico a su llegada a urgencias. De los que sangraron, un 64,5% se encontraban dentro o por debajo del rango terapéutico, lo que indica que hay otros factores que influyen en el sangrado. Hay tendencia a mayor riesgo de hemorragias para INR por encima de 5.0., lo que explica que el grupo portador de prótesis metálicas sufriera más complicaciones. La única comorbilidad relacionada con hemorragia es la úlcera gastroduodenal, aunque el sangrado digestivo ha sido con mayor frecuencia de origen bajo. Hay tendencia a mayor riesgo de sangrado en pacientes con enolismo, por problemas de seguimiento de control de coagulación y de insuficiencia hepática. En cuanto a la toma de antiagregantes, no se registra una mayor tasa de hemorragias en este grupo.

Conclusiones. Hay un alto número de ingresos de pacientes anticoagulados, que presentan edad media avanzada y patologías asociadas. Se observa un porcentaje de complicaciones hemorrágicas totales de cerca de 24%, con un 14% de sangrados mayores. Hay una gran proporción de pacientes fuera del rango terapéutico. Estos datos indican la necesidad de mejorar el control de anticoagulación de nuestros pacientes así como la importancia de los factores que influyen en el mismo y en el riesgo de sangrado.

Tabla 1. (V-40).

	Anemia ferropénica	Anemia normocítica	Anemia macrocítica	Total anemias
Incidencia y tipos de anemia en 617 revisiones desde enero a junio de 2007	28 / 74,5%	3 / 7,6%	2 / 5,1%	39 / 6,3%
Incidencia y tipos de anemia en 226 enfermos nuevos atendidos en consulta de enero a junio 2007	28 / 59,5%	12 / 25,5%	5 / 10,6%	47 / 20,7%
Incidencia y tipos de anemia de todos los enfermos atendidos (nuevos + revisiones) de enero a junio de 2007	56 / 65,1%	15 / 17,4%	7 / 8,13%	86 / 10,20%

V-40

INCIDENCIA Y ETIOLOGÍA DE LA ANEMIA EN LA CONSULTA EXTERNA DEL HOSPITAL GENERAL UNIVERSITARIO GREGORIO MARAÑÓN DE MADRID

J. López-Herce Cid y L. Audibert Mena

Servicio de Medicina Interna. Hospital General Universitario Gregorio Marañón. Madrid.

Objetivos. Conocer la Incidencia y Etiología de la Anemia en la Consulta Externa del Hospital General Universitario Gregorio Marañón de Madrid.

Material y métodos. Pacientes: todos los pacientes atendidos en la consulta de Medicina Interna en 6 meses, desde enero a junio de 2007. Métodos: hemos llevado a cabo la anamnesis personal y familiar, exploración física y exploraciones complementarias (hemograma, frotis, reticulocitos, sideremia, transferrina, ferritina, IST, vitamina B 12, ácido fólico, LDH, haptoglobina, bilirrubina, así como las pruebas complementarias apropiadas para cada caso (electroforesis hemoglobina, etc).

Resultados. 843 pacientes han sido atendidos en la Consulta de Medicina Interna del Hospital General Universitario Gregorio Marañón de Madrid entre los meses de enero y junio inclusive de 2007. Se trataba de 226 enfermos nuevos y 617 revisiones. La incidencia de anemia ha sido del 10,2% (86 pacientes con anemia de un total de 843 enfermos atendidos). Entre los 226 pacientes nuevos la incidencia de anemia fue del 20,7% (47 anemias). Entre las 617 pacientes atendidos en revisión la incidencia de anemia fue del 6,3% (39 anemias). La etiología más frecuente de anemia fue la ferropénica, seguida de la normocítica normocrómica y después por la macrocítica (tabla 1).

Discusión. La anemia es un proceso de alta incidencia en la Consulta Externa de Medicina Interna del hospital (20,7% de todos los enfermos nuevos y 6,3% de las revisiones). Dada su plurietiología precisa de un abordaje integral que solo puede proporcionar el internista. Supone además una potencial morbimortalidad según los casos. Precisa por tanto de especial atención por parte del Especialista de Medicina Interna.

Conclusiones. 1) La anemia es un proceso de elevada incidencia en la Consulta Externa de Medicina Interna de nuestro hospital. 2) La anemia es una entidad de importante morbimortalidad y cuya plurietiología solo puede ser abordada por el internista. 3) A nuestro criterio, los datos arriba descritos justifican suficientemente la creación de un Grupo de Trabajo de Anemias en el seno de la Sociedad Española de Medicina Interna.

V-41

COMORBILIDADES MÉDICAS EN PACIENTES CON EPOC

L. Ruiz¹, E. Centeno¹, A. Gastaminza², I. Cachorro³, J. Villanueva¹, I. Larrea¹, P. Peña³ y J. Núñez¹

¹Servicio de Medicina Interna-Neumología, ²Hospitalización a Domicilio, ³Servicio de Medicina Interna. Hospital San Eloy. Barakaldo, Vizcaya.

Objetivos. Conocer el número y tipo de comorbilidades asociadas en una cohorte de pacientes diagnosticados de EPOC que han acudido a una consulta de Atención Primaria.

Material y métodos. Estudio transversal multicéntrico Durante los meses de enero a mayo de 2006, se ha realizado una encuesta clíni-

ca de 20 preguntas a los pacientes diagnosticados de EPOC que han acudido a consultas de Atención Primaria de los 9 centros de salud de nuestra comarca sanitaria de Barakaldo-Sestao. En este cuestionario se han recogido datos referentes a la presencia de comorbilidades, visitas a urgencias e ingresos hospitalarios, seguimiento del paciente, tratamiento prescrito y relación con Neumología.

Resultados. Hemos estudiado a 153 pacientes, 120 hombres y 33 mujeres. La edad media de los mismos fue de 71 años, (rango 40 a 93). Comorbilidades asociadas presentaban 129 pacientes (84,3%), de ellos 1) Comorbilidades cardiovasculares: claudicación intermitente (7,2%), cardiopatía isquémica (11,1%), ACFA (12,4%), miocardiopatía (14,4%), HTA (45,1%). 2) Comorbilidades metabólicas: hipertrigliceridemia (17%), diabetes mellitus (24,2%) hipercolesterolemia (45,1%). 3) Comorbilidades varias: depresión (7,2%), ACV (11,1%), enfermedad péptica (14,4%). 4) Más de una patología 97 (63,4%).

Discusión. La EPOC es una enfermedad inflamatoria de las vías aéreas. Actualmente se está haciendo un especial énfasis con el papel que puede llegar a tener la inflamación sistémica de bajo grado en la patogenia de la misma, hasta tal punto que se considera que los pacientes con EPOC fallecen por otras causas aparte de su enfermedad pulmonar. En efecto, actualmente se especula con que esta inflamación de bajo grado podría ser la responsable de la alta incidencia de patología de índole cardiovascular existente en estos pacientes. En nuestro trabajo hemos observado que nuestros pacientes no sólo tienen EPOC, sino que esta enfermedad se asocia a una serie de enfermedades entre las que destacan las de índole cardíaca. La existencia de un factor de riesgo común a muchas de ellas como es el tabaco incide claramente en la alta prevalencia de estas comorbilidades entre los pacientes con EPOC.

Conclusiones. 1) La mayoría de nuestros pacientes con EPOC presentaron varias comorbilidades asociadas. 2) más de la mitad presentaron patología cardiovascular asociada, siendo especialmente frecuente la presencia de HTA. 3) Estos resultados ponen de manifiesto la complejidad de estos pacientes resaltando la importancia de un enfoque multidisciplinar en la atención integral de los mismos.

**V-42
MANEJO TERAPÉUTICO DEL PACIENTE CON EPOC**

L. Ruiz¹, I. Cachorro², A. Gastaminza³, E. Centeno¹, J. Villanueva¹, I. Larrea¹, J. Núñez¹ y C. De la Riva²
¹Servicio de Medicina Interna-Neumología, ²Servicio de Medicina Interna, ³Hospitalización a Domicilio. Hospital San Eloy. Barakaldo, Vizcaya.

Objetivos. Conocer el tratamiento administrado a una cohorte de pacientes diagnosticados de EPOC que han acudido a una consulta de Atención Primaria. Conocer el grado de implantación de la vacunación antigripal en nuestra comarca sanitaria.

Material y métodos. Estudio transversal multicéntrico Durante los meses de enero a mayo de 2006, se ha realizado una encuesta clínica de 20 preguntas a los pacientes diagnosticados de EPOC que han acudido a consultas de Atención Primaria de los 9 centros de salud de nuestra comarca sanitaria de Barakaldo-Sestao. En este cuestionario se han recogido datos referentes a la presencia de comorbilidades, visitas a urgencias e ingresos hospitalarios, seguimiento del paciente, tratamiento prescrito y relación con Neumología.

Resultados. Hemos estudiado a 153 pacientes, 120 hombres y 33 mujeres. La edad media de los mismos fue de 71 años, (rango 40 a 93). Tabaquismo activo fue referido por 32 pacientes (21%). Vacu-

nación antigripal se administró a 137 (89,5%). El 45% de los pacientes eran seguidos periódicamente en las consultas jerarquizadas de Neumología. La prescripción terapéutica en función de la gravedad de la enfermedad se describe en la tabla 1.

Discusión. La EPOC es una enfermedad prevalente en nuestro entorno. Su tratamiento habitualmente con 2 o incluso 3 familias de fármacos y la cronicidad del mismo es responsable de un importante gasto sanitario. Este gasto se dispara especialmente durante los meses invernales coincidiendo con las epidemias gripales. La detección de la enfermedad de cara a prevenir la progresión de la misma y mejorar la calidad de vida de estos pacientes, el consejo antitabaco y la vacunación antigripal constituyen las herramientas claves del manejo de esta patología. En nuestros resultados hemos observado, salvo pequeñas excepciones, un seguimiento bastante adecuado de las recomendaciones que sobre el tratamiento se han publicado en las diferentes guías editadas sobre esta enfermedad. Pensamos que es importante destacar la amplia implantación en este grupo de pacientes de la vacunación antigripal en nuestra comarca sanitaria.

Conclusiones. 1) En general consideramos que existe una prescripción de tratamiento broncodilatador (anticolinérgicos asociados a beta2 de larga acción solos o en combinación) bastante adecuada en relación a la gravedad estimada del proceso. 2) Observamos una cierta sobre prescripción de terapia combinada en el estadio considerado moderado. 3) Satisfactoria implantación de la vacunación antigripal en nuestra cohorte de pacientes.

**V-43
CARACTERÍSTICAS Y FACTORES ASOCIADOS A LA PATOLOGÍA MÉDICA RELACIONADA CON EL CONSUMO PERJUDICIAL DE ALCOHOL**

B. Rosón Hernández¹, L. Muñoz López¹, A. Martínez Gonzalo¹, M. Hernández Ribas², F. Bolao Baró¹ y R. Pujol Farriols¹

¹Servicio de Medicina Interna, ²Psiquiatría. Hospital Universitari de Bellvitge. Hospitalet de Llobregat, Barcelona.

Objetivos. Describir las características clínicas y la patología orgánica asociada al consumo perjudicial de alcohol (PAOH) en los pacientes ingresados en un Hospital Universitario. Evaluar los factores asociados a la presencia de PAOH.

Material y métodos. Se evaluaron prospectivamente todos los pacientes ingresados en los servicios de Medicina Interna, Aparato Digestivo y Psiquiatría entre noviembre de 2005 y marzo de 2007. El patrón de consumo de alcohol se determinó mediante evaluación clínica y los cuestionarios AUDIT-10 y MALT. La patología médica asociada se determinó mediante una evaluación clínica completa.

Resultados. El uso perjudicial de alcohol se detectó en 198 (13%) de los 1.516 pacientes evaluados. Los patrones de consumo detectados fueron: consumo de riesgo 63 (33%) pacientes y dependencia 135 (67%). Ciento sesenta y cuatro (83%) eran hombres, con edad media 54,6 ± 12,0 años, que consumían una media de 11 ± 11 UBEs/día (78 ± 84 UBE/semana). Se detectó PAOH en 164 (89%) pacientes. En conjunto 55% pacientes presentaron afectación hepática, 42% otra patología digestiva, 29% cardiovascular, 21% sexual y 3% oncológica. La distribución y el tipo de PAOH fue diferente según los servicios estudiados. La patología más frecuente en medicina interna fue la neurológica 47%, siendo la mayor parte de los casos neuropatía periférica de diagnóstico simultáneo. Comparados con aquellos pacientes sin patología relacionada, los pacientes con PAOH presen-

Tabla 1. Tratamientos prescritos en función de la gravedad (V-42).

	Leve	Moderado	Severo	Total
No	16	1	0	17
Beta2 agonistas de larga acción	2	0	1	3
Combinación	9	13	7	29
Corticoides inhalados	1	0	1	2
Anticolinérgicos	16	5	1	22
Anticolinérgico más beta2 agonista	4	14	11	29
Anticolinérgico más terapia combinada	4	26	21	51
Total	52	59	42	153

taban con mayor frecuencia dependencia del alcohol (95% vs 41%), tenían un diagnóstico previo de consumo perjudicial (62% vs 41%) y eran consumidores de vino (71% vs 45%). No se detectaron diferencias significativas en cuanto a edad, género, consumo de cervezas o destilados, edad inicio del consumo, ni en el consumo diario o semanal. El VCM y la hemoglobina estaban más frecuentemente alterados en los pacientes con PAOH, mientras que no hubo diferencias significativas en el resto de los marcadores de enolismo estudiados.

Discusión. Los patrones de consumo detectados en pacientes hospitalizados son diferentes a la población general. Un elevado número de estos pacientes tiene patología médica relacionada con el consumo, siendo la patología hepática y digestiva las más frecuentes. En numerosas ocasiones se afecta más de un órgano o sistema. Se observan diferencias en el tipo de patología asociada según el servicio estudiado. Destaca el número de nuevos diagnósticos de neuropatía periférica realizados particularmente en el servicio de Medicina Interna. Se observaron escasas diferencias en los valores de los marcadores de enolismo.

Conclusiones. Un elevado porcentaje de los pacientes evaluados con consumo perjudicial de alcohol presenta patología médica relacionada con el consumo, siendo la hepática y digestiva las más frecuentes. Los marcadores de enolismo son de poca utilidad práctica para evaluar PAOH. La práctica de una evaluación clínica cuidadosa puede detectar nuevos casos de neuropatía periférica en pacientes con consumo perjudicial de alcohol.

V-44

HAY DIFERENCIAS ENTRE LOS PACIENTES QUE TIENEN ANEMIA FERROPÉNICA CON Y SIN NEOPLASIA DIGESTIVA

P. Villace Gallego¹, S. Vidal Ferrer¹, G. Bejarano Redondo¹, L. Gabarró Juliá¹, D. Grau Marsal², R. Jordana Comajuncosa¹, A. Casanovas Martínez¹ y J. Oristrell Salvá¹

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

Objetivos. La anemia ferropénica (AF), es una causa muy frecuente de consulta en Medicina Interna. Son muchas las causas etiológicas, pero hemos de tener en cuenta que de entre éstas, las neoplasias del tubo digestivo son frecuentes y que su diagnóstico precoz puede mejorar el pronóstico. De hecho se debe de descartar siempre una neoplasia ante una AF. El objetivo del trabajo es evaluar si existen factores de riesgo (clínicos y/o analíticos) y exploraciones complementarias, que sean predictivos de neoplasia gastrointestinal en pacientes con AF.

Material y métodos. Se trata de un estudio retrospectivo de pacientes que fueron remitidos a nuestra Consulta Diagnóstica de Medicina Interna, (Hospital Comarcal con un área de referencia de 400.000 habitantes) para estudio de anemia, en el período comprendido entre junio 2004 y diciembre 2006. Los pacientes, objeto del estudio, debían cumplir los siguientes criterios de AF, Hemoglobina (Hb) < 12 g/l en mujeres e < 13 g/l en hombres, y al menos uno de los siguientes: Ferritina < 15 µg/l, Volumen corpuscular medio (VCM) < 80 fl o Índice de saturación de la transferrina < 15%, o ausencia de hierro en médula ósea. De los pacientes que cumplen criterios de AF, se revisan los datos epidemiológicos, edad, sexo, historia familiar, datos clínicos, exploratorios y analíticos, exploraciones complementarias y diagnóstico final. Se establecieron tres grupos de pacientes: Grupo 0: no diagnóstico, Grupo 1: diagnóstico de neoplasia gastrointestinal (GI) y Grupo 2: otros diagnósticos no neoplasia GI. Se efectuó estudio con el paquete estadístico SPSS, analizando la posible relación de las diferentes variables con respecto al diagnóstico de neoplasia GI y los otros dos grupos.

Resultados. De un total de 350 pacientes remitidos por anemia, 211 cumplían criterios de AF. 125 (59,2%) eran mujeres y 86 (40,8%) hombres, la edad media de las mujeres 67,89 a (17-92) y de los hombres 70,64 a (28-91). Tenían < 50a, 33 (15,6%), tomaban AAS 53 (25%) y 48 (22,7%) AINES. De la sintomatología destaca: astenia 58,8%, pérdida de peso 31,3%, anorexia 27,5%, síntomas altos el 35,5% y bajos 40,3%. La Hb media era 8,48 (3,913), VCM 74,93 (56-100), índice de saturación de la transferrina 4,64 (1-42), ferritina 12,38 (0,20-283). De 158 FGS 117 (55,5% del total) eran patológicas, de 124 FCS 61 (28,9%), de 58 TEGD 38 (18%), de 53 enemas opacos 26 (11,4%), de 25 T Intestino delgado 9 (4,3%). Los

pacientes se agruparon en tres grupos: Grupo 0 (no diagnóstico): 30 (14,2%), Grupo 1 (Neoplasia GI): 37 (17,5%), Grupo 2 (diagnóstico no neo): 144 (68,2%) 22 esofagitis, 11 gastritis, 14 RGE+ H. Hialal, 16 ulcus, 6 antrodoenitis, 4 pólipos, 27 diverticulosis, 6 adenomas, 11 angiodisplasias, 4 hemorroides 1 pólipo, 2 celiacias, 12 pérdidas genitales y miscelánea. En el Grupo 1: 23 neos de colon y 14 gástricas. Comparando los grupos con la edad < o > 50 a Grupo 1 vs 2 ns (p = 0,192), Grupo 1 vs 0+2, ns (p = 0,165). El nivel de Hb < o > 9 Grupo 1 (26/37) vs 2+0 (91/174) p < 0,05. Grupo 1 (26/37) vs grupo 2 (77/144) p < 0,07. Comparando sangre oculta en heces positiva (SOH) Grupo 1 (17/25) vs Grupo 0 (2/21) vs Grupo 2 (33/101) p < 0,0001, y SOH grupo1 vs Grupo2 p < 0,001. Comparando el ser varón Grupo 1 (21/37) vs Grupo 2 (59/144) vs Grupo 0 (6/30) p < 0,01. Grupo 1 vs 0+2 p < 0,029.

Discusión. En esta serie no hay datos clínicos, ni exploratorios que sean relevantes para tener una alta probabilidad de neoplasia GI. El 17,5% de los pacientes con AF tienen neoplasia GI. No hemos encontrado, como en otras series relación con una edad mayor. Detectamos relación con neoplasia GI en pacientes con AF, que sean varones con niveles de Hb más bajos y con SOH positiva. Dado que aproximadamente el 20% presentan neoGI pensamos que se debería de intensificar el estudio de posible neoplasia en varones con SOH + y niveles más bajos de Hb.

Conclusiones. En pacientes con AF que sean hombres con niveles de Hb < 9 y con SOH + es alta la probabilidad de que la causa sea una neoplasia GI, por lo que debemos efectuar un estudio exhaustivo del tubo digestivo.

V-45

UTILIDAD DE LOS MARCADORES TUMORALES PARA EL DIAGNÓSTICO DE NEOPLASIA EN EL SÍNDROME TÓXICO

J. Trapé¹, J. Aligué², J. Franquesa¹, J. Ordeig², M. Domènech³, O. El Boutrouki², R. Pérez² y J. Marcos²

¹Servicio de Bioquímica Clínica, ²Servicio de Medicina Interna, ³Servicio de Oncología. Hospital de Sant Joan de Déu. Manresa, Barcelona.

Objetivos. Determinar si en el estudio del síndrome tóxico, los marcadores tumorales (m. T.) nos pueden ayudar en el diagnóstico de neoplasia. Comparar el comportamiento de los m. T. en pacientes con o sin insuficiencia renal y/o hepática, que pudieran incrementar las concentraciones de m. T. en pacientes sin neoplasia.

Material y métodos. Se evaluaron 92 pacientes con síndrome tóxico y sospecha de neoplasia. Se determinaron los siguientes biomarcadores: antígeno carcinoembrionario (CEA), fragmentos solubles de citoqueratina 19 (CYFRA 21.1), antígeno de cáncer 15,3 (CA 15.3), antígeno de cáncer 19,9 (CA 19.9), bilirrubina y creatinina. El diagnóstico final se obtuvo a partir del informe de alta médica hospitalaria, revisando las historias clínicas hasta los 6 meses posteriores. Datos estadísticos: U de Mann-Whitney. Hemos buscado la sensibilidad para una especificidad del 100%, utilizando la curva ROC para cada uno de los marcadores. Se consideró disfunción renal con creatinina a partir de 1,5 mg/dL y hepática con bilirrubina igual o superior a 1,5 mg/dL.

Resultados. 57 pacientes (62%) fueron diagnosticados de neoplasia (24 de pulmón, 4 de páncreas, 4 linfomas, 3 de colon, 3 gástricas, 3 hepatocarcinomas). Se determinó la media y la mediana de los m. T. para los pacientes clasificados en no neoplásicos (grupo 1) y neoplásicos (grupo 2). CEA [grupo 1: media 4,5, mediana 2,7; grupo 2: media 79,4, mediana 6,9]. CYFRA [grupo 1: 2,94, 1,6; grupo 2: 46,5, 5,4]. CA 15.3 [grupo 1: 27,9, 18,5; grupo 2: 136,5, 38,4]. CA 19.9 [grupo 1: 28,3, 11; grupo 2: 17206, 71]. En todos los casos, las diferencias fueron estadísticamente significativas (p < 0,003). Hemos calculado la sensibilidad a la máxima especificidad para todo el conjunto de los pacientes. El valor discriminante para CEA fue de 42 ng/mL, para CYFRA de 15, para CA 15.3 de 112 y para CA 19.9 de 7400. Con estos valores, obtuvimos una sensibilidad del 49,1%. Clasificamos los pacientes en 2 grupos: grupo A (normalidad en la creatinina y la bilirrubina), grupo B (alteración de uno o ambos parámetros). Los valores discriminantes para el grupo A fueron: CEA 13,8 ng/mL, CYFRA 7,8 ng/mL, CA 15.3 56 U/mL, CA 19.9 75 U/mL. Para el grupo B, se utilizaron los mismos valores que en el grupo general. La sensibilidad para el grupo A (59 pacientes) fue de 61%. La sensibilidad para el grupo B (33

pacientes) fue del 56,3%. La sensibilidad combinada fue de 57,6%. **Discusión.** Encontramos una elevada especificidad para valores discriminantes muy altos de los marcadores tumorales. Descartando los pacientes con insuficiencia renal y hepática, podíamos disminuir los valores discriminantes, aumentando así la sensibilidad. **Conclusiones.** En el contexto del estudio del síndrome tóxico, los marcadores tumorales nos permiten identificar casi el 60% de las neoplasias, con una especificidad superior al 99%.

V-46

RENTABILIDAD DE LOS SÍNTOMAS GUÍA EN UNA UNIDAD DE DIAGNÓSTICO RÁPIDO

J. Ordeig¹, J. Aligué¹, M. Massanés¹, A. Flor¹, E. Bustamante¹, C. Yanguas², J. Badal³ y R. Pérez¹

¹Servicio de Medicina Interna, ²Servicio de Radiodiagnóstico, ³Servicio de Anatomía Patológica. Hospital de Sant Joan de Déu. Manresa, Barcelona.

Objetivos. Determinar la utilidad de los síntomas guías para el diagnóstico de enfermedades graves, en una Unidad de Diagnóstico Rápido (UDR) integrada por un médico internista y una enfermera gestora de casos.

Material y métodos. Se analizaron los 708 pacientes estudiados en el año 2006 en la UDR del Hospital de Manresa. Se clasificaron en función del síntoma guía por el que eran remitidos, recogiendo el diagnóstico final, y considerando como estudio útil las neoplasias y las enfermedades que se beneficiaron de un tratamiento rápido.

Resultados. Los 708 pacientes procedían de Atención Primaria (51%), Urgencias (34%) y Consultas Externas del propio hospital (15%). La primera visita se realizó en una media de 2,5 días naturales. El diagnóstico histológico en los 132 casos de neoplasia se obtuvo en una media de 7 días, y en los no neoplásicos, en una media de 16 días. Los síntomas guía más rentables fueron: 63% de los 19 casos de anemia no ferropénica, 54% de los 69 casos de anemia ferropénica, el 53% de los 19 casos de sospecha de metástasis, el 43% de las 108 rectorragias, el 40% de las 43 adenopatías, el 39% de los 37 casos de síndrome tóxico con síntomas digestivos, el 31% de los 58 casos de cambios del ritmo deposicional, el 28,5% de los 35 casos de fiebre, el 24% de los 41 casos de sospecha de enfermedad sistémica, el 16% de los 25 casos de dolor abdominal con sospecha de organocidad y el 17% de los 125 otros casos o mal definidos.

Discusión. Aunque todo paciente debe ser estudiado, creemos que aquellos con determinados síntomas guía, por su mayor rentabilidad diagnóstica, deben seguir un estudio más rápido vía UDR, mientras que los otros pueden acudir a la consulta externa normal, a fin de no masificar esta unidad e impedir su rápido funcionamiento.

Conclusiones. Los síntomas guía más rentables fueron todo tipo de anemias, sospecha de metástasis, rectorragias, adenopatías y el síndrome tóxico con síntomas digestivos. Resultaron menos rentables el dolor abdominal y el síndrome tóxico cuando no se acompañaban de otros síntomas.

V-47

EFICIENCIA DEL INTERNISTA COMO GESTOR DE CASOS EN UN PROGRAMA DE DIAGNÓSTICO RÁPIDO DEL CÁNCER

J. Aligué¹, J. Ordeig¹, M. Massanés¹, P. Collera², F. Vida³, J. Trapé⁴, M. Domènech⁵ y R. Pérez¹

¹Servicio de Medicina Interna, ²Servicio de Cirugía, ³Servicio de Digestivo, ⁴Servicio de Bioquímica Clínica, ⁵Servicio de Oncología. Hospital de Sant Joan de Déu. Manresa, Barcelona.

Objetivos. Analizar la estructura y los resultados de una Unidad de Diagnóstico Rápido (UDR) que integra el diagnóstico rápido del cáncer de colon.

Material y métodos. Fueron analizados todos los pacientes visitados el año 2006 en la UDR, valorando su procedencia, edad, pruebas complementarias utilizadas, rapidez con la que se llegó al diagnóstico y número de neoplasias finales. El año 2005 el Servei Català de la Salut instauró el Programa de Diagnóstico Rápido del cáncer de mama, pulmón y colon, con el objetivo de ser diagnosticados y tratados antes de 1 mes. En nuestro hospital, se creó una comisión coordinadora formada por Medicina Interna, Cirugía, Digestivo,

Radiología, Anatomía Patológica y Atención Primaria. El programa de diagnóstico rápido de cáncer de colon (DRC de colon) se incorporó a la UDR (coordinada por Medicina Interna), el de pulmón a Neumología y el de mama a Cirugía.

Resultados. Se recogieron 708 pacientes, procedentes de Atención Primaria (51%), Urgencias (34%) y Consultas Externas (15%). La edad media fue de 62 años. La primera visita se realizó en una media de 2,5 días. El diagnóstico histológico en los 132 casos de neoplasia se obtuvo en una media de 7 días. Se realizaron un total de 1990 pruebas complementarias (3,3 por paciente). 263 del total de pacientes se incluyeron en el DRC de colon según los síntomas guía (anemia ferropénica, cambio del ritmo deposicional, rectorragia, síndrome tóxico con síntomas digestivos y dolor abdominal sospechoso de organocidad). Se diagnosticaron 132 tumores malignos: 71 neoplasias colorectales (67 adscritas a DRC colon), 11 neoplasias gástricas, 7 neoplasias de pulmón, 5 hepatocarcinomas, 5 neoplasias de duodeno-páncreas, 5 linfomas, otros (28).

Discusión. El tratamiento de las neoplasias se va a beneficiar del diagnóstico en estadios precoces. La visión integral del internista le permite seleccionar aquellos pacientes que pueden ser candidatos a un estudio vía UDR.

Conclusiones. El 19% de los 708 pacientes estudiados fueron diagnosticados de neoplasia. Nuestra UDR, gestionada por un internista, diagnosticó el 41,5% del total de neoplasias colorectales de nuestro hospital y el 21% del total de neoplasias gástricas. Gracias a la coordinación de los diferentes servicios, el tiempo medio desde la llegada de la petición al diagnóstico histológico fue de 9,5 días.

V-48

RELACIÓN ENTRE CALIDAD DE VIDA RELACIONADA CON LA SALUD E ÍNDICE DE BODE EN PACIENTES EPOC HOSPITALIZADOS

D. Morchón Simón, J. Martín Escudero, G. Vega Tejedor, M. Pineda Alonso, B. Morejón Huerta, M. González Rozas y V. Centeno Peláez

Servicio de Medicina Interna. Hospital Universitario Río Hortega. Valladolid.

Objetivos. Averiguar si existe una relación entre el índice pronóstico actualmente más prestigiado en EPOC, el Índice Bode, y las escalas de Calidad de Vida relacionada con la salud (CVRS).

Material y métodos. Estudiamos una cohorte de 95 pacientes diagnosticados de EPOC hospitalizados de forma consecutiva en nuestro centro de octubre 2006 a abril 2007. La valoración del índice BODE y la aplicación de la escala EQoL-5D se hizo al alta hospitalaria.

Resultados. Los 95 pacientes tenían una edad media de 73,5 (\pm 9,9) años, el 94% varones, fumadores de 61,2 (\pm 34) paquetes-año y el 14% aun persistían en el hábito activo. El 25% tenía CPC, el 7,4% poliglobulia (Hcto > 50%). Según la clasificación GOLD de EPOC el 18% era muy grave, 58% era grave y el 22% moderada. Según escala MRC la disnea era de grado-II en 21%, III en el 48% y IV en el 21% de los EPOC. Tenían un índice BODE de 1-2 el 7,4%, 3-4 el 20%, 5-6 el 25% y de 7-10 el 47%. En los 5 años previos habían tenido 4 \pm 3 ingresos por agudización. Referían una Calidad de Vida Relacionada con la Salud (CVRS) global media estimada con EQoL-5D de 0,63 \pm 0,21 (EVA tarifa). La CVRS tiene una correlación muy buena con el índice Bode ($r = -0,449$; $p < 0,001$) y con la escala MRC de disnea ($r = -0,538$; $p < 0,001$), no existiendo correlación con el número de agudizaciones en los 5 años previos ni con la gravedad de la EPOC según la norma GOLD. La escala visual analógica del EQoL-5D (EVA termómetro) tiene media estimada de 0,474 \pm 0,17. Tiene también una correlación muy buena con el índice Bode ($r = -0,442$; $p < 0,001$) y con la escala MRC de disnea ($r = -0,510$; $p < 0,001$). Muestra esta apreciación subjetiva del paciente una correlación con el número de agudizaciones en los 5 años previos ($r = -0,268$; $p = 0,009$) pero no con la gravedad de la EPOC según la norma GOLD.

Discusión. El índice Bode ha demostrado ser la mejor herramienta pronóstica sobre mortalidad en EPOC. La escala de salud subjetiva EQoL-5D, muestra una buena correlación con este índice pronóstico, mucho mejor que el FEV1 o la escala de disnea MRC, que forman parte del propio BODE.

Conclusiones. La escala EQoL-5D muestra una buena correlación con el índice BODE en pacientes EPOC hospitalizados.

V-49

AGRANULOCITOSIS POR METAMIZOL EN UN HOSPITAL GENERAL DE LA COSTA DEL SOL

L. Mérida Rodrigo¹, M. Noureddine López¹, V. Faus Felipe², R. Quirós López¹, F. Moreno Martínez¹, F. Poveda Gómez¹, L. Hidalgo Rojas¹ y J. García Alegría¹

¹Servicio de Medicina Interna, ²Área de Farmacia. Hospital Costa del Sol. Marbella, Málaga.

Objetivos. Analizar las características clínicas, evolutivas, de una serie de casos con agranulocitosis por metamizol, así como las características epidemiológicas de estos efectos en nuestra área.

Material y métodos. Estudio descriptivo de pacientes con diagnóstico de ingreso de agranulocitosis secundaria a metamizol en el CMBD. Período: 1998-2003. Variables incluidas: demográficas, clínicas, diagnósticas, microbiológicas y terapéuticas. La agranulocitosis se definió como grave: neutrófilos inferiores a 500/ml, moderada: de 500-1.000/ml y leve: entre 1000-1.500/ml. Lugar: Hospital General de Segundo Nivel. Población de referencia: 260.000 habitantes. Datos de consumo de metamizol obtenidos del IMS (empresa dedicada a recoger datos de consumo de fármacos).

Resultados. Se ingresaron un total de 13 pacientes, con una edad media de 56,7 años (47,2-66,2, IC 95%). El 69,2% (N = 9) eran mujeres y 8 fueron extranjeros (61,5%), 5 de ellos procedentes del Reino Unido. Un 30,8% (4 pacientes) tomaban de forma habitual analgésicos, siendo el motivo más frecuente artralgias difusas. En 5 enfermos (38,5%) el metamizol se prescribió tras una intervención quirúrgica. Los motivos de consulta fueron fiebre (N = 8), malestar general (N = 2) y por síntomas inespecíficos (N = 3). Se objetivó fiebre > 38 °C en 10 pacientes y en 8 se pudo identificar el foco responsable (infección de partes blandas: 4, infección respiratoria: 2 e infección abdominal: 2). Las variables analíticas al ingreso fueron: Hb 10,5 g/dl (IC: 9,4-11,6), leucocitos 2.413/ml (IC: 744-4.082), plaquetas 224.384/ml (IC: 142.899-305.870) con un nadir promedio de leucocitos de 327/ml (IC: 49,4-605,3). Respecto a datos microbiológicos, 4 pacientes presentaron hemocultivos positivos (30,8%) y 2 pacientes cultivo de esputo positivo. Un total de 10 enfermos ingresaron en el servicio de Medicina Interna (3 pacientes con ingreso previo en UCI) y el resto en otros servicios. 9 (75%) pacientes presentó al ingreso una neutropenia grave, 2 (16,7%) moderada y 1 (8,3%) leve. El tratamiento antibiótico fue prescrito en 12 ingresos (92,3%) y en 10 (76,9%) factor estimulante de colonias de granulocitos (G-CSF) La duración media de la neutropenia fue de 21,8 días (6,2-37,4; IC 95%), con una mediana de 8 días, y falleció un paciente (7,7%) La estancia media del ingreso fue de 23,5 días (8,2-38,7; IC 95%). En cuanto a datos epidemiológicos se exponen en la tabla 1.

Discusión. En nuestro medio la incidencia de agranulocitosis por metamizol es más frecuente en pacientes extranjeros de origen británico, que puede ser debido a las características de fluctuación de la población en nuestro medio por el turismo. Pese a que la mortalidad en nuestra zona es similar a la descrita en la literatura, el hecho antes referido de la población fluctuante hace que tengamos una incidencia mayor de efectos adversos por dichos fármacos.

Conclusiones. 1) En nuestro medio la agranulocitosis secundaria a metamizol es más frecuente en pacientes extranjeros que tienen incrementado el riesgo de presentar este efecto adverso. Aún siendo infrecuente en términos de exposición, dada la trascendencia del mismo, se debe evitar el uso de este fármaco en esta población. 2) Si bien la mayoría de los pacientes presentan neutropenia grave, el tratamiento combinado antibiótico y con G-CSF permite la recuperación de la mayoría de los enfermos. 3) En el área que atiende nuestro hospital, la tasa de incidencia de agranulocitosis es mayor que en las series publicadas, sin embargo la tasa de mortalidad es similar a las mismas.

V-50

PATRÓN ECG DEL SÍNDROME DE TAKO-TSUBO EN SCASEST SIN LESIONES CORONARIAS SIGNIFICATIVAS: PERFIL CLÍNICO Y PRONÓSTICO

I. Torrente¹, S. Ibars², M. Bonastre², E. Guillaumet², E. Guilera², R. Bagà², M. Espinosa¹ y A. Martínez-Rubio²

¹Servicio de Medicina interna, ²Servicio de Cardiología. Corporació Sanitària Parc Taulí. Sabadell, Barcelona.

Objetivos. Hasta un 15% de los pacientes con síndrome coronario agudo sin elevación persistente del ST no presentan lesiones coronarias significativas. Dentro de este grupo hemos objetivado un subgrupo con un patrón ECG específico, muy similar al descrito en el síndrome de Tako-Tsubo (evolución a las 24-48 horas a T negativa difusa y profunda con prolongación del intervalo QT) pero con ciertas diferencias clínicas. El objetivo es determinar las características epidemiológicas, clínicas, ECG y pronósticas de este grupo de enfermos con patrón ECG determinado.

Material y métodos. Se han revisado de forma retrospectiva todos los pacientes ingresados por SCASEST sin lesiones coronarias significativas, pero con patrón ECG específico desde 2004 hasta 2006, con especial interés en el análisis de los patrones ECG y las características epidemiológicas, clínicas y pronósticas, así como las coronariografías y ventriculografías.

Resultados. De los 65 pacientes ingresados por SCASEST con coronarias sin lesiones significativas, 22 (33,4%) presentan un patrón ECG específico que consiste en evolución a las 24-48 horas a T negativa profunda y difusa con prolongación del QTc (> 0,44 seg). La edad media de este subgrupo es de 65,7 ± 12 años; un 73% son mujeres, 59% son hipertensos, 18% diabéticos, 18% fumadores, 40% dislipémicos y 69% obesos. Clínicamente se presentan con dolores torácicos prolongados (95% > 30 min, 77% > 60 min) destacando como desencadenante el estrés emocional hasta en un 41%. Analíticamente presentan troponina positiva en un 82%, pero solo CK positiva en un 9%. En el ECG inicial predomina la ausencia de cambios (55%) o bien elevación del ST (36%), con depresión del ST sólo en un 9%. La coronariografía muestra coronarias sanas en un 90% y lesiones no significativas en un 10%, con discinesia sólo en un 15% de los casos. Respecto al tratamiento al alta: AAS 91%, clopidogrel 36%, betabloqueantes 68%, antagonistas del calcio 4,5%, nitratos 31,8% y estatinas 77,3%. La evolución es muy buena, con un 77% libre de síntomas, sólo 1 reingreso y un 4% de mortalidad pero de causa no cardíaca. Comparado con el síndrome de Tako-Tsubo, existen rasgos idénticos (evolución, ECG, perfil analítico, presentación clínica), pero otros no definitorios (estrés solo en un 41%, ECG inicial habitualmente normal), que podrían hacernos pensar en una forma incompleta.

Discusión. Alrededor del 10-15% de pacientes con SCASEST no presentan lesiones coronarias significativas. Pocos estudios se centran en estos pacientes y por ello no se han descrito patrones ECG específicos. En nuestra serie observamos como un subgrupo presentaba un patrón ECG muy similar al del Síndrome de Tako-Tsubo. Este síndrome se caracteriza por la presencia de una discinesia apical transitoria en ausencia de lesiones coronarias, con un desencadenante típico en forma de estrés emocional. No se sabe la etiología de dicho síndrome: daño miocárdico por catecolaminas, rotura de placa ateromatosa no obstructiva, microespasmos vasculares... Nuestro subgrupo de pacientes presenta características muy similares al Síndrome de Tako-Tsubo, como el perfil clínico (mujer postmenopausica), analítico (movilización moderada de troponina) y ECG, pero no hemos podido demostrar discinesia apical transitoria en todos ellos, probablemente por que se trata de un estudio retrospectivo con un retraso importante en la ventriculografía (incluso más de 7 días), que podría justificar la ausencia de discinesia teniendo en cuenta que se trata de un fenómeno transitorio.

Tabla 1. Características epidemiológicas (V-49).

DDD (dosis diaria definitiva) del período	DDD/100.000 hab. censados	DDD/100.000 hab. reales	Eventos/100.000 hab. censados y año	Eventos/100.000 hab. reales y año	Eventos/100.000 DDD	Mortalidad/100.000 hab. censado y año	Mortalidad por cada 100.000 hab. reales
68047	0,04	0,01	0,833	0,270	19	0,064	0,020

Conclusiones. Entre los pacientes afectos de SCASEST con coronarias sanas existe un subgrupo con un patrón ECG idéntico al Tako-Tsubo, con un pronóstico muy bueno, pero con algunos rasgos clínicos diferenciales que podrían sugerir que se tratase de una forma menor de esta enfermedad.

V-51

USO DEL RECEPTOR SÉRICO DE LA TRANSFERRINA EN EL DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL DE LA ANEMIA DEL ANCIANO

E. Calvo Begueria¹, J. Vázquez Fernández², M. Díaz Hurtado³, C. Toyas Miazza⁴, A. Ania Lahuerta¹, P. González García¹ y J. Pérez Calvo⁵

¹Servicio de Medicina Interna, ²Servicio de Medicina de Familia y Comunitaria. Hospital de Barbastro. Barbastro, Huesca.

³Servicio de Medicina Interna. Clínica Montserrat-Alianza M.L., S. A. Lleida. ⁴Servicio de Medicina Interna. Hospital Royo Villanova. Zaragoza. ⁵Servicio de Medicina Interna. Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa. Zaragoza.

Objetivos. 1) Estudiar las ventajas que aporta la medición del Receptor Sérico de la Transferrina y su Índice a los parámetros analíticos habituales en el diagnóstico diferencial de la patología digestiva benigna y maligna que cursan con anemia ferropénica en los pacientes mayores de 65 años. 2) Elaborar un algoritmo diagnóstico de la anemia normo y microcítica del anciano.

Material y métodos. Se incluyeron en el estudio 124 pacientes > de 65 años diagnosticados de anemia, ingresados en nuestro S. de Medicina Interna en dos años consecutivos. Distribución: Grupo Controles, aquellos con diagnóstico de benignidad. Grupo Casos, aquellos con diagnóstico de malignidad. Fueron estudiados con Gastroscofia y Colonoscopia, completando con Enema Opaco y/o Tránsito intestinal si fuera preciso. Se considero Etiología Benigna a: Hernia de Hiato de gran tamaño, Úlcus gástrico y Duodenal, Angiodisplasia, Pólipos de tubo digestivo, Hemorroides complicadas. Se considero Malignidad a: Neoplasia del tubo digestivo. Variables recogidas: Edad, Sexo, Hemoglobina, Hematocrito, Volumen corpuscular medio, Plaquetas, Velocidad de Sedimentación, Sideremia, Transferrina, Índice de saturación de la Transferrina, Ferritina, Receptor soluble de la transferrina, sRTf/LogF (Índice). Para el análisis de los datos se utilizó el programa SPSS versión 12.0 para Windows.

Resultados. Se incluyeron en el estudio 124 pacientes: 64 controles (42M, 22V) y 60 casos (17M y 43V) con una media de edad de 76 en los primeros y 72 en los segundos. Se encontró diferencias estadísticas en todas las variables excepto en las plaquetas. Con las curvas COR se halló el punto de corte para el sRTf de 1,8 y para el Índice de 2. Al realizar una subdivisión por Volumen corpuscular medio se objetivó que el 93% de los pacientes con anemia microcítica de etiología benigna presentaba sRTf > 1,8 y un Índice > 2. Un 82,9% de los pacientes con anemia normocítica con sRTf < 1,8 e Índice = 2 eran caso.

Discusión. Los pacientes que se atienden en un S. de Medicina Interna son mayores de 65 años, con frecuencia pluripatológicos. La presencia de anemia es frecuente y multifactorial. Si se trata de anemia ferropénica, es preciso el estudio exhaustivo del tracto gastrointestinal, puesto que, el sangrado digestivo crónico es la causa más frecuente de ferropenia. Sin embargo, tanto la gastroscopia como la colonoscopia son pruebas cruentas, no exentas de complicaciones. Con este trabajo intentaremos plantear un algoritmo de actuación con el cual conocer a qué paciente debe realizarse el estudio con mayor celeridad y quién puede remitirse al estudio ambulatorio. En nuestro estudio, encontramos que el sRTf se eleva cuando existe ferropenia, incluso cuando coexisten mecanismos inflamatorios como los que ocasionan la anemia de procesos crónicos. Sin embargo, en aquellos pacientes cuya base etiológica es un Cáncer de tubo digestivo, el sRTf se encuentra más disminuido comparándolo con aquellos cuya base etiológica es un proceso benigno. Las diferencias encontradas en el Índice (sRTf/Log10Ft), podrían ayudarnos en el diagnóstico etiológico de la anemia en el grupo de pacientes añosos.

Conclusiones. 1) El sRTf y su Índice son útiles en el diagnóstico etiológico de la anemia ferropénica del anciano. Un valor de 1,8 mg/dl para el primero y de 2 para el segundo, parecen los más adecuados para discriminar entre ambas situaciones. 2) El Cáncer de tubo digestivo es más frecuentes en pacientes más jóvenes varones.

V-52

PATRÓN ECG DEL SÍNDROME DE TAKO-TSUBO EN SCASEST SIN LESIONES CORONARIAS SIGNIFICATIVAS: ANÁLISIS COMPARATIVO

I. Torrente¹, S. Ibars², M. Bonastre², E. Guillaumet¹, R. Bagà², E. Guilera², M. Espinosa¹ y A. Martínez-Rubio²

¹Servicio de Medicina interna, ²Servicio de Cardiología. Corporació Sanitària Parc Taulí. Sabadell, Barcelona.

Objetivos. Determinar si existen características epidemiológicas, clínicas, ECG y/o pronósticas diferenciales entre los pacientes con SCASEST sin lesiones coronarias que presentan un patrón ECG evolutivo específico, idéntico al del síndrome de Tako-Tsubo y aquellos que no.

Material y métodos. Se han revisado de forma retrospectiva todos los pacientes ingresados por SCASEST sin lesiones coronarias significativas desde 2004 hasta 2006, con especial interés en el análisis de los patrones ECG y las características epidemiológicas, clínicas y pronósticas, así como las coronariografías y ventriculografías.

Resultados. De los 65 pacientes ingresados por SCASEST con coronarias sin lesiones significativas, 22 (33,4%) presentan un patrón ECG específico: evolución a las 24-48 h a T negativa profunda y difusa con prolongación del QTc (> 0,44 seg). Respecto al grupo sin patrón ECG específico presentan un claro predominio de mujeres (72,7% vs 37,2%, p 0,007), no fumadores (72,7% vs 41,9%, p 0,01), mayor incidencia de stress emocional como desencadenante (40,9% vs 7%, p 0,001) y coronarias sanas en la coronariografía (91% vs 51%, p 0,007). No se observan diferencias significativas con respecto a la edad, presencia de hipertensión, dislipemia, obesidad, antecedentes de cardiopatía, duración del dolor, patrón analítico (con respecto a troponina y CK) ni ventriculografía. Se observa una menor prevalencia de diabetes, pero no significativa (18,2% vs 32,6, p 0,1). Respecto al ECG inicial destaca una mayor prevalencia e elevación del ST (36% vs 18,5%, p 0,1) y una menor incidencia de depresión del ST (9,1% vs 34,9%, p 0,036). Respecto al tratamiento al alta no se observan diferencias significativas. El pronóstico es muy bueno en todos los casos con escasa mortalidad y alto porcentaje de pacientes libres de síntomas (77%), sin diferencias entre los dos grupos.

Discusión. De los pacientes que ingresan por SCASEST un 10-15% no presentan lesiones coronarias. Pocos estudios se centran en este grupo de pacientes. Se trata de un grupo heterogéneo, con diversas etiología implicadas (vasoespasmos, embolia, trombofilia...) pero sin haberse descrito patrones ECG específicos, ni análisis comparativos entre ellos, como hemos realizado en nuestra serie. Todos ellos presentan un buen pronóstico, como en las guías descritas hasta en este momento. En nuestras series hemos podido distinguir dos subgrupos de pacientes en función de la evolución ECG, con características clínicas, anatómicas y epidemiológicas concretas, pero que a pesar de ello, no confieren un pronóstico diferente entre ellos.

Conclusiones. Entre los pacientes con SCASEST y coronarias sanas existe un subgrupo con un patrón ECG evolutivo concreto, con unas características tanto epidemiológicas, ECG como anatómicas concretas, pero que no confieren un peor pronóstico a largo plazo.

V-53

NUESTRA EXPERIENCIA EN LA HEMOCROMATOSIS HEREDITARIA

M. Martínez Giles, E. Arroyo Masa, J. Vázquez Labrador, M. Martín Sánchez, J. Arrebola García y M. Pérez Miranda
Servicio de Medicina Interna. Complejo H. Universitario de Badajoz. Badajoz.

Objetivos. La hemocromatosis hereditaria es una enfermedad de base genética cuyo fenotipo clínico-analítico puede variar en función de la edad, sexo y determinados factores ambientales. Con este estudio pretendemos determinar los principales rasgos clínicos y analíticos de esta enfermedad.

Material y métodos. Estudio retrospectivo descriptivo de los 10 pacientes diagnosticados de hemocromatosis hereditaria en nuestro servicio de Medicina Interna, quedando excluidos aquellos que no se adecuaban a los criterios diagnósticos de hemocromatosis hereditaria y cuya sobrecarga de hierro se debía exclusivamente a otras causas (hemocromatosis secundaria).

Resultados. La edad media de los 10 pacientes diagnosticados de hemocromatosis hereditaria fue 54 años con extremos entre 22 y 76 años. Con respecto al sexo, 7 de ellos (70%) eran varones con una edad media de 48 ± 18 años mientras que 3 pacientes (30%) eran mujeres con una edad media de 67 ± 14 años. La diferencia de edades entre ambos sexos no fue estadísticamente significativa ($p = 0,157$). En cuanto a los síntomas y signos el 50% de los pacientes presentaba síntomas en el momento del diagnóstico. Se observó astenia, hiperpigmentación cutánea e hiperglucemias en el 20% de los pacientes, artralgias en el 60% y hepatomegalia en el 30%. En ningún paciente se objetivó hipogonadismo ni clínica de impotencia ni hepatopatía crónica. No se detectaron alteraciones en el hemograma ni perfil hepatorenal salvo elevación de fosfatasa alcalina, sideremia, ferritina e índice de saturación de transferrina en un amplio porcentaje de pacientes (mayor del 80%). El 30% de los varones presentaba cifras de ferritina superiores a 300 ng/ml y el 66,6% de las mujeres superiores a 200 ng/ml sin diferencias estadísticamente significativas. El valor medio de IST fue 55,8%. Se realizó eco de abdomen en el 40% de los pacientes informada en todos los casos como esteatosis hepática. Se solicitó biopsia hepática en 2 casos siendo en ambos diagnóstica. Serología virus hepatitis, porfirinas y alfafetoproteína fueron negativas en todos los pacientes. Con respecto al genotipo, un paciente fue heterocigoto compuesto C282Y/H63D, un paciente homocigoto H63D, tres pacientes heterocigotos C282Y, tres heterocigotos H63D y dos no presentaron ninguna de las 2 mutaciones descritas. Se indicó tratamiento con flebotomías en 7 pacientes con buena respuesta. Y el 70% presentaba familiares afectos.

Discusión. En nuestro estudio se observó que en los 10 pacientes con estudio bioquímico compatible con hemocromatosis y sin otra causa de hepatopatía ni de sobrecarga férrica predominó la heterogeneidad genética como en otros estudios realizados en países del sur de Europa; aunque el pequeño tamaño de la muestra hace que los datos sean poco valorables. Sólo en dos casos se confirmó el diagnóstico, con biopsia hepática (en uno con intención pronóstica y en otro con intención diagnóstica al no presentar ninguna de las dos mutaciones del gen HFE) a pesar del bajo grado de concordancia genotipo/fenotipo. Un porcentaje considerable de pacientes estaban asintomáticos en el momento del diagnóstico, si bien es cierto que la edad media fue relativamente joven, de ahí la importancia de un diagnóstico precoz al mayor número posible de pacientes, ya que el tratamiento es eficaz.

Conclusiones. El diagnóstico de hemocromatosis hereditaria no es sencillo; ningún dato es patognomónico y puede estar modulado tanto por factores ambientales como genéticos no conocidos, como muestra nuestro estudio, al presentar una gran proporción de enfermos de hemocromatosis con heterogeneidad genética.

V-54

ULTRASONOGRAFIA COLOR DUPLEX DE LAS ARTERIAS TEMPORAL Y OFTÁLMICA EN EL DIAGNÓSTICO Y SEGUIMIENTO DE LA ARTERITIS DE CELULAS GIGANTES
J. Pérez López¹, R. Solans Laqué¹, J. Bosch Gil¹, C. Pérez Bocanegra¹, C. Molina Cateriano², J. Pardos Gea¹ y M. Vilardell Tarrés¹

¹Servicio de Medicina Interna-Enfermedades Autoinmunes,

²Servicio de Neurología. Hospital General Vall d'Hebron Área General, Barcelona.

Objetivos. Estudiar la utilidad de la ultrasonografía color Duplex de las arterias temporal y oftálmica en el diagnóstico de la arteritis de células gigantes (ACG). Además se investigó la utilidad del halo hipoeicoico en la arteria temporal en la monitorización de esta enfermedad.

Material y métodos. Se incluyeron de forma prospectiva, desde marzo de 2003 hasta julio de 2006, 60 pacientes: 30 con la sospecha clínica de ACG, 17 con la sospecha clínica de polimialgia reumática y 13 controles. Se realizaron un estudio ultrasonográfico en las arterias temporal y oftálmica, y una posterior biopsia temporal en todos los pacientes. Tanto el ecografista como el patólogo desconocían el diagnóstico de sospecha. Un año después del diagnóstico se practicó nuevamente una nueva exploración ultrasonográfica.

Resultados. La mayoría de pacientes diagnosticados de ACG presentaron anomalías ultrasonográficas en forma de halo o estenosis en la arteria temporal, o bien estenosis en la arteria oftálmica. La presencia de halo presentó una potencia diagnóstica para ACG

mayor que la presencia de estenosis en la arteria temporal u oftálmica, y se relacionó histológicamente con una mayor respuesta inflamatoria en la biopsia de la temporal. Y finalmente, el estudio ultrasonográfico un año después del diagnóstico puso de manifiesto la persistencia del mismo en el 50% de los casos.

Conclusiones. La ultrasonografía color Duplex de la arteria temporal es un método no invasivo de ayuda en el diagnóstico de la ACG, con un elevado valor predictivo positivo y negativo. Sin embargo se necesitan más estudios para clarificar su papel en la monitorización de esta enfermedad, y si la persistencia del halo puede asociarse a un mayor número de recidivas de la misma.

V-56

CARTERA DE SERVICIOS Y RESULTADOS DE UNA UNIDAD DE HOSPITALIZACIÓN DOMICILIARIA Y CUIDADOS PALIATIVOS (2004-2006)

L. Fernández Rendón¹, S. Alegre Herrera¹, J. Pérez de León Serrano¹, J. Serrano Carrillo de Alborno², M. Soriano Pérez², I. Marín Montán², J. Royo Aguado¹ y M. Aguayo Canela²

¹Unidad de Hospitalización Domiciliaria y Cuidados Paliativos,

²Servicio Medicina Interna "A". U. Gestión Clínica "ATICA".

Complejo Hospitalario Virgen Macarena, Sevilla.

Objetivos. Se desea evaluar la actividad de una unidad de hospitalización domiciliaria y de cuidados paliativos, constituida por médicos internistas, a lo largo de los últimos cuatro años.

Material y métodos. La Unidad de Hospitalización Domiciliaria y Cuidados Paliativos (UHDCP) del área hospitalaria Virgen Macarena es una unidad de gestión clínica cuya misión es dar cobertura asistencial a una población aproximada de 535.000 habitantes, estableciendo redes entre los 2 hospitales del área y 69 centros de salud/consultorios de 2 distritos de atención primaria. La componen 4 equipos de un médico internista y un enfermero, que desarrollan su actividad en horario de mañana en días laborables. Toda la actividad asistencial queda registrada en una base de datos diseñada al efecto. Empleamos una estadística descriptiva simple, sobre la totalidad de los registros de pacientes atendidos por la unidad en el período 2003 a 2006.

Resultados. En cuanto a actividad global desarrollada, la UHDCP realizó 5.158 "ingresos" (media anual 1.289,5) a un total de 3.643 pacientes, lo que supuso 14.410 visitas médicas en domicilio (media de 2,79 por ingreso) y 12.260 visitas de enfermería (media de 2,37 por ingreso), que se completaron con 693 visitas del trabajador social, 1.103 gestiones de diverso tipo y 7.380 atenciones telefónicas. En cuanto al perfil de pacientes atendidos, se clasificaron en cinco grupos: "Agudos" (236 ingresos, el 4,6%); "Crónicos" (1.717 ingresos, el 33,3%); "Crónicos oncológicos" (604 ingresos, el 11,7%); "Terminales" (1.959 ingresos, el 38%); y "Quirúrgicos" (595 ingresos, el 11,5%). En la evolución temporal hubo una reducción interanual de los pacientes "Agudos" y un incremento de los pacientes en fase terminal, coincidiendo con una progresiva asunción por parte de la UHDCP de los cuidados paliativos del área y la ampliación de esta cobertura al área rural. La procedencia de los pacientes remitidos a la unidad fue diversa, destacando las unidades de hospitalización (26,9%) y las consultas externas del área hospitalaria (20,4%), seguidas de los equipos de atención primaria (13,7%). El índice global de satisfacción de usuarios ha sido alto o muy alto en el 98% de los pacientes atendidos.

Discusión. Aunque es posible que exista una infradeclaración de actividad y que los indicadores no sean comparables al no disponerse de estándares, los datos ofrecidos muestran que una unidad de soporte domiciliario, incluso con horario de cobertura reducido, puede suponer un importante eslabón asistencial entre los servicios hospitalarios y los equipos de atención primaria, reduciendo un gran número de ingresos y estancias hospitalarias en pacientes con patologías crónicas u oncológicas en fase exclusivamente paliativa, sin mermar la calidad asistencial. En nuestro caso ha permitido su consolidación como unidad de gestión clínica y la ampliación de su cartera de servicios en el año 2007 sin incremento de plantilla, incorporando un hospital de día médico propio y camas de hospitalización para pacientes con enfermedades en fase terminal, gracias a una más eficiente utilización de los recursos, la formación y el apoyo a los cuidadores y la potenciación de los equipos de atención primaria, a los

que se ha sumado en nuestra comunidad autónoma la figura del "enfermero de enlace".

Conclusiones. La polivalencia del médico internista y la formación específica en el área de conocimientos de los cuidados paliativos han permitido la creación de unidades que "salen del hospital" y aseguran la continuidad asistencial en un grupo de pacientes con gran fragilidad clínica y elevada demanda de recursos sanitarios y sociales. El modelo inicial de "Hospitalización Domiciliaria" se está transformando progresivamente en "Unidades de Apoyo a la Atención Primaria" especialmente para pacientes crónicos permanentemente sintomáticos y para pacientes oncológicos y no oncológicos en fase terminal. Los servicios de medicina interna deben acoger en sus estructuras a estas unidades para darles soporte organizativo, ampliar sus horarios de atención y dotarlas de camas en áreas de hospitalización médica.

V-57

¿CUÁL ES SU DESEO?: ANÁLISIS DEL GRADO DE CUMPLIMIENTO DEL PACTO ESTABLECIDO SOBRE EL LUGAR DE FALLECIMIENTO CON EL PACIENTE EN SITUACIÓN TERMINAL EN UNA UNIDAD DE APOYO DOMICILIARIO Y CUIDADOS PALIATIVOS

J. Pérez de León Serrano¹, S. Alegre Herrera¹, L. Fernández Rendón¹, A. Montilla Burgos², B. Gutiérrez Gutiérrez², M. Rico Lucena², J. Royo Aguado¹ y M. Aguayo Canela²

¹Unidad de Hospitalización Domiciliaria y Cuidados Paliativos,

²Servicio de Medicina Interna "A". Unidad de Gestión Clínica.

Complejo Hospitalario Virgen Macarena, Sevilla.

Objetivos. En pacientes en situación terminal, atendidos por una unidad de soporte en domicilio, establecer un acuerdo sobre el lugar donde le gustaría pasar los últimos días y promover las actuaciones necesarias para dar satisfacción a este deseo, es un objetivo de calidad, tanto en términos de comunicación y satisfacción como de asistencia y coordinación de cuidados, que respalda y da credibilidad a este tipo de prestación "a caballo" entre los dos niveles asistenciales clásicos. Nos hemos propuesto analizar los resultados de nuestra Unidad de Hospitalización Domiciliaria y Cuidados Paliativos (UHDCP) en los últimos tres años, y describir los pactos establecidos y el grado de cumplimiento.

Material y métodos. La UHDCP del área hospitalaria Virgen Macarena está compuesta por cuatro equipos de soporte de cuidados paliativos, tres que dan cobertura a parte del área urbana de Sevilla y uno al área rural, para una población de referencia de algo más de medio millón de habitantes. De la base de datos asistencial, donde se registran todas las actividades de la UHDCP, se han analizado un total de 785 pacientes con enfermedad en fase terminal, de los que 367 (46,75%) tenían datos recogidos sobre las expectativas y deseos de los pacientes en sus últimos días, obtenidos por entrevista programada en el domicilio por parte del personal facultativo de los diferentes equipos. Se ha diferenciado para el análisis descriptivo dos subgrupos, según el lugar de residencia (urbano/rural) del paciente.

Resultados. De los 367 pacientes entrevistados, con registros válidos y seguimiento completo, se estableció un acuerdo sobre el lugar del fallecimiento en un 62% de los casos. En la tabla adjunta se muestran los deseos expresados por los enfermos y el grado de cumplimiento del pacto establecido, expresado como porcentaje de concordancia entre el lugar manifestado y el lugar donde finalmente aconteció el éxitus.

Discusión. Al ser un objetivo de la Unidad de Gestión Clínica, el porcentaje de pacientes (62%) con un pacto establecido sobre el lugar del fallecimiento puede estar supervalorado, a expensas de un infraregistro de los casos en que no pudo establecerse un acuerdo o ni

siquiera plantear el tema abiertamente, en una sociedad que sigue teniendo sus tabús sobre la muerte. No obstante arroja luz sobre los deseos manifestados (mayoritariamente desean permanecer en casa hasta al final) y sobre el impacto de nuestra actividad para dar cumplimiento a sus expectativas.

Conclusiones. La labor desarrollada por internistas y enfermeros de una unidad de soporte domiciliario en cuidados paliativos permite, en un altísimo porcentaje de casos, dar una adecuada respuesta a los deseos de sus pacientes con enfermedad terminal sobre el lugar donde quieren pasar sus últimos momentos, y propicia que hasta dos terceras partes de ellos acuerden con sus cuidadores y el equipo sanitario morir en su casa.

V-59

ABSCEOS HEPÁTICOS PIOGÉNICOS: NUESTRA EXPERIENCIA

M. Cienfuegos Lasanta, S. Rubio Barbón, E. Fonseca Aizpuru, E. Rodríguez Ávila, R. Fernández Madera, I. Arias Miranda, A. Álvarez Uría y J. Morís de la Tassa
Servicio de Medicina Interna. Hospital de Cabueñes. Gijón, Asturias.

Objetivos. El absceso hepático es una entidad de baja incidencia, que suele cursar como fiebre prolongada y en relación con patología biliar. Se realiza un estudio descriptivo para conocer las características clínicas, tratamiento y evolución de los pacientes diagnosticados de absceso hepático piogénico en nuestro hospital.

Material y métodos. Estudio descriptivo retrospectivo de los pacientes diagnosticados de absceso hepático piogénico en el hospital de Cabueñes, de segundo nivel, que atiende a una población de 300.000 habitantes, entre enero de 1991 y diciembre de 2006. Nos pusimos en contacto con el Servicio de Documentación y Archivos del hospital, y se revisaron las historias clínicas de los pacientes diagnosticados de absceso hepático piogénico. Se definió como criterio de inclusión: mayor de 18 años; diagnóstico por imagen (ecografía/TC de abdomen) y evidencia de drenaje de material purulento por punción o drenaje y/o demostración histológica o microbiología positiva. Se excluyeron los abscesos con aislamiento de amebas o tuberculosis, y aquellos diagnosticados fuera del hospital.

Resultados. Se registraron 79 casos de absceso piógeno hepático de los cuales fueron 48 varones (60,8%), y 31 mujeres (39,2%). la edad media fue de 69 ± 14,8 años (21-92). Ingresaron en Cirugía General 33 (41,8%), Medicina Interna 32 (40,5%), Digestivo 10 (12,7%), Hematología 2 (2,5%) y UCI 2 (2,5%). La estancia media fue: 30,6 ± 18,2 días. La vía de adquisición fue biliar en 41 (51,9%), idiopática en 20 (25,3%), contigüidad en 11 (13,9%), hematogena en 3 (5,8%), traumática en 2 (2,5%) y otras causas 2 (2,5%). Las manifestaciones clínicas fueron: fiebre en el 67%, dolor abdominal en el 62% y cuadro sistémico (astenia, anorexia y adelgazamiento) en 30,4%. En la exploración: hepatomegalia en 8,9%. Entre los parámetros analíticos medios destacan: leucocitos 16.478 por mm³, hemoglobina 11,6 g/dl, bilirrubina total 1,6 mg/dl, fosfatasa alcalina (FA) 261,8 U/L, gammaglutamil transferasa (GGT) 180 U/L. Se obtuvo cultivo de absceso positivo en 34 (43%), los gérmenes más prevalentes son enterobacterias con un 41,8% seguido de los *Streptococcus* spp. con un 32,5% y los anaerobios con un 25,5%. Hemocultivos positivos en 17 (21,5%). La localización del absceso fue único en 59 (74,6%) y lóbulo hepático derecho en 44 (55,6%). Recibieron tratamiento antibiótico 76 (88%), drenaje percutáneo 36 (45,6%) y drenaje quirúrgico 12 (15,2%). Buena evolución con resolución 60 (75,9%), éxitus 10, recidiva 7 y pérdida de seguimiento 2.

Discusión. Se observa mayor prevalencia en varones, tal y como se describe en la literatura, con patología del tracto biliar como prime-

Tabla 1. Resumen de resultados (V-57).

	Nº pacientes/Nº de pactos	Pacto: domicilio	Pacto: CS	Éxitus: domicilio	Éxitus: CS
Área urbana	246/162 (66%)	94 (58%)	68 (42%)	98 (100%)	64 (94%)
Área rural	121/68 (56%)	53 (78%)	15 (22%)	51 (96%)	17 (100%)
Totales	367/230 (62%)	147 (64%)	83 (36%)	149	81

CS: centro sanitario.

ra causa, debutando con fiebre y dolor abdominal. Los hallazgos de laboratorio son inespecíficos, a destacar la elevación de la fosfatasa alcalina. Las enterobacterias es el grupo de gérmenes más prevalente, dado que el árbol biliar es la fuente de infección en la mayoría de los casos. En los últimos años se observa un aumento del aislamiento de *Klebsiella*, que en nuestra experiencia es de 9,3%. No hemos encontrado ningún caso de aislamiento de *Candida*, que puede ser debido a que se trata de un hospital de segundo nivel y carece de unidad de trasplantes, entre otros. El tratamiento consiste en la combinación de antibiótico y drenaje, aunque en un amplio porcentaje de casos se han obtenido buenos resultados con tratamiento médico, como en nuestra serie. El drenaje percutáneo fue la técnica de elección en más de la mitad de los casos, frente al drenaje quirúrgico abierto que se reserva para aquellos casos en los que fracasa el drenaje percutáneo y abscesos de gran tamaño. En los últimos años, se ha observado una mejoría del pronóstico que se aproxima a la hallada en nuestra serie.

Conclusiones. 1) Mayor prevalencia de varones. 2) Vía de adquisición biliar. 3) Manifestaciones clínicas: fiebre y dolor abdominal. 4) Hallazgos analíticos inespecíficos. 5) Mayor prevalencia de microorganismos entéricos. 6) Buena evolución con antibioterapia.

V-60

PREVALENCIA DE LOS ACCIDENTES ISQUÉMICOS TRANSITORIOS VERTEBROBASILARES EN EL ÁREA DE SALUD DE LEÓN DURANTE LOS AÑOS 2000-2006

C. Martínez Caballero¹, F. Mourad², M. Ledo², M. Riesco³ y A. Moran Blanco⁴

¹Servicio de Medicina Familiar y Comunitaria, ²Servicio de Medicina Interna, ³Unidad de Cuidados Intensivos. Complejo Asistencial de León. León. ⁴Servicio de Medicina Interna. Hospital Monte San Isidro. León.

Objetivos. Los accidentes isquémicos transitorios constituyen un síntoma de alarma y son un predictor de infarto cerebral. La gran variabilidad clínica, su corta duración y la dificultad de la anamnesis podrían hacer subestimar su incidencia real en un 30%. Se pretende establecer la prevalencia de los AIT vertebrobasilares en el área de Salud de León.

Material y métodos. Estudio retrospectivo, observacional, descriptivo y transversal. Se recogieron todos los pacientes ingresados en el servicio de Neurología del Complejo Asistencial de León con el diagnóstico de accidente isquémico transitorio en el territorio vertebrobasilar durante el período 2000- junio 2006. Fueron un total de 102 casos. Las variables estudiadas fueron edad, sexo, factores de riesgo, forma de presentación, duración de la sintomatología y tratamiento instaurado.

Resultados. Se incluyeron finalmente en el estudio 99 pacientes que suponen el 5,6% de los ingresos por accidente cerebrovascular (excluyendo hemorragias intracraneales) del servicio de Neurología. La edad promedio de presentación fue de 70 años. El 63,3% fueron varones. El factor de riesgo más frecuente fue la hipertensión arterial (44,9%).

Discusión. La mayoría son de origen aterotrombótico. Se estableció un diagnóstico concluyente mediante pruebas de imagen en el 11,1%. El Eco Doppler de TSA es el método diagnóstico más empleado. La RMN supera a la TAC en la exploración de la fosa posterior. El principal antiagregante empleado es el ácido acetilsalicílico a dosis de 300 mg/día.

Conclusiones. Los hombres superan ampliamente a las mujeres, son más jóvenes y tienen más factores de riesgo.

V-61

CARCINOMA DE CÉLULAS RENALES Y NEOPLASIA PRIMARIA MÚLTIPLE. RESULTADO DE UN REGISTRO DE TUMORES

L. Caurcel Díaz¹, J. Llenas García¹, M. Fernández Ruiz¹, J. Guerra Vales¹, F. Colina Ruízdelgado², J. Vila Santos¹ y F. Castelbon Fernández

¹Servicio de Medicina Interna, ²Registro de tumores. Hospital 12 de Octubre. Madrid.

Objetivos. Entre el 16,1% y el 27,4% de los pacientes con carcinoma de células renales (CCR) presentan otra neoplasia, bien como

antecedente (35%), de forma sincrónica (18%) o posteriormente durante su evolución (47%). Nuestro objetivo es estudiar los casos de neoplasia primaria múltiple (NPM) en los que alguno de los tumores es un CCR y describir las características de dichos casos para conocer las asociaciones más frecuentes y cuáles son los factores pronósticos.

Material y métodos. Utilizamos la base de datos del Registro de Tumores del Hospital 12 de Octubre de Madrid, seleccionando aquellos casos de NPM, según criterios de Warren y Gates, en los que el diagnóstico de alguno de los tumores se realizó entre el 1 de enero de 2001 y el 31 de diciembre de 2002 y que además cumplieren la condición de que alguna de las neoplasias fuese un CCR. Los casos se siguieron hasta el 31 de diciembre de 2004. Se realizó un análisis descriptivo, caracterizando las variables cualitativas mediante la distribución de frecuencias absolutas y relativas y las variables cuantitativas a través de su media, desviación estándar (DE) y rango. Usamos la prueba de la χ^2 para la comparación de variables cualitativas.

Resultados. De un total de 358 pacientes con NPM, encontramos 16 casos en los que una de las neoplasias era un CCR (4,4%), en 11 hombres (68,8%) y 5 mujeres (31,2%), con una edad media al diagnóstico de NPM de 62,8 años (DE 11,93, rango 43,4-81,2). De ellos, en 7 (43,75%) el CCR fue el primer tumor, en 7 (43,75%) el segundo, en 1 (6,25%) el tercer tumor diagnosticado y hubo un caso en que se trataba de neoplasias sincrónicas. El tiempo medio entre el diagnóstico del primer y el segundo tumor fue de 57,8 meses (DE 45,97, rango 0-137,93). Entre los tumores asociados a CCR encontramos en nuestra serie 2 adenocarcinomas de colon, 2 adenocarcinomas de estómago, 2 carcinomas uroteliales de vejiga, un carcinoma epidermoide de laringe, un linfoma no Hodgkin, una leucemia, un seminoma testicular, un carcinoma ductal de mama, un cistoadenocarcinoma seroso de ovario, un feocromocitoma, un carcinoma hepatocelular, un adenocarcinoma de páncreas, un adenocarcinoma de próstata y un carcinoma epidermoide de pulmón. Los subtipos histológicos de CCR fueron: carcinoma de células claras en el 68,75%, carcinoma papilar en el 18,75% y otros en el 12,5% de los casos. De los 16 casos de CCR el 81,25% fueron diagnosticados en estadio localizado y el 93,75% fueron tratados únicamente con cirugía. Como factores de riesgo, el 25% presentaba tabaquismo, el 18,8% enolismo y uno de los casos inmunosupresión (trasplante renal). La mortalidad en esta serie es del 25%. Ni el sexo, ni los factores de riesgo, ni el orden ocupado por el CCR se asoció de manera estadísticamente significativa con la mortalidad.

Discusión. Aunque clásicamente se describe una mayor asociación de la esperada de los CCR con neoplasias de vejiga, linfomas no Hodgkin y melanomas, en nuestra serie los CCR se asocian a gran variedad de tumores. Sin embargo, coincidimos con las grandes series en la mayor frecuencia de carcinomas de colon y vejiga asociados al CCR, apareciendo estos últimos como segunda neoplasia más frecuente. No hemos podido encontrar una asociación estadísticamente significativa entre los distintos factores pronósticos debido probablemente al escaso tamaño muestral, aunque se observa una tendencia a una mayor mortalidad en los pacientes de sexo masculino, fumadores y aquellos con CCR como primera neoplasia.

Conclusiones. A pesar de que el CCR no es uno de los tumores más frecuentes, la proporción de NPM en ellos es significativamente mayor de lo esperado por lo que creemos se debe profundizar en el estudio de los factores predisponentes y pronósticos.

V-62

INCIDENCIA DE AIT VERTEBROBASILARES EN PACIENTES ANTIAGREGADOS

C. Martínez Caballero¹, F. Mourad², M. Ledo², M. Riesco³ y A. Moran Blanco³

¹Servicio de Medicina Familiar y Comunitaria, ²Servicio de Medicina Interna. Complejo Asistencial de León, León.

³Servicio de Medicina Interna. Hospital Monte San Isidro. León.

Objetivos. Se pretende describir las causas, analizar los factores de riesgo y establecer una correlación clínico-patológica de los accidentes isquémicos transitorios del territorio vertebro-basilar en pacientes que toman antiagregantes plaquetarios por cualquier causa.

Material y métodos. Estudio retrospectivo, observacional, descriptivo y transversal. Se recogieron todos los pacientes ingresados en el

Complejo Asistencial de León con el diagnóstico de accidente isquémico transitorio en el territorio vertebro-basilar durante el periodo 2000-2006 y que fueron 102 casos. Las variables estudiadas fueron edad, sexo, factores de riesgo y tratamiento previo al ingreso.

Resultados. Se incluyeron finalmente en el estudio 99 pacientes. La edad promedio de presentación fue de 69 años con una desviación típica de 7,89. El 76,9% fueron varones. De estos tomaban antiagregantes 32 (28,2% del total). El 46,4% estaba tratado con ácido acetil salicílico en dosis de 100 mg/día (33,7%) y 300 mg/día (12,6%). Un tercio de la muestra estaba tratada con clopidogrel (32,2%), frente al 14,1% antiagregado con triflusal y el 7,09% que seguía tratamiento con ticlopidina.

Discusión. La mitad de los hombres tratados con AAS eran hipertensos, el 46,9% tenía algún tipo de dislipemia. El 28,1% eran varones fumadores. El 31% de ellos con patología cardíaca (síndrome coronario agudo). El 20% de los hombres antiagregados había presentado un episodio previo frente al 66,7% de las mujeres.

Conclusiones. Los hombres antiagregados superan a las mujeres antiagregadas. Se sobre estima la importancia del tratamiento antiagregante para la prevención de nuevos episodios de daño cerebral. No parece tan importante el tratamiento de antiagregación plaquetaria si persisten los factores de riesgo en el individuo tratado. Las mujeres han presentado más episodios previos y están con tratamiento antiagregante sin embargo los hombres que han sufrido menos episodios previos relacionados y acumulan más factores de riesgo las triplican en cuanto a incidencia se refiere.

V-63

EL LEGADO DEL URANIO EMPOBRECIDO

N. Marín Gámez¹, F. Molina Molina¹, F. Jódar¹, M. Manjón¹, M. Almenara¹, L. López Mudarra², J. Trujillo¹ y A. Rodríguez²

¹Servicio de Medicina Interna, ²Dirección Corporativa. Complejo Hospitalario de Jaén. Jaén.

Objetivos. Evaluación de 53 ex-trabajadores de la Fábrica de Uranio de Andújar (1959-1981) con un protocolo cerrado de investigación sistemática. Finalidad: tratar de resolver las incertidumbres persistentes respecto a los riesgos que para la salud hayan podido derivarse de la inhalación y eventual ingestión de toneladas de polvo con uranio empobrecido en la FUA.

Material y métodos. Cohorte homogénea de 53 ex-trabajadores de minería expuestos de forma variable pero crónica al Uranio natural. Protocolo biológico-funcional-estructural con más de un centenar de datos elaborado por un comité de expertos y aplicado por un equipo de clínicos según lo acordado entre el Ministerio de Trabajo del Estado y La Consejería de Salud Andaluza. Aplicación adicional de una escala de calidad de vida relacionada con la salud. Descripción preliminar.

Resultados. Las alteraciones (estructurales y funcionales) tanto respiratorias o renales como inmunológicas fueron especialmente frecuentes. Los quistes renales en el 74%, la aminoaciduria como indicador de daño tubular (73%); las diversos cambios en pleura o pulmones (72%); o la caída del FEV1 (70%) y, sobre todo, el daño alveolo-capilar (67%), fueron hallazgos relevantes. La IgA estaba elevada en el 65%. Alteraciones hepáticas funcionales –citólisis, colestasis– presentes en un 52%, o estructurales –esteatosis, hipertrofia–; o una combinación variable de leucopenia-trombopenia en el 45%, han sido otras anomalías observadas. Hubo gran consistencia en la mala percepción de la calidad de vida asociada al estado de salud evolutivo y peor valoración en Movilidad, Autocuidado personal, o Actividades cotidianas; o un 100% de Dolorimiento/malestar, en el día a día. La salud mental percibida osciló entre: "Más tisteza/depresión" (88%) a "más ansiedad o temor" (12%). El Índice sintético final reflejó, a nuestro juicio, una existencia muy medicalizada, escaso optimismo ante el futuro y un cierto desencanto respecto a sus expectativas de ser reconocidos "oficialmente" como víctima pasiva de la inhalación de polvo con uranio (autoevaluación desde 0 a 100, media y rango): 28 (12-50).

Discusión. Nos interesan los posibles efectos a largo plazo del uranio natural, incluido el riesgo tumoral, la toxicidad química del metal o las consecuencias neuropsicológicas. La inmensa mayoría de afectados están jubilados, pero el litigio persiste y siguen alegando síntomas o enfermedades causadas por la inhalación de polvo de uranio.

Podemos pensar que la concentración de partículas de diferente diámetro suspendidas en el polvo y los humos de la actividad minera, más la propia de los vehículos, el tabaco –fumaban por encima del 80%– y la de actividad posterior de limpieza (en lo que podríamos denominar "la zona cero" histórica de la FUA) debió alcanzar en el aire respirado niveles potencialmente contaminantes. Lamentablemente, no disponemos de este dato, ni lo tendremos. La contribución estrictamente "causal" de la inhalación de polvo de uranio y los diferentes daños aquí observados sólo puede establecerse mediante un experimento prospectivo diseñado con grupo control y bajo determinadas condiciones de ajuste. Sencillamente, ni ha existido este experimento ni parece éticamente aceptable. La alternativa epidemiológica –un análisis tipo casos y controles– no se he hecho hasta la fecha, y está en curso.

Conclusiones. En diferentes lugares del mundo se sigue realizando actividad extractiva de uranio natural "empobrecido". Para estas personas, este tipo de estudios puede tener importancia. En los denominados "Síndrome de los Balcanes o de la Guerra del Golfo" hay también un conjunto de alteraciones clínicas mal caracterizadas pero reales y persistentes que han sido atribuidas al uranio "empobrecido". Tenemos la certeza de que en el polvo que respiraron durante años los extrabajadores de la cohorte FUA no sólo había humos, sílice, óxidos o partículas diversas, sino, sobre todo, un metal químicamente tóxico y, además, aunque débil emisor de partículas alfa, innegablemente radioactivo. Pensamos que inhalar polvo de uranio ni fue inocuo ni puede serlo. In memoriam de los fallecidos que trabajaron en la FUA.

V-64

ANÁLISIS DE LA MORTALIDAD EN LOS SERVICIOS DE MEDICINA INTERNA PARA CALCULAR UNA TASA AJUSTADA A LOS ÉXITOS DE ESTOS SERVICIOS

C. Sanclemente¹, J. Tort², J. Altés³, M. Admetlla⁴, E. Rodríguez⁵, J. De Dios⁶, R. Tomás⁷ y J. Blanch⁸

¹Servicio de Medicina Interna. Hospital General de Vic, Barcelona. ²Servicio de Medicina Interna. Hospital de Terrassa, Barcelona. ³Servicio de Medicina Interna. Hospital Comarcal de l'Alt Penedès. Vilafranca del Penedès, Barcelona. ⁴Servicio de Medicina Interna. Hospital de Viladecans. Viladecans, Barcelona. ⁵Servicio de Medicina Interna. Hospital de l'Esperit Sant. Santa Coloma de Gramenet, Barcelona. ⁶Servicio de Medicina Interna. Fundació Sant Hospital. Seu d'Urgell (La), Lleida. ⁷Servicio de Medicina Interna. Hospital Universitari Sant Joan de Reus. Reus, Tarragona. ⁸Servicio de Medicina Interna. Hospital Residència Sant Camil. Sant Pere de Ribes, Barcelona.

Objetivos. Objetivo principal Cuantificar el valor de la tasa de mortalidad hospitalaria de los servicios de Medicina Interna para utilizarlo como "gold standard" en las comparaciones. Objetivos secundarios 1) Establecer las características clínicas y complejidad de los éxitus 2) Causas de muerte más frecuentes en los servicios de Medicina Interna 3) Detectar problemas en relación con el éxitus 4) Describir las actividades de las comisiones de mortalidad existentes en los otros hospitales o servicios participantes.

Material y métodos. Estudio descriptivo de la mortalidad en los Servicios de Medicina Interna de 9 hospitales de Cataluña, los sujetos del estudio son los pacientes fallecidos durante su hospitalización entre enero y diciembre de 2005. Se utilizó un protocolo de estudio adaptado de la mortalidad hospitalaria de la comisión de mortalidad del Hospital General de Vic. Analizamos los éxitus secundarios a problemas hospitalarios (ESPHs) definidos en 5 categorías: 1) Infección nosocomial, 2) Técnica diagnóstica-terapéutica, 3) Insuficiente valoración-retraso de tratamiento o profilaxis, 4) Incidente nocivo, 5) Problema organizativo-estructural.

Resultados. N total: 881 éxitus de 13938 altas, 50,2% eran varones, con una edad media de 81,1 años con un rango (35 a 100) el 71% de los pacientes estaban en un rango de edad de 70 a 89 años. El 20% de los pacientes mueren en las primeras 48 horas del ingreso y el 50% antes de los siete días. Las causas más frecuentes d'éxitus fueron: el accidente vascular cerebral (AVC) 13,4%, las neoplasias 10% las neumonías 9,7%, la insuficiencia cardíaca 9,5%, la EPOC 8,3%, cardiopatía isquémica 3,5%, otras causas 45,1%. La

edad fue superior en las neumonías y la insuficiencia cardíaca y menor en las neoplasias. La estancia media fue de 8,9 días, la EPOC tiene una estancia más alta y la cardiopatía isquémica menor. El ESPH más frecuente fue la infección nosocomial 36,3%, seguido del incidente nocivo 30,9%, la técnica diagnóstica-terapéutica un 21,8%, la insuficiente valoración un 10%, problema organizativo-estructural 0,9%, siendo la tasa global de 0,54% debido al número de ESPHs no podemos decir que existan diferencias entre los diferentes hospitales. De las 33 necropsias solicitadas (3,7%) se realizaron 12 (1,37%) con una correlación clínico-patológica del 75%. La Tasa de mortalidad de Medicina Interna aproximada es de 6,32%.

Conclusiones. La causa más frecuente de éxitus fue el AVC. El 20% de pacientes que mueren en las primeras 48 horas del ingreso no se diferencian por la edad. Existen diferencias estadísticamente significativas entre la edad y la causa de mortalidad: las pneumonías y la insuficiencia cardíaca son mayores y las neoplasias tienen una edad menor. Tanto en la edad como en la estancia media hay diferencias estadísticamente significativas entre los diferentes hospitales, existen diferencias significativas entre la estancia y el diagnóstico: el EPOC tiene la estancia más alta y la cardiopatía isquémica tiene la estancia significativamente menor. El porcentaje de ESPHs fue del 0,54% ajustándose a lo recomendado (0,5%), siendo el más frecuente la infección nosocomial. El número de necropsias fue muy bajo. Teniendo en cuenta que faltan por analizar algunos éxitus de 3 hospitales, la tasa de mortalidad aproximada de Medicina Interna es del 6,3%.

V-65

EVOLUCIÓN DE LOS INGRESOS POR EPOC EN UN HOSPITAL GENERAL: 1996-2004

M. Sanjaume¹, P. Almagro Mena¹, M. Rodríguez-Carballeira¹, P. Vázquez Belles¹, V. Pascual Granollers¹, T. Soler Ros² y J. Heredia Budo³

¹Servicio de Medicina Interna, ²Servicio Documentación Médica, ³Servicio de Neumología. Hospital Mutua de Terrasa. Terrasa, Barcelona.

Objetivos. Las hospitalizaciones por EPOC consumen un gran número de estancias hospitalarias. Estudios realizados en otros países demuestran un aumento progresivo de las mismas, debido sobre todo al incremento de ingresos en los pacientes mayores de 65 años. Nuestro objetivo es estudiar la evolución de los ingresos hospitalarios por EPOC en un hospital general, entre los años 1996 y 2004, así como conocer el impacto de los pacientes más ancianos en el número de hospitalizaciones.

Material y métodos. Se estudiaron retrospectivamente todos los episodios de hospitalización por descompensación de EPOC, en los años 1996 y 2004. Se incluyeron todas las altas en que figurase EPOC descompensado como diagnóstico principal o segundo diagnóstico. Se excluyeron aquellos en que el código principal fuese insuficiencia cardíaca izquierda, patología quirúrgica o traumatológica, neumonía, tromboembolismo pulmonar y los pacientes menores de 45 años. La edad se analizó como variable continua y posteriormente estratificada en menores de 64 años, 65 a 79 y 80 o más. Para el análisis estadístico se utilizó la prueba t de Student y el test de la Chi al cuadrado.

Resultados. Se analizaron un total de 1.228 hospitalizaciones. La edad media observada fue de 73,6 años (DE 10,22). El 18% de los episodios correspondían a menores de 65 años, 51% a pacientes de entre 65 y 79 años y el 31% a los mayores de 80 años. Las hospitalizaciones totales por EPOC pasaron de 521 en el año 1996 a 707 en el año 2004, lo que supone un aumento global del 35%. Los pacientes hospitalizados en el 2004 fueron significativamente más ancianos (p < 0,05). Cuando se analizan las hospitalizaciones por grupos de edad, el grupo de mayores de 80 años aumentó un 79% pasando de 137 a 246 ingresos (p < 0,001; OR 1,5; IC 95% 1,2-1,9), siendo además el único que lo hizo en proporción a los ingresos totales.

Conclusiones. Nuestros datos confirman el aumento del número de hospitalizaciones por EPOC, especialmente en los pacientes mayores de 80 años. Las características de este grupo de población deben propiciar cambios en nuestra práctica clínica.

V-66

HOSPITALIZACIÓN A DOMICILIO LLEIDA (2005-2006)

A. Solé Tresserres¹, N. Ramonet Sucarrat¹, L. Mambroña Giron² y J. Aguilà Santaularia¹

¹Hospitalización a domicilio. Hospital Universitari Arnau de Vilanova. Lleida. ²Servicio de Rehabilitación. Hospital de Santa María. Lleida.

Objetivos. La hospitalización a domicilio (HAD) permite mantener la calidad asistencial en la atención del enfermo en el domicilio. Así, se acorta y/o evita el ingreso hospitalario, se reduce las patologías asociadas al ingreso y, en definitiva, se disminuye el gasto sanitario. El objetivo de este estudio es describir la actividad asistencial de la HAD del hospital Arnau de Vilanova (HAV) en estos dos últimos años (2005-2006). **Material y métodos.** La HAD del HAV consta de cinco secciones: Medicina interna, cirugía general, ginecología, cirugía vascular y traumatología. Desde marzo del 2006 se añade otra unidad: Neonatología. Está formada por un equipo de dos médicos, tres diplomadas de enfermería, un supervisor de enfermería y una administrativa.

Resultados. En el año 2005 se realizaron 962 ingresos mientras que en el 2006 han sido 1.162, lo que constituye un aumento de la actividad del 20,79%. El número de ingresos en medicina interna ha aumentado, así como, en ginecología y traumatología. En cirugía vascular el número de ingresos se ha mantenido estable y en cirugía general ha disminuido. La estancia media ha aumentado en todos los servicios excepto en ginecología (7,6 días en 2005 a 5,8 en 2006). En cambio, el número de reingresos hospitalarios ha disminuido de 7,38% en el 2005 a 6,36% en el 2006. Se efectuaron 5.082 visitas en días laborables y 1.683 en días festivos en el 2005, mientras que, en el 2006 se han realizado 6.705 en laborables y 1693 en festivos. Centrándonos en medicina interna, en el año 2005 se ingresaron a 413 pacientes y en el 2006 han ingresado 470. Más del 80% de los pacientes tienen una edad superior a 60 años y un 35% son mayores de 80. Un 55% son varones y un 45% son mujeres. El 49,1% de los ingresos proceden del servicio de medicina interna, el resto, son remitidos principalmente, desde; neumología, urgencias y asistencia primaria. La patología médica más frecuente es la enfermedad pulmonar obstructiva crónica, la segunda la insuficiencia cardíaca y la tercera las infecciones.

Conclusiones. Las HAD proporcionan asistencia de rango hospitalario realizando una actividad intensa, compleja y limitada en el tiempo, convirtiéndose en alternativas asistenciales válidas y muy rentables.

Tabla 1. Estancia media (V-66).

	2005	2006
Medicina Interna	6,48	8,41
Vascular	18,21	22,31
Cirugía	9,27	10,84
Ginecología	7,60	5,82
Traumatología	16,60	16,89
Neonatología		11,77

Tabla 2. Número de ingresos (V-66).

	2005	2006
Medicina Interna	413	470
Vascular	48	51
Cirugía	206	167
Ginecología	196	258
Traumatología	99	185
Neonatología	-	31

V-67

SÍNDROME DE FATIGA CRÓNICA: PERSPECTIVA CLÍNICA DEL INTERNISTA

M. Estébanez Muñoz¹, J. Barbado Hernández¹, J. Gómez Cerezo¹, M. López Rodríguez¹, B. Pagán Muñoz¹, P. Ruiz Seco² y J. Vázquez Rodríguez¹

¹Servicio de Medicina Interna, ²Servicio de Reumatología. Hospital Universitario la Paz. Madrid.

Objetivos. Evaluar las manifestaciones clínicas y el diagnóstico de los enfermos remitidos por sospecha de síndrome de Fatiga Crónica

Tabla 1. Criterios menores de SFC y porcentaje de pacientes que cumplen esos criterios (V-67).

Alteración concentración o memoria	Odinofagia	Adenopatías	Mialgias	Poliartralgias	Cefalea	Alteraciones del sueño	Malestar postesfuerzo
58%	50%	16%	100%	58%	58%	58%	100%

(SFC) a una Consulta Externa de Medicina Interna de un Hospital Universitario.

Material y métodos. Sujetos Enfermos evaluados desde junio de 2006 a junio de 2007. Diseño y variables de estudio. Se realizó un protocolo clínico con la forma de presentación, características y síntomas acompañantes de la fatiga, según los criterios de Fukuda (CDC 1994) para el diagnóstico de SFC. Se incluyó hemograma, bioquímica general, proteinograma, enzimas musculares, hormonas tiroideas, estudio de coagulación, urinoanálisis, ecografía abdominal y radiografía de tórax. Según la presentación clínica se solicitó: serologías (VEB, CMV, virus herpes, VHB, VHC y toxoplasma), cortisol, estudio inmunológico y EMG. Análisis estadístico: los datos obtenidos fueron analizados por el paquete estadístico SPSS 13.0.

Resultados. Se recogieron 12 pacientes (86% mujeres), 10 de los cuales cumplían criterios diagnósticos, con una mediana de edad de 47 años (35-59). La duración media de la fatiga como síntoma principal fue de 7 años. En la tabla 1 se recogen los criterios menores y el porcentaje de presentación de cada uno. El 70% de los pacientes tenía al menos una serología positiva para virus. El 58% estaba en tratamiento antidepressivo tricíclico durante al menos 6 meses, el 18% estaba con un inhibidor de la recaptación de serotonina. El EMG fue normal en el 70%, encontrándose hallazgos inespecíficos en el 30%. El 17% presentaba criterios de fibromialgia.

Discusión. El síndrome de fatiga crónica se diagnostica según el cumplimiento de los criterios propuestos por Fukuda en 1994. Sin embargo, se desconoce la etiología, los mecanismos patogénicos y no existe ningún tratamiento específico. Esta complejidad hace que algunos autores consideren esta entidad dentro de los "trastornos del espectro afectivo". El solapamiento con la fibromialgia, y otros trastornos de difícil clasificación y el soporte exclusivo en criterios clínicos, dificultan al internista el diagnóstico y manejo de estos enfermos. El interés creciente entre la sociedad y los medios de comunicación no científicos por esta entidad hace que esté aumentando como motivo de consulta entre la medicina de Atención Primaria y especializada. Por esto, desarrollamos un protocolo de evaluación que facilitara la decisión diagnóstica y sirviera para tratar con el mayor rigor científico este síndrome. Tras analizar los datos destaca el predominio del sexo femenino; la larga duración de la fatiga previo a nuestra evaluación (el 83% había sido evaluados ya por al menos dos especialistas) y la alta frecuencia del tratamiento con psicofármacos no relacionado al diagnóstico de una enfermedad psiquiátrica. Ninguno de los pacientes presentó alteraciones biológicas o en las pruebas de imagen que pudieran justificar la astenia prolongada, por lo que tras nuestra evaluación 11 de los 12 enfermos evaluados se clasificaron como SFC.

Conclusiones. 1) Existe una mayor prevalencia del sexo femenino. 2) Se advirtió predominio de síntomas osteomusculares. 3) Alta frecuencia de tratamiento con psicofármacos no relacionado con enfermedad psiquiátrica diagnosticada. 4) Baja frecuencia de asociación con fibromialgia.

V-68

INFLUENCIA DE LA DERIVACIÓN A UN SERVICIO DE MEDICINA INTERNA EN EL SEGUIMIENTO DE PACIENTES ALCOHÓLICOS

M. Marcos Martín¹, P. Ávila Alonso², J. Ávila Escribano², y F. Laso Guzmán¹

¹Servicio de Medicina Interna II. Unidad de Alcoholismo. Hospital Universitario de Salamanca. H. Clínico. Salamanca.

²Unidad de Tratamiento del Alcoholismo. Complejo Asistencial de Salamanca. Salamanca.

Objetivos. El alto grado de abandono de los programas de tratamiento constituye uno de los principales problemas terapéuticos del alcoholismo. El objetivo de nuestro trabajo fue analizar la eficacia de la inclusión de especialistas de Medicina Interna en cuanto al grado de

abstinencia y retención de pacientes alcohólicos tratados de forma ambulatoria.

Material y métodos. Realizamos un estudio retrospectivo longitudinal comparando 200 pacientes atendidos en la Unidad de Tratamiento del Alcoholismo (UTA) del Consorcio Hospitalario de Salamanca, con 100 pacientes atendidos conjuntamente por esa unidad y por la Unidad de Alcoholismo del Servicio de Medicina Interna II (UAMI) del Hospital Universitario de Salamanca. Se obtuvieron de las historias clínicas las variables referidas a parámetros sociodemográficos, al consumo de alcohol, a la comorbilidad médica y psiquiátrica asociadas, parámetros analíticos y datos de seguimiento. Se analizaron las diferencias en la abstinencia y la retención de los pacientes a los 3, 6 y 12 meses de evolución, mediante análisis univariante y regresión logística multivariante.

Resultados. La edad media de nuestros pacientes fue 44,53 ± 10,97 años. El 87,7% eran varones, el 55,3% de los pacientes estaba casado y el 77,3% tenía una situación laboral activa. Los pacientes derivados a la UAMI presentaban de forma estadísticamente significativa una mayor frecuencia de dependencia de alcohol y síntomas de abstinencia, y percibían con mayor gravedad su problema. Asimismo, recibieron tratamiento para el alcoholismo con mayor frecuencia y presentaban menos diagnósticos psiquiátricos. Al analizar los índices de abstinencia y retención a los 3, 6 y 12 meses para las dos cohortes de pacientes, se constató de forma significativa una mayor retención y abstinencia en el grupo derivado a la UAMI a los 3 y 12 meses de seguimiento. Asimismo, presentaron una mayor retención y abstinencia a los 12 meses en el análisis univariante los pacientes de mayor edad, del medio rural, de estado civil casado, los que padecían un problema médico asociado, y los que recibieron tratamiento para el alcoholismo. Los factores asociados de forma independiente y estadísticamente significativa con la abstinencia a los 12 meses en el análisis multivariante fueron estar casado (OR = 2,037; p = 0,007), tener una edad mayor de 44 años (OR = 1,754; p = 0,032) y recibir tratamiento para el alcoholismo (OR = 2,314; p = 0,032), con una tendencia estadística a favor de la derivación a la UAMI (OR = 1,618, p = 0,082). Los factores que se asociaron de forma independiente con la retención a 12 meses fueron la derivación a la UAMI (OR = 1,927, p = 0,010) y el estar casado (OR = 2,287, p = 0,001).

Discusión. En los individuos atendidos conjuntamente por la UTA y la UAMI, los índices de abstinencia y retención fueron significativamente superiores con respecto a los no derivados a la UAMI, manteniendo la significación en el análisis multivariante para la retención al cabo de un año de seguimiento. Estos hallazgos son explicables por el posible aumento de motivación del paciente al percibir que su enfermedad es atendida de forma integral.

Conclusiones. La importancia de nuestro estudio, el primero de este tipo que se comunica en la literatura, radica en la posibilidad de mejorar los resultados del tratamiento del alcoholismo mediante un abordaje interdisciplinario que incluya a especialistas de Medicina Interna.

V-69

UNA NUEVA VARIANTE GENÉTICA IMPLICADA EN LA SUSCEPTIBILIDAD A CIRROSIS ALCOHÓLICA: -330T > G DEL GEN IL-2

M. Marcos Martín¹, S. Inés Revuelta¹, I. Pastor Encinas¹, R. González-Sarmiento² y J. Laso Guzmán¹

¹Servicio de Medicina Interna II. Unidad de Alcoholismo.

Hospital Universitario de Salamanca. H. Clínico. Salamanca.

²Unidad de Medicina Molecular. Facultad de Medicina. Universidad de Salamanca, Salamanca.

Objetivos. Sólo desarrollan cirrosis hepática alcohólica un 8-20% de los bebedores en exceso, habiéndose implicado en esta variabilidad factores genéticos. En los pacientes con cirrosis alcohólica se ha

encontrado un descenso de la interleucina (IL) -2 y esta citocina se ha implicado también en otras causas de cirrosis hepática. El polimorfismo -330T > G del gen de la IL-2 se ha asociado con cambios en los niveles séricos de dicha interleucina. Por tanto, analizamos este polimorfismo en pacientes alcohólicos sin enfermedad hepática alcohólica y pacientes alcohólicos con cirrosis hepática para valorar posibles diferencias en su distribución.

Material y métodos. Se identificó mediante técnicas de reacción en cadena de la polimerasa el polimorfismo mencionado en 257 pacientes alcohólicos hombres, 96 de ellos con cirrosis hepática y 161 sin enfermedad hepática alcohólica. 101 voluntarios sanos se utilizaron como controles. El análisis estadístico se realizó mediante el test de la chi-cuadrado y mediante regresión logística multivariante para ajustar por factores de confusión y para establecer el modelo de herencia.

Resultados. La distribución de las frecuencias de los diferentes genotipos en los pacientes controles cumplía el equilibrio de Hardy-Weinberg y es similar a las frecuencias halladas previamente en pacientes caucásicos. Encontramos una asociación entre el polimorfismo -330T > G del gen de la IL-2 y la cirrosis hepática alcohólica, de forma que la frecuencia de los portadores del alelo T (genotipos TT y GT) fue significativamente superior en alcohólicos con cirrosis que en aquellos sin enfermedad hepática alcohólica (96,9% frente a 89,4%; $p = 0,037$, $OR = 0,238$ [IC 95% = 0,06-0,92]). No se encontraron diferencias en la distribución de este polimorfismo entre pacientes alcohólicos y pacientes controles.

Discusión. La posesión del alelo T en posición -330 de la región promotora del gen de la IL-2 se asocia con un riesgo más alto de padecer cirrosis hepática alcohólica. Este alelo se ha relacionado con una menor producción de IL-2, por lo que juntando este dato con los niveles descendidos de esta citocina encontrados en pacientes con cirrosis alcohólica, parece que este polimorfismo puede favorecer la progresión de la enfermedad hepática alcohólica hacia cirrosis.

Conclusiones. El polimorfismo -330T > G del gen de la IL-2 puede contribuir a la susceptibilidad individual al desarrollo de enfermedad hepática alcohólica.

V-70
AFECTACIÓN DEL EJE HIPÓFISIS-SUPRARRENAL TRAS EL ESTRÉS DE LA CIRUGÍA CARDÍACA

L. Bartolome¹, C. Culebras², M. Glucksmann³, A. Guerrero⁴, Z. Santos⁵, E. Bosch³, M. Irurita² y V. Nieto²
¹Servicio de Endocrinología, ²Servicio de Cardiología, ³Servicio de Nefrología, ⁴Anestesia, ⁵Servicio de Medicina Interna.
Hospital Universitario Insular de Gran Canaria.
Las Palmas de Gran Canaria.

Objetivos. Detallar de forma sencilla y factible las variaciones de este eje hormonal, con la cirugía cardíaca (CX). Analizamos para ello hormonas esteroideas: glucocorticoides (ACTH-cortisol), mineralocorticoides (aldosterona), andrógenos (deshidroepiandrosterona); más la renina.

Material y métodos. Tenemos datos de 50 pacientes con cirugía programada, sin constancia de enfermedad suprarrenal; con una edad 59 ± 11 años, índice de masa 26 ± 3 , fracción eyección 58 ± 11 , y tiempos quirúrgicos medios (anestesia 240 min., bomba 66 min., clampaje 111 min.), ventilación mecánica 14 h, en cuidados intensivos $3,4 \pm 1,2$ días. Analizamos el eje antes de la cirugía 48 hrs., tras la misma 24 h y al 5 día.

Resultados. Ver tabla adjunta: Consideramos significativa una $p < 0,05$. Existen modificaciones claras del cortisol, aldosterona y la renina de forma inmediata y, más tardía de la DHEA.

Tabla 1. Resultados (V-70).

	Antes 48 h	A las 24 h	Al 5º día
Cortisol µg/dl	19,23	53,5*	37,6*
ACTH pg/ml	13,93	16,14	11,65
DHEA µg/dl	948,66	1270	1367*
Aldosterona ng/dl	97,34	163,98*	140,87
Renina ng/dl	12,48	19,68*	14,10

Conclusiones. Existe una activación del eje hipófisis suprarrenal tras la cirugía cardíaca. Motivado esencialmente por el estrés quirúrgico, la depleción de volumen, y las alteraciones electrolíticas, esto se deduce, por su precocidad de aparición y control.

V-71
MODIFICACIÓN DEL EJE GH- IGF-I TRAS LA CIRUGÍA CARDÍACA

Z. Santos⁵, C. Culebras², A. Guerrero⁴, L. Bartolome¹, E. Bosch³, C. Glucksmann³, M. Irurita² y V. Nieto²
¹Servicio de Endocrinología, ²Servicio de Cardiología, ³Servicio de Nefrología, ⁴Anestesia, ⁵Servicio de Medicina Interna.
Hospital Universitario Insular de Gran Canaria.
Las Palmas de Gran Canaria.

Objetivos. Sabemos que las hormonas de crecimiento se modifican tras los estados de estrés, angustias o emociones, pero no sabemos cuanto se mantienen alteradas y si afectan a todas por igual. **Objetivos:** valorar el grado de modificaciones del eje hormona de crecimiento (GH) y factor de crecimiento similar a la insulina tipo I (IGF-I) tras la cirugía cardíaca.

Material y métodos. Recogimos a 50 pacientes con cirugía cardíaca programada, y analizamos los valores de GH y la IGF1, 48 h antes de la cirugía, y tras la misma a las 24 h y al 5 día. Las características generales: edad 59 ± 11 , varones 70%, índice de masa corporal 26 ± 5 , fracción de eyección 58 ± 11 ; tiempos medios (anestesia 240 min, bomba 66 min, clampaje 111 min), ventilación mecánica 14 h, días en cuidados intensivos $3,9 \pm 1,2$, balón de contrapulsación 4%.

Resultados. Ver tabla. Consideramos significativo un valor de $p < 0,05$ El valor de GH ascendió significativamente a las 24 horas de la intervención, normalizándose a los 5 días. Por el contrario, los valores de IGF-I permanecieron sin cambios.

Conclusiones. La GH es una hormona de estrés que responde a la cirugía cardíaca, no así el IGF-I que se mantiene sin cambios, a pesar de que su expresión es mediada por la GH.

Tabla 1. Resultados (V-71).

	Basal	A las 24 h	Al 5º día
GH ng/ml	1,64	7,8*	2,5
IGF1 ng/ml	189,87	180,60	167,0

V-72
CIRUGÍA CARDÍACA COMO CAUSA DEL TRASTORNO TEMPORAL DEL EJE TIROIDEO. ¿EXISTE ALGUNA VARIABLE DETERMINANTE?

L. Bartolome¹, C. Culebras², J. Velayos⁶, Z. Santos⁵, A. Guerrero⁴, C. Glucksmann³, L. Calvo⁵ y V. Nieto²
¹Servicio de Endocrinología. Hospital Universitario Materno-Infantil De Canarias. Palmas De Gran Canaria (Las), Las Palmas. ²Servicio de Cardiología, ³Servicio de Nefrología, ⁴Anestesia, ⁵Servicio de Medicina Interna, ⁶Servicio de Medicina Intensiva. Hospital Universitario Insular de Gran Canaria.
Las Palmas de Gran Canaria.

Objetivos. Valorar las alteraciones del eje tiroideo tras cirugía cardíaca, su temporalidad y las posibles variables que lo determina.

Material y métodos. Recogimos datos de 50 pacientes sin patología tiroidea conocida con cirugía cardíaca (CX) programada, 50% coronaria, 50% valvular. Analizamos sus hormonas tiroideas, antes (48 h) y tras la CX (24 h y 5 día) y las confrontamos con sus características que eran: varones 70%, edad $59,6$ a, índice de masa $26,2$ g/m², fracción de eyección 56 ± 16 ; tiempos medios (anestesia 240 min, bomba 66 min, clampaje aórtico 111 min), ventilación mecánica 14,9 horas; días en cuidados intensivos 3,4; necesidad de balón (4%) y el tipo de CX.

Resultados. Ver tabla. Consideramos significativa una $p < 0,05$ (*) No hemos encontrado ninguna variable de las analizadas que sea estadísticamente determinante para las diferencias hormonales, salvo una tendencia en el tiempo de bomba ($p 0,058$).

Conclusiones. Tras la cirugía se produce una caída hormonal temporal que podría relacionarse con un hipotiroidismo funcional, probablemente de protección, no encontrando ninguna variable para justificarlo, salvo el propio traumatismo quirúrgico.

Tabla 1. Resultados (V-72).

Variable	Basal	A las 24 h	Al 5º día
TSH µ/ml	2,24	1,12*	2,56
T3 ng/dl	0,85	0,45*	0,70
T3 libre ng/dl	4,88	3,95*	4,44*
T3 inversa ng/dl	30,51	55,29*	37,18*
T4 µ/dl	83,60	63,12*	79,09
T4 libre ng/dl	1,34	1,13*	1,33

V-73

EPIDEMIA DE DIARREA POR CLOSTRIDIUM DIFFICILE
M. Villalba García, E. Oliveros, I. García Sánchez,
M. Gómez Antunez, E. Vilalta Castell, R. Salomón Pérez
y E. Vilalta Castell

Unidad de Medicina Interna D. Hospital General Gregorio Marañón. Madrid.

Objetivos. La diarrea por *Clostridium difficile* (CDAD), es la causa más común de diarrea adquirida en el hospital incrementando por tanto la mortalidad, estancia y coste. La disrupción de la flora comensal intestinal debido al alto uso de antibióticos resulta en la superinfección por este agente. Hospitales y centros de larga estancia han reportado epidemias de diarrea causadas por este agente, facilitadas por la transmisión del propio personal hospitalario. Las recurrencias se producen en el 20-25% y entre un 3-5% presentan más de 6 recaídas. Nuestro objetivo fue analizar las características de los casos aparecidos en el periodo de un mes en nuestra sección de Medicina Interna compuesta de 30 camas.

Material y métodos. Analizamos los datos clínicos, epidemiológicos, el antibiótico implicado, estudio diagnóstico, la aparición de complicaciones y evolución, tratamiento aplicado y la existencia de recaídas así como de mortalidad en nuestros siete pacientes con diarrea por *Clostridium difficile* aparecidos en este periodo de tiempo.

Resultados. Encontramos 7 casos de CDAD, 85% (6 pacientes) fueron mujeres, la media de edad fue 79 (52-90), eran DM 14% (1 paciente), Insuficiencia renal crónica 28% (2 pacientes), toma de esteroides o IS 43% (3 pacientes), incontinencia 28% (2 pacientes). Ningun paciente, presentó neoplasia ni precisaba alimentación por SNG. El motivo de ingreso más frecuente fue neumonía 43% (3 pacientes), ITU 28% (2 pacientes), meningitis 14% (1 paciente). El antibiótico más frecuentemente implicado fue las cefalosporinas 43% (3 pacientes) seguido de las quinolonas y de los aminoglicósidos. La aparición de los síntomas se produjo a los 10,2 días (2-17) del inicio de la toma del antibiótico implicado. El dolor abdominal apareció en el 57% (4 pacientes), vómitos 28% (2 pacientes) y fiebre en el 57% (4 pacientes), apareció shock en 3 casos. El nº de leucocitos medio fue de 20.185 (5.400-39.000) y el de proteínas 5,1 (2,1-6-6). Se realizó TAC en 70% (5 pacientes) presentando signos de colitis inespecífica en 3 casos, así como en 2 de los casos casos a los que se les realizó colonoscopia. En 2 casos hubo recidiva y uno de ellos recidivó en 2 ocasiones. Cuatro pacientes fallecieron. La estancia media fue de 18 días.

Discusión. Llama la atención la alta incidencia en nuestros casos de esta patología 28/1.000 ingresos, superior a la descrita en la literatura pudiendo atribuirse al hacinamiento sufrido en dicho periodo dada la sobrecarga asistencial acaecida en el mismo. A pesar del bajo número de casos de nuestra serie destaca la gravedad y alta mortalidad en nuestros casos que bien podría ser atribuida a la edad avanzada de los mismos. Ninguno de nuestros pacientes presentaba neoplasia subyacente conocida aunque sí inmunosupresión farmacológica en tres de los casos, importantes factores de riesgo referidos en las series previas. Llama la atención la alta frecuencia aparecida del sexo mujer, la fácil aparición de reacción leucemoide y los signos de shock. Destacamos como antibiótico más frecuentemente implicado la utilización de cefalosporinas, no habiendo encontrado en nuestra serie ningún caso en relación con el uso de clindamicina como ha sido descrito en la literatura.

Conclusiones. Destacamos en nuestra serie: 1) Un elevado número de casos aparecidos en un corto periodo de tiempo en relación con los casos aparecidos en otros periodos y épocas del año en nuestro hospital. 2) Llama la atención la alta frecuencia de recidivas. 3) A pesar de presentar un número reducido de casos en nuestra serie, destaca la gravedad de los mismos con aparición de shock en muchos de ellos así como la alta mortalidad en relación con la descrita en la literatura de esta entidad.

V-74

PREVALENCIA DEL SÍNDROME METABÓLICO Y OTROS FACTORES DE RIESGO CARDIOVASCULAR EN LA UNIDAD DE HIPERTENSIÓN DE UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL

C. Glucksmann¹, P. Rossique², L. Calvo³, A. Guerrero⁴
A. Ramírez¹, D. Checa¹, Z. Santos³ y C. Culebras²

¹Servicio de Nefrología, ²Servicio de Cardiología, ³Servicio de Medicina Interna, ⁴Anestesia. Hospital Universitario Insular de Gran Canaria. Las Palmas de Gran Canaria.

Objetivos. Determinar la prevalencia del Síndrome Metabólico (SM) en pacientes vistos en la Unidad de Hipertensión (UHTA) de nuestro hospital, así como analizar la prevalencia de otros factores de riesgo cardiovascular, lesión de órgano diana y las enfermedades clínicas asociadas, en relación con la presencia de SM.

Material y métodos. Se incluyeron 186 pacientes hipertensos vistos de forma consecutiva en la UHTA durante el 2006. Recogimos las variables: edad, sexo, parámetros antropométricos, TA, perfil lipídico, Diabetes mellitus (DM)/Glucemia basal alterada, uricemia, creatinina, microalbuminuria, proteína C reactiva, presencia de hipertrofia ventricular izquierda (HVI), enfermedades asociadas, número de fármacos anti HTA. La definición de SM se realizó según la *International Diabetes Federation* (IDF) y *Adult Treatment Panel* (ATP III). **Resultados.** Varones (56%), edad media de 53 años. Se observó una prevalencia de SM del 68% según criterios de ATP III y 74% según la IDF, siendo significativa la diferencia entre sexos, 80,2% de las mujeres frente a un 58,1% en varones. El perímetro de cintura medio fue 99,3 cm en mujeres y 101,1 en varones. El 24% presentaba DM, el 49% obesidad, 63% dislipemia, y 49,3% tenían HVI. El 30,4% microalbuminuria, 40% cardiopatía asociada y el 46% enfermedad renal. Los SM tenían mayor edad, TA sistólica, perímetro de cintura, índice de masa corporal y mayor número de fármacos anti HTA (p < 0,05). Los pacientes con SM tenían más HVI, enfermedad cardíaca y renal (p < 0,05).

Conclusiones. Existe alta prevalencia de SM en pacientes que acuden a la UHTA, hay una proporción mayor de mujeres en relación a hombres (p < 0,05). La presencia de SM parece asociarse con mayor severidad de la HTA, riesgo cardiovascular más elevado y mayor lesión de órgano diana.

V-75

SÍNDROME ANTIFOSFOLIPÍDICO PRIMARIO VERSUS ASOCIADO A LUPUS ERITEMATOSO SISTÉMICO: ANÁLISIS DE 184 EMBARAZOS

M. Martínez Zamora¹, G. Espinosa², S. Muñoz-López¹,
D. Tàssies³, F. Carmona¹, J. Reverter³, R. Cervera²
y J. Balasch¹

¹Institut Clínic de Ginecologia, Obstetrícia i Neonatologia, ²Servicio de Enfermedades Autoinmunes, ³Servicio de Hemoterapia y Hemostasia. Hospital Clínic i Provincial de Barcelona. Barcelona.

Objetivos. Analizar y comparar el resultado materno y fetal de las gestaciones entre las pacientes con síndrome antifosfolipídico primario (SAFP) y asociado a lupus eritematoso sistémico (SAF-LES).

Material y métodos. Se incluyeron 184 embarazos en 142 pacientes (118 embarazos en 90 pacientes con SAF-P y 66 embarazos en 52 pacientes con SAF-LES). Las pacientes con historia obstétrica previa fueron tratadas con ácido acetilsalicílico (AAS) a dosis bajas desde el periodo preconcepcional. Aquéllas con historia trombótica previa o en las que el AAS se había mostrado ineficaz en anteriores

embarazos se trataron con heparina de bajo peso molecular (HBPM) y dosis bajas de AAS. En todas las pacientes se llevó a cabo una estricta monitorización obstétrica.

Resultados. Las pacientes con historia trombotica previa tuvieron 39 embarazos (25% en el grupo de SAFF y 14% en el SAF-LES; $p = 0,061$). La HBPM se prescribió en el 32% de las gestaciones de pacientes con SAFF y en el 20% de SAF-LES ($p = 0,27$). No hubo diferencias entre los dos grupos en las pérdidas embrionarias (antes de la semana 10) (11,8% vs 12%; $p = 0,1$), muertes fetales (8,5% vs 4,5%; $p = 0,25$), desarrollo de preeclampsia (5,2% vs 4,9%; $p = 0,105$), prematuridad (18% vs 10%; $p = 0,57$) y partos por vía vaginal (62% vs 68%; $p = 0,4$). Diez pacientes en el grupo de SAFF presentaron eventos tromboticos durante la gestación o el puerperio (6 estaban en tratamiento con HBPM durante la gestación y 4 tenían antecedentes tromboticos). Ninguna paciente con SAF-LES tuvo ningún evento trombotico ($p = 0,059$). No hubo ninguna muerte materna. Se obtuvo un recién nacido vivo en el 80% de casos de SAFF y en el 83,5% de SAF-LES.

Conclusiones. En pacientes con SAFF y SAF-LES, la estricta monitorización obstétrica, el control por un equipo multidisciplinario y el uso de tratamiento antitrombotico fue eficaz en la reducción de la mortalidad fetal, a pesar de la elevada incidencia de complicaciones obstétricas y fetales. No existieron diferencias entre el resultado materno y perinatal entre los dos grupos de pacientes, aunque las gestantes con SAFF con trombosis previas pueden tener un riesgo más alto de fenómenos tromboticos durante la gestación y el puerperio.

V-76

EL TRATAMIENTO CON INFLIXIMAB ES EFICAZ EN CASOS CON UVEÍTIS POSTERIORES REFRACTARIAS

G. Espinosa¹, S. Ortiz², V. Hernández³, J. Molina¹, A. Adán², R. Sanmartí³ y R. Cervera¹

¹Servicio de Enfermedades Autoinmunes, ²Instituto Clínico de Oftalmología, ³Servicio de Reumatología. Hospital Clínic i Provincial de Barcelona. Barcelona.

Objetivos. Evaluar la eficacia y seguridad de infliximab en el tratamiento de pacientes con uveítis posteriores refractarias a corticoides e inmunodepresores.

Material y métodos. Se ha analizado de forma retrospectiva un grupo de 9 pacientes (4 varones y 5 mujeres, edad media 34 años, rango 14-56) diagnosticados de diferentes uveítis posteriores no infecciosas refractarias al tratamiento inmunodepresor y en los que se ha iniciado infliximab. Entre 2005 y 2007 se administró infliximab (5 mg/kg) a las 0, 2, 6 y posteriormente cada 8 semanas. Se ha evaluado la eficacia y seguridad mediante: medición de la agudeza visual, grado de inflamación ocular, reducción del edema macular quístico medido con tomografía de coherencia óptica (OCT), número de brotes durante el tratamiento, reducción de fármacos previos y la aparición de efectos adversos relacionados con infliximab.

Resultados. Tres pacientes tenían una enfermedad de Behçet, 2 una fibrosis subretiniana difusa, 2 una sarcoidosis, 1 una artritis crónica juvenil y 1 una coroiditis multifocal. La media del seguimiento fue de 27 semanas (rango 1-80) y los pacientes recibieron una media de 5 infusiones (rango 1-12). Todos los pacientes experimentaron una mejoría en el grado de inflamación ocular, una mejoría de la agudeza visual (2 pacientes menos de dos líneas de Snellen, 4 pacientes mejoraron entre 2 y 3 líneas y 3 pacientes incrementaron su agudeza visual en más de tres líneas) y una disminución del edema macular quístico medido por OCT. Sólo se produjo un brote en un paciente (enfermedad de Behçet) tras el inicio del tratamiento. En 4 de los 9 pacientes se pudieron retirar los fármacos inmunodepresores y en los 9 se disminuyó la dosis de glucocorticoides. Un paciente tuvo que suspender el tratamiento por una infección (prostatitis).

Conclusiones. Infliximab se ha mostrado eficaz y seguro en la mayor parte de nuestros casos de uveítis posteriores refractarias. Permite, en la mayoría de los pacientes, la retirada o disminución de los tratamientos sistémicos con fármacos inmunodepresores. En consecuencia, el infliximab es una opción terapéutica en casos seleccionados de uveítis posteriores refractarias no infecciosas.

V-78

REVISIÓN DE PERICARDITIS AGUDAS INGRESADAS EN EL SERVICIO DE MEDICINA INTERNA DEL HOSPITAL GENERAL DE CIUDAD REAL

M. Sidahi, J. Yanes, M. Clemente, M. Lázaro, J. Ros, P. Calderón, A. Ruíz y M. Monroy

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

Objetivos. Realización de un estudio descriptivo retrospectivo de todos los casos de Pericarditis aguda atendidos en el Servicio de Medicina Interna del Hospital General de Ciudad Real en los últimos seis años.

Material y métodos. Para la realización del estudio se revisaron todas las historias clínicas codificadas con el diagnóstico de pericarditis aguda, ingresada en el servicio de Medicina Interna, durante el período comprendido entre el año 2000 y 2006, obteniéndose como resultado una serie de 32 casos.

Resultados. De los 32 casos estudiados, el 75% fueron hombres (24 pacientes) y el 25% mujeres (8 pacientes). La edad media de la serie fue de 50,8 años, siendo de 44,67 años en hombres y 69,25 años en mujeres. La estancia media fue de 12,03 días. La distribución por etiologías dentro de nuestra serie fue: idiopática 37,5%, viral 28,12%, lúpicas 9,38%, purulentas 9,38%, otras 15,63%. Dentro de las manifestaciones típicas de la Pericarditis aguda presentaron dolor torácico el 78,13%, roce pericárdico el 12,5%, cambios evolutivos en el EKG el 46,87% y derrame pericárdico el 78,13%. Del total de casos sólo uno cumplía los cuatro criterios, el 81,25% presentaba dos o tres criterios y en un 15,62% se realizó el diagnóstico de pericarditis aguda presentando un único criterio.

Discusión. La pericarditis aguda es una inflamación súbita del pericardio que a menudo es dolorosa y provoca el derrame de líquido y productos de la sangre en el espacio pericárdico. El diagnóstico se establece en base a cuatro criterios que son: dolor torácico típico, roce pericárdico, derrame pericárdico y alteraciones electrocardiográficas evolutivas; al menos deben estar presentes dos de los cuatro anteriores. En nuestra serie la pericarditis aguda es mucho más frecuente en varones, además en ellos ésta se presenta a edades más tempranas que en mujeres; destacar que, en el caso de los varones, 5 de los 24 casos ocurrieron en pacientes menores de 30 años; no apareciendo ningún caso en mujeres en ese grupo de edad. Las etiologías más frecuentes fueron la vírica y la idiopática, resultados similares a los aparecidos en otras series; en algunas series estas son consideradas como una única etiología. Nosotros creemos que, dado el curso benigno de las pericarditis diagnosticadas como víricas, no sería necesaria la realización de estudios serológicos para la confirmación etiológica en estos casos, ya que el tratamiento sería similar. Sólo en caso de sospecha de otras causas o evolución torpida se debería de realizar estudios con el objetivo de filiar la etiología, pues pueden precisar tratamiento específico. Sería interesante la realización de estudios más extensos que englobaran todos los casos de pericarditis atendidos en otros servicios del hospital, con objeto de completar los resultados obtenidos.

Conclusiones. En la mayoría de los casos no se consigue alcanzar un diagnóstico etiológico de certeza, clasificándose como víricas o idiopáticas y presentando éstas un curso benigno. Por ello no creemos necesaria la realización de pruebas complementarias específicas en todos los casos.

V-79

ESTUDIO DESCRIPTIVO DE LAS DIFERENCIAS ENTRE LOS PACIENTES MAYORES Y MENORES DE 65 AÑOS INGRESADOS EN UN SERVICIO DE MEDICINA INTERNA

I. Fidalgo López, M. Gallego Villalobos, A. García Bernárdez, M. Rivas Carmenado, P. Villaverde Amieva y E. Vallina Álvarez

Servicio de Medicina Interna I. Hospital Universitario Central de Asturias. Oviedo, Asturias.

Objetivos. Realizar un estudio descriptivo de las diferencias entre los pacientes mayores y menores de 65 años ingresados en un servicio de Medicina Interna de un Hospital de Tercer nivel.

Material y métodos. Estudio descriptivo transversal que incluye a los pacientes ingresados del 1 de enero de 2006 al 30 de junio de 2006.

Se recogen datos epidemiológicos, procedencia, y diagnóstico al alta. Los datos son recogidos de los informes de alta.

Resultados. Se registraron 571 pacientes ingresados en uno de los dos servicios de medicina interna de un hospital de tercer nivel. De ellos 218 (38,18%) son menores de 65 años y 353 (62,82%) son mayores. En los menores de 65 años hay 89 mujeres (40,83%) y las patologías más frecuentes fueron: 60 VIH (27,52%), 27 intoxicaciones medicamentosas (12,38%), 15 celulitis (6,88%), 13 neoplasias (5,96%), 11 anemias (5,05%), 10 mononucleosis infecciosas (4,58%) y 10 infecciones respiratorias/neumonía (4,58%). En los mayores de 65 años hay 203 mujeres (57,51%) y los diagnósticos más frecuentes son que se distribuyen en: 67 insuficiencia cardíaca/valvulopatía (18,98%), 48 neoplasias (13,6%), 35 ITU/pielonefritis (9,92%), 32 infecciones respiratorias (9,07%) y 30 anemias (8,5%). El número de éxitos es de 6 en los menores de 65 años (2,75%) y de 41 en mayores de 65 años (11,61%).

Discusión. La patología de los pacientes difiere de manera importante con la edad. Aunque en los servicios de medicina interna la edad suele ser elevada hay una no despreciable representación de pacientes menores de 65 años.

Conclusiones. En nuestra muestra de pacientes se observan diferencias en las patologías que motivan el ingreso en medicina interna en función de la edad. Entre los pacientes menores de 65 años se observa una alta prevalencia de VIH, Intoxicaciones medicamentosas y mononucleosis infecciosas, que apenas tienen relevancia en los pacientes mayores. Sin embargo en los mayores de 65 años aparecen patologías como la insuficiencia cardíaca o las infecciones urinarias poco frecuentes en los pacientes más jóvenes. Las infecciones urinarias y las neoplasias son importantes en ambos grupos.

V-82

ESTUDIO DESCRIPTIVO DE LAS CARACTERÍSTICAS DE LAS NEOPLASIAS DIAGNOSTICADAS EN UN SERVICIO DE MEDICINA INTERNA

A. García Bernárdez, I. Fidalgo López, M. Gallego Villalobos, G. Martín Canal, M. Fernández Rippe y E. Vallina Álvarez

Servicio de Medicina Interna I. Hospital Universitario Central de Asturias. Oviedo, Asturias.

Objetivos. Realizar un estudio descriptivo de las características de las neoplasias de los pacientes ingresados en un servicio de Medicina Interna de un Hospital de Tercer nivel.

Material y métodos. Estudio descriptivo transversal que incluye a los pacientes ingresados del 1 de enero de 2006 al 30 de junio de 2006. Se recogen los datos de las neoplasias diagnosticadas en este período. Los resultados se han extraído de los informes de alta.

Resultados. En el período de tiempo estudiado se han recogido datos de 571 pacientes. El diagnóstico de neoplasia se ha hecho en 61 pacientes, un total de 30 varones y 31 mujeres; 13 en pacientes menores de 65 años y 48 en mayores de 65. Los tipos de tumores diagnosticados entre los 61 pacientes son: 12 metástasis de 1º desconocido (19,67%), 9 de colon (14,75%), 7 de pulmón (11,48%), 5 de estómago (8,2%), 5 linfomas (8,2%), 4 de páncreas (6,56%), 3 de riñón (4,92%), 3 de próstata (4,92%), 2 de endometrio (3,28%), 2 de vejiga (3,28%), 2 leucemias (3,28%), 2 de hígado (3,28%), 2 mieloma (3,28%), 1 de mama, 1 mielofibrosis y 1 meningioma. En el grupo de pacientes menores de 65 años de las 13 neoplasias: 4 son de pulmón (30,77%), 3 son metástasis de 1º desconocido (23,08%). Entre los 48 tumores diagnosticados en mayores de 65 años: 9 eran metástasis de 1º desconocido (18,75%), 9 de colon (18,75%), 5 de estómago (10,42%), 4 linfoma (8,33%). Al momento del diagnóstico, 34 de los pacientes presentaban ya metástasis.

Discusión. Los Registros de Tumores llevan años aportando datos de especial importancia para el manejo del paciente neoplásico y conocimiento de este tipo de patología: prevalencia de tumores, variaciones epidemiológicas, factores de riesgo, estadio al diagnóstico, tipo histológico, evolución de los pacientes y de las diferentes terapias, entre otros. Dada la frecuencia en nuestro servicio de este tipo de diagnósticos, tratamos de recoger una casuística para analizar sus resultados.

Conclusiones. La patología tumoral es altamente frecuente en los servicios de medicina interna. El hecho de que estos pacientes tengan edades avanzadas, sumado a que el diagnóstico se hace en

estadios terminales, hace que se convierta en una patología con una elevada mortalidad, y en muchas ocasiones sólo subsidiaria de tratamiento paliativo. Hay que tener en cuenta que coincidiendo con una mayor esperanza de vida, está aumentando la prevalencia de esta patología en pacientes mayores, con la sobrecarga de recursos que esto supone. Esto añadido a que en la gran mayoría de los casos el manejo y tratamiento es multidisciplinar, hacen necesario un análisis constante de los datos y establecer unas guías terapéuticas para lograr mejoras en la atención de estos pacientes. Sigue poniéndose en evidencia la dificultad de un diagnóstico precoz con el que también se modificarían las estadísticas en cuanto a pronóstico.

V-84

ESTIMACIÓN DEL ÍNDICE DE FIBROSIS HEPÁTICA POR MEDIOS NO INVASIVOS EN PACIENTES COINFECTADOS VIH-VHC. FIBROSCAN, APRI E ÍNDICE DE FORNS. VALORACIÓN DE LA COINCIDENCIA ENTRE ELLOS

J. Grandes¹, A. Ocampo¹, C. Miralles¹, H. Conde¹, J. Díaz Peromingo² y J. De la Fuente¹

¹Servicio de Medicina Interna. Hospital Xeral de Vigo. Vigo, Pontevedra. ²Servicio de Medicina Interna. Fundación Pública Hospital da Barbanza. Ribeira, A Coruña.

Objetivos. Analizar el grado de fibrosis hepática mediante FibroScan® en pacientes coinfectados con VIH-VHC. Comparar los grados de fibrosis obtenidos mediante FibroScan® con los obtenidos mediante índices bioquímicos, y valorar su coincidencia.

Material y métodos. Estudio prospectivo de 115 pacientes coinfectados con VIH-VHC, reclutados de forma aleatoria de la consulta monográfica de VIH del H. Xeral de Vigo. Se realizó elastografía de transición (FibroScan, Echosens París, Francia), adjudicando a cada uno el grado teórico de fibrosis hepática (Métavir): F0 < 4,2 kPa; F1 entre 4,5-6,25 kPa; F2 entre 6,26-7,9 kPa; F3 entre 8-13,7 kPa y F4 > 13,8 kPa. Índices de fibrosis a estudiar: APRI, Forn's. AST to platelet ratio index (APRI): [nº veces valor normal de AST/plaquetas (109/L) X 100] Se clasificaron mediante los puntos de corte propuestos por Wai et al: APRI < 0,50, entre 0,5 y 1,5 y APRI > 1,5. Forn's: índice de Forn's según la fórmula: [7,811-3,131 * ln (nº plaquetas) + 0,781 * ln (GGT) + 3,467 * ln (edad) - 0,014 * (colesterol)]. Se clasificarán según los puntos de corte indicados por Forn's et al: < 4,2 puntos, entre 4,2 y 6,9 puntos y > de 6,9 puntos. Obtenidos los índices, se comparan entre ellos y con FS.

Resultados. De 115 pacientes, 30 fueron mujeres (edad media 41,2 años, DS 4,87) y 85 varones (edad media 43,27 años DS, 5,77). Tras ajustar los resultados obtenidos por FibroScan® (FS), índice de Forn's y APRI se comparó la coincidencia de los mismos: 34 pacientes (29,6%) el mismo resultado en los 3 índices, 12 (10,4%), sin ninguna coincidencia. El resto, 69 paciente presentan coincidencia en dos de los índices: 11 (9,6%) entre FS y APRI, 15 (13%) entre FS e índice de Forn's y 43 (37,4%) entre APRI e índice de Forn's. De los pacientes que coincidían en los 3 índices 19 (56%) tenían grados altos de fibrosis, 9 (26%) bajos y 6 (18%) medios. Coincidencia (FS) y APRI: 4 (36,4%) en grado alto, 4 (36,4%) bajo y 3 (27,2%) medio. Coincidencia entre el FS e índice de Forn's: 6 (40%) en grado alto, 5 (33,3%) bajo y 4 (26,7%) medio. Coincidencia entre el APRI y el índice de Forn's: 33 (76,7%) en medio, 9 (20,9%) en bajo y sólo 1 (2,4%) en el alto. De los 34 pacientes con grado de fibrosis bajo por FS, sólo 9 (26,5%) coincidían con APRI y Forn's, 25 (73,5%) tenían al menos uno de los índices más altos. De 63 con grado alto de fibrosis FS, 19 (30%) coincidían los tres, y en 44 (70%) al menos uno era menor.

Discusión. Tras valorar los grados de fibrosis hepática mediante métodos no invasivos FS, APRI y Forn's, en pacientes coinfectados VIH-VHC, hallamos sólo una correlación de los 3 en el 30%, aunque hay correlación entre dos de ellos en otro 60%. Es posible que las especiales características de estos pacientes, con alteración en bioquímica y plaquetas por su patología de base y el tratamiento antirretroviral estén influyendo en estos resultados, más bajo de lo esperado. Será necesario nuevos estudios, para poder utilizar estos índices en la práctica clínica, evitando un número importante de biopsias hepáticas.

Conclusiones. La coincidencia entre las tres mediciones no invasivas es baja (29,6%), aunque lo es más la no coincidencia entre ninguno de ellos (10,4%). Mayor coincidencia dentro de grados altos y bajos de fibrosis. La mayor coincidencia en grados medios se observa con APRI

y Forns. Un 70-74% de los pacientes con grados altos o bajos por FS tienen al menos uno de los dos índices bioquímicos no coincidentes.

V-85 ESCLEROSIS SISTÉMICA CON AFECTACIÓN DÉRMICA LOCALIZADA

E. Sánchez Ballester, P. Sorní Moreno, R. Sanz Vila, J. Vicente Mas, J. Calvo Catalá, C. Campos Fernández, M. González Cruz y A. Herrera Ballester

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

Objetivos. La esclerosis sistémica es una entidad poco frecuente, 4-5 casos/habitantes/año, pudiendo cursar con afectación dérmica difusa, localizada y sin afectación dérmica. Cada subgrupo presenta unas características diferenciales. Nuestro objetivo es conocer el perfil de la esclerosis sistémica localizada en una unidad de Reumatología de un Hospital terciario.

Material y métodos. Realizamos un estudio descriptivo retrospectivo mediante la revisión de historias clínicas de los casos de Esclerosis sistémica con afectación dérmica localizada. Controlados en las consultas externas nuestra unidad de Reumatología del HGU de Valencia. Estudiamos las características epidemiológicas, clínicas, diagnósticas y terapéuticas.

Resultados. Constatamos 28 casos de ES con afectación dérmica localizada, de los cuales el 85,7% son mujeres con una edad mediana de inicio de la clínica de 53 años. El debut fue como fenómeno de Raynaud (FR) y clínica articular en un 35,7%, solo FR en un 21,4% y clínica articular en un 17,9%. La afectación dermatológica se localiza en las extremidades y en la cara en un 46,4% de los casos y sólo en cara en un 7%. El FR es el síntoma más frecuente (96,4%), seguido de la esclerodactilia en el 71,4%, clínica articular en un 60,7% y afectación esofágica, también en un 60,7%, predominando la disfagia (un 53% de los pacientes fueron estudiados mediante manometría esofágica, siendo patológica en un 83%; sin embargo de los 14 tránsitos esofagogástricos realizados solo detectó afectación esofágica en un 7,1%). Un 39,3% tenían telangiectasias, como componente del CREST, detectándose calcinosis solo en un 16%, y acroosteolisis tan sólo en un 3%. La Fibrosis pulmonar se ha detectado en el 28%. Un 17% de casos tuvieron úlceras cutáneas en su evolución (con amputación de dedos solo en un caso). El riñón en nuestra casuística se afecta sólo en un 14% y con insuficiencia renal en tan sólo un 7%. La asociación característica con la cirrosis biliar primaria solo se ha hallado en 7% de los casos. En un 3% de pacientes, confirmamos hipertensión pulmonar mediante la realización de ecocardiografía. Técnicas diagnósticas: La capilaroscopia fue muy útil, resultando normal tan sólo en un 3% de pacientes; el TAC de alta resolución ha sido la mejor técnica para el diagnóstico de fibrosis pulmonar. En cuanto a su asociación con determinados anticuerpos, los ANA fueron positivos en el 96%, llegando a detectarse anticentrómero en prácticamente la mitad de ellos (57%) y sólo en el 25% antiScl 70. Respecto al tratamiento, los corticoides se han empleado en el 57% de los pacientes, los calcioantagonistas en un 46%, los análogos de las prostaglandinas en un 14%, y la D-Penicilamina y el Bosentan en un 3% de los pacientes. La mayoría de pacientes, recibieron varios de estos tratamientos.

Discusión. Podemos detectar diferencias entre la ES con afectación difusa o localizada de la piel (menor afectación visceral y dermatológica), lo que mejora el pronóstico de estos pacientes. No obstante, en fases iniciales, ambos procesos pueden con frecuencia ser indistinguibles. Los auto-Ac pueden ser una ayuda diagnóstica.

Conclusiones. El patrón de un enfermo de Esclerosis sistémica localizada es una mujer de edad media que acude a la consulta con Raynaud y clínica articular, hasta en dos tercios con esclerodactilia. La viscera más frecuentemente afecta es el esófago, siendo la manometría un prueba muy útil para detectarla. La capilaroscopia es una técnica indispensable ante un paciente con FR, permitiendo descartar pacientes con Raynaud primario y sin colagenosis asociada, evitando revisiones y pruebas innecesarias, mediante una prueba fácil, económica y disponible en consulta. La afección pulmonar más frecuente es la fibrosis, pero en menos de un cuarto de los casos. Los ANA son los autoanticuerpos más permanentemente positivos, aunque inespecíficos. Los anticentrómero y los antiScl 70 nos permiten confirmar el diagnóstico. Respecto al tratamiento los corticoides han sido los más empleados, si bien la

prostaciclina y el bosentan han sido los más efectivos para tratar la sintomatología más grave (úlceras digitales, hipertensión pulmonar, etc.).

V-86 HOSPITALIZACIÓN A DOMICILIO: PROLONGACIÓN DE UN SERVICIO DE MEDICINA INTERNA

M. Mirón Rubio¹, J. Colom de Ossó², L. Florit Serra¹, J. Spuch Sánchez¹, T. Auguet Quintilla² y C. Richart Jurado²

¹Unidad de Hospitalización a Domicilio, ²Servicio de Medicina Interna. Hospital Universitari de Tarragona Joan XXIII, Tarragona.

Objetivos. El objetivo de este trabajo es describir las características de los enfermos y analizar el resultado de la atención en régimen de hospitalización a domicilio (HaD) de una serie de pacientes tras el alta de un servicio de medicina interna (MI).

Material y métodos. Se analizan de forma prospectiva 407 casos consecutivos atendidos en nuestra Unidad entre enero de 2004 y diciembre de 2006 procedentes de la planta de MI. La valoración y aceptación de los pacientes y el seguimiento domiciliario lo realizaron médicos internistas. La descripción de los datos se ha efectuado mediante media y desviación estándar (DE) para variables cuantitativas y frecuencias absolutas y relativas para variables categóricas.

Resultados. Durante el período de estudio se recibieron 448 solicitudes. Se rechazaron 41 que no cumplían alguno de los criterios de HaD. De los 407 restantes, 244 eran varones (59,9%) y 163 mujeres. La edad media fue de 69 años (máx 95, min 16, DE 18,41). Los diagnósticos principales fueron: exacerbación de EPOC y otras broncopatías 165 (40,5%), neumonía 75 (18,4%), infecciones de piel y tejidos blandos 47 (11,5%), infecciones del tracto urinario 29 (7,1%) insuficiencia cardíaca 17 (4,1%), bacteriemia 11 (2,7%), endocarditis 8 (2%), TBC pulmonar 8 (2%), infecciones del SNC 3 (0,7%) y otros diagnósticos 44 (10,8%). En una muestra consecutiva de 85 pacientes el índice de Barthel medio fue de 91,2 y el índice de comorbilidad de Charlson de 2,2. El motivo más frecuentemente por el cual se solicitó la hospitalización a domicilio fue la administración de antimicrobianos por vía intravenosa (iv) (122 casos, 29,9%), seguido del control de síntomas, ajuste de medicación, diferentes tipos de controles analíticos sanguíneos y curas de heridas complejas no quirúrgicas. Se generaron 3191 estancias domiciliarias con una estancia media por episodio de 8,1 días. Se realizaron 1.053 visitas médicas (ratio 0,32) y 3282 visitas de enfermería (ratio 1,02). El grupo de pacientes que recibieron terapia antimicrobiana iv generó 867 estancias domiciliarias por este motivo con una duración media del tratamiento iv de 7,1 días. De los 407 casos, 370 (91%) se curaron o mejoraron y fueron dados de alta en su domicilio. De éstos, en 44 casos (10,8%) se contactó con atención primaria para garantizar la continuidad asistencial y en 4 con PADES para proporcionar cuidados paliativos. Treinta y tres pacientes (8,1%) retornaron al hospital, 2 pacientes fueron ingresados en un sociosanitario y otros 2 fallecieron durante el período de HaD.

Discusión. Los pacientes que más se beneficiaron de la hospitalización a domicilio fueron los que presentaban procesos infecciosos, incluida la exacerbación infecciosa de la EPOC, como demuestran los diagnósticos principales de nuestra serie y el alto porcentaje de casos (29,9%) que completaron el tratamiento antimicrobiano intravenoso en el domicilio. En el grupo de pacientes analizados se observó una buena capacidad funcional y un índice de comorbilidad elevado. Estos datos sugieren que la necesidades de nuestros pacientes eran principalmente médicas, frente a los casos con mayor dependencia funcional que suelen necesitar también recursos sociosanitarios. Un alto porcentaje de casos (91%) se curaron o mejoraron en el momento del alta de HaD. El control domiciliario por médicos internistas, como ocurre en nuestra Unidad, permite detectar de forma precoz las complicaciones cuando aparecen y adecuar los tratamientos a cada necesidad, lo cual podría explicar en parte la baja tasa de retornos al hospital.

Conclusiones. En nuestra experiencia los pacientes de una sala de medicina interna que más se benefician de la hospitalización a domicilio son aquellos con procesos infecciosos que presentan buena capacidad funcional. La adecuada selección de los pacientes y el control domiciliario por médicos internistas garantiza una atención especializada tras el alta hospitalaria y puede explicar el resultado satisfactorio de nuestra serie.

V-87

PEG: SEIS AÑOS DE EXPERIENCIA EN EL ÁREA SANITARIA DE FERROL**S. Sánchez Trigo¹, S. Pintos Martínez¹, E. Solla Babío¹, T. Cainzos Romero¹, H. Álvarez Díaz¹, A. Echarrí Piúdo², J. Castro Alvarino² y P. Sesma Sánchez¹**¹Servicio de Medicina Interna, ²Servicio de Digestivo. Hospital Arquitecto Marcede, Ferrol, A Coruña.

Objetivos. Analizar y evaluar las indicaciones, complicaciones y resultado de la Gastrostomía Endoscópica Percutánea (PEG) en nuestro hospital desde enero de 2001 hasta junio de 2007.

Material y métodos. Presentamos un estudio retrospectivo de 32 pacientes en los que se ha colocado una sonda PEG para nutrición, valorando las complicaciones precoces y tardías, la indicación o motivo de colocación y el tiempo medio del primer recambio de la sonda. Se ha realizado la colocación de la PEG bajo sedación por método de pulsión. Después de realizar una gastroscopia convencional se localiza el punto de máxima transluminación en estómago a través del cual con una cánula se introduce un hilo guía que una vez extraído con asa de polipectomía servirá para la colocación por tracción de la sonda de gastrostomía. Posteriormente se verifica la correcta colocación de la misma así como su funcionamiento mediante control endoscópico.

Resultados. Hemos revisado la historia clínica de 32 pacientes, de los cuales un 56,25% eran mujeres frente a un 43,75% de hombres; la media de edad fue de 67,93 años con una desviación típica de \pm 18,91. La principal indicación fueron los problemas neurológicos (90,62), de los cuales un 31,02% se correspondían a una Esclerosis Lateral Amiotrófica, un 31,02% a demencias, un 13,79% a patología vascular cerebral, un 6,89% a Esclerosis Múltiple y un 17,24% a otras enfermedades. Otras indicaciones (9,38%) fueron el carcinoma estenosante de esófago, los trastornos motores esofágicos sin respuesta a tratamiento convencional, parálisis cerebral, etc. El tiempo medio de recambio de la sonda de gastrostomía ha sido de 9,36 meses (DS \pm 3,50). La incidencia de complicaciones fue de un 21,87%, siendo la más frecuente la infección de la herida quirúrgica (42,85% del total de las complicaciones), de carácter leve y que se resolvieron con curas locales y antibioterapia oral; otras complicaciones que se presentaron fueron granulomas periestomales (28,57%) que se resolvieron con administración local de nitrato de plata y un caso de desgarro de la pared con neumoperitoneo por manipulación por parte del paciente y otro de disminución del calibre de la fístula. Estos dos últimos fueron los únicos que precisaron una nueva intervención para colocación de una nueva PEG.

Discusión. En los últimos tiempos la PEG está sustituyendo a otras técnicas de nutrición enteral más convencionales como la sonda nasogástrica, dado que es una técnica sencilla, rápida y con una baja incidencia de complicaciones, tanto de la propia técnica como anestésicas. Está especialmente indicada en pacientes que necesitan nutrición enteral de larga evolución, sobre todo aquéllos con problemas neurológicos o con procesos obstructivos orales o esofágicos que permitan el paso del endoscopio. Esta técnica presenta también importantes ventajas sobre la gastrostomía quirúrgica, como un menor riesgo anestésico y la reducción de la estancia hospitalaria.

Conclusiones. 1) La Gastrostomía Endoscópica Percutánea se debe considerar como técnica de elección en pacientes que necesitan nutrición enteral por un período prolongado de tiempo. 2) En nuestra experiencia la tolerancia del paciente ha sido buena y la incidencia de complicaciones ha sido muy baja, siendo la mayoría leves y con un fácil manejo y tratamiento.

V-88

LA HOSPITALIZACIÓN A DOMICILIO, UNA VÁLIDA ALTERNATIVA AL INGRESO HOSPITALARIO CONVENCIONAL**E. Villegas Bruguera, C. Jericó Alba, L. Ferrer Ruscalleda, T. Catà Fàbregas, E. Samper Saldes, R. Capmany Udaeta, J. Altés Capellà y F. Ferrer Ruscalleda**

Servicio de Medicina Interna. Hospital Dos de Maig de Barcelona-Consorci Sanitari Integral. Barcelona.

Objetivos. La Unidad de Hospitalización a Domicilio (HADO) de nuestro hospital está formado por un equipo especializado de médi-

cos y enfermeras, que realizan el seguimiento de pacientes formalmente ingresados, pero a los que se mantiene en su domicilio, ofreciéndole las mismas opciones terapéuticas que en el hospital. Las contraindicaciones para el HADO son la inestabilidad hemodinámica del enfermo, la ausencia de cuidador de referencia, y la necesidad de cuidados sanitarios continuos que obliguen a la hospitalización convencional (HC). Nos planteamos el objetivo de estudiar las características médicas y sociosanitarias, y las complicaciones nosocomiales, de los pacientes ingresados en la unidad HADO de un hospital de agudos, y comparar el gasto por ingreso entre el HADO y la HC. **Material y métodos.** Estudio descriptivo de los pacientes ingresados en el HADO del Hospital Dos de Maig durante el año 2006. Análisis de las complicaciones padecidas por los pacientes del HADO, reflejadas en los índices de calidad oficiales del CATSALUT. Estudio comparativo parcial de costes entre HADO y HC.

Resultados. 147 pacientes (71 M, 76 H), edad promedio 74 años, Barthel promedio 80 (0-100). Días de ingreso totales: 1.900. Altas quirúrgicas: 67 pacientes, estancia promedio 19 días. Diagnósticos: 29 complicaciones de heridas posquirúrgicas, 34 úlceras vasculares, 4 úlceras por presión sobreinfectadas (UPP). Altas médicas: 80, EM 7 días. Diagnósticos: 36 infecciones respiratorias, 20 ajustes de medicación, 18 insuficiencia cardíaca, 3 tromboembolismos pulmonares, 3 control de síntomas. Encuesta de satisfacción de los pacientes: 9,8/10. Índices de Calidad del CATSALUT: Quejas o reclamaciones 0, flebitis 3 (0,02%), UPP 0, paros no previstos 0, caídas 5%. Estudio de costes diferenciales: 128 €/día en HC, 108 €/día en HADO (16% superior en HC).

Conclusiones. Los pacientes ingresados en un HADO presentan índices de complicaciones intrahospitalarias muy bajos. El HADO puede atender a pacientes con diagnósticos complejos médicos y quirúrgicos, y conseguir índices de satisfacción muy altos entre los enfermos y sus familias, por lo que puede ser considerado un buen recurso alternativo a la hospitalización convencional, en especial en los pacientes más susceptibles de complicaciones nosocomiales.

V-89

PREVALENCIA DE ESTEATOSIS HEPÁTICA EN PACIENTES CON DIABETES MELLITUS TIPO 2**F. Muñoz Rodríguez¹, J. Murillo Sanchis², M. Sánchez Rocabert³, A. Goday Arnó⁴, V. Andreu Solsona⁵ y J. Vilaseca Bellsolà¹**¹Servicio de Medicina Interna, ²Unidad de Endocrinología, ³Departamento de Enfermería, ⁴Servicio de Radiología, ⁵Unidad de Digestivo. Fundació Priuada Hospital de Mollet. Mollet del Vallès, Barcelona.

Objetivos. Conocer la prevalencia de alteraciones hepáticas, especialmente esteatosis hepática, en pacientes con diabetes mellitus tipo 2 (DM2) y analizar las variables asociadas con su presencia.

Material y métodos. Se estudiaron de forma prospectiva 43 pacientes (67% mujeres) con DM2 que acudieron de forma consecutiva a la consulta de endocrinología de nuestro centro hospitalario. Se les realizó un estudio antropométrico que incluía índice de masa corporal (IMC), perímetro de cintura, perímetro de cadera, índice cintura/cadera y bioimpedanciometría. Se les solicitó una analítica general que incluía glicemia basal, hemoglobina glicosilada (HbA_{1c}), perfil lipídico (colesterol total, LDL, HDL, triglicéridos) y perfil hepático (bilirrubina total, GOT, GPT, GGT, fosfatasa alcalina). También se les realizó una ecografía abdominal para valorar la presencia de esteatosis y el grado (leve, moderada, grave) en función del patrón ecográfico.

Resultados. Los pacientes tenía una edad media de 64 (extremos 49-77) años y el tiempo de evolución de la DM2 era de 14 (DE 9) años. Estaban en tratamiento con insulina (65%), metformina (84%), sulfonilureas (28%) y glitazonas (19%). Los resultados del estudio antropométrico fueron IMC 31,2 (DE 5,5) kg/m², perímetro de cintura 101,3 (DE 11,4) cm, perímetro de cadera 105,7 (10,1) cm, índice cintura/cadera 0,98 (DE 0,06) y bioimpedanciometría 38,7 (DE 7,8) %. El 19% de los pacientes tenía normopeso, el 33% sobrepeso, el 41% obesidad y el 7% obesidad mórbida. La HbA_{1c} fue de 7,9 (DE 1,4) % y se observó un correcto control de la DM2 en el 33% de los pacientes (HbA_{1c} < 7%). Alteraciones en el perfil hepático sólo se observaron en 5 pacientes (12%) con predominio de una

Tabla 1. % Adherencia a guías en el uso de fármacos (V-92).

	Antiagregantes-anticoagulantes	Estatinas	Betabloqueantes	IECAs-ARA II
Hombres	99,8%	93,1%	87%	74,5%
Mujeres	99,2%	90,8%	78,2%	81%
Significación	NS	NS	p < 0,01	p = 0,03

infarto agudo de miocardio (IAM) con elevación del segmento ST en base a las recomendaciones de las guías.

Material y métodos. Estudio transversal y multicéntrico, realizado en consultas externas de cardiología de todo el territorio español. Se incluyeron consecutivamente 1.439 pacientes de edad igual o superior a 18 años con antecedentes de IAM con elevación del segmento ST, ocurrido en los 2 años previos. Las guías de referencia fueron las de las sociedades de cardiología americana (ACC/AHA 2004) y europea (ESC 2003). Se realizó estadística descriptiva y comparación de medias ("t" de Student y U de Mann-Whitney) y proporciones (Chi-cuadrado) con el paquete SPSS versión 12.

Resultados. A diferencia de los hombres, las mujeres tenían más edad (69,4% vs 61,2%, p < 0,01), eran más hipertensas (70,1% vs 50,2%, p < 0,01), más diabéticas (39,2% vs 26,5%, p < 0,01) y durante la fase hospitalaria de infarto la Clase Killip igual o > 2 había sido más frecuente (42,7% vs 32,9%, p = 0,003). La proporción del uso de fármacos indicados en prevención secundaria entre hombre y mujeres en relación con la adherencia a Guías se expresa en la siguiente tabla 1.

Discusión. Los resultados muestran una alta adherencia a Guías para el uso de antiagregantes - anticoagulantes y estatinas superiores al 90% tanto en hombres como mujeres con esta patología. La adherencia a guías para el uso de betabloqueantes y IECAs-ARA II no superan el 90% tanto en hombres como en mujeres.

Conclusiones. Las medidas farmacológicas de prevención secundaria tras un infarto de miocardio con elevación del segmento ST son diferentes entre hombres y mujeres, sin tener una relación directa con el riesgo cardiovascular.

**V-93
UTILIDAD DEL TC DE CUERPO ENTERO EN PACIENTES DE UNA UNIDAD DE CHEQUEOS**

M. Pons Renedo¹, O. Beloqui², I. Vivas¹, I. Alberola², J. Larrache¹, J. Araquistain², I. Colina² y J. Beunza²

¹Servicio de Radiología, ²Servicio de Medicina Interna, Unidad de Chequeos. Clínica Universitaria de Navarra. Pamplona/Iruña, Navarra.

Objetivos. Los actuales sistemas de salud abogan por un nuevo abordaje centrado en la detección prospectiva de la enfermedad. Con este fin nuestro centro apoya el uso de la Tomografía computarizada multidetector (TCMD) por su capacidad de detectar gran cantidad de patología para la cual no están disponibles otros sistemas de cribado de rutina. Los objetivos de este trabajo son: Estudiar retrospectivamente la frecuencia y el espectro de hallazgos descritos mediante TCMD de cuerpo entero en pacientes derivados de una unidad de Chequeos. Analizar estadísticamente las asociaciones entre los hallazgos detectados y las características clínicas del paciente.

Material y métodos. Se revisó el informe radiológico de 502 pacientes a los que se les realizó una TCMD de cuerpo entero, que incluía, un estudio de tórax de baja dosis de radiación, un estudio de calcio coronario y una exploración abdominopélvica con contraste intravenoso. Los pacientes (mayores de 40 años y con algún factor de riesgo vascular) fueron seleccionados por médicos internistas de la unidad de chequeos de la Clínica Universitaria. Los hallazgos obtenidos fueron tabulados retrospectivamente. Se utilizaron análisis estadísticos descriptivos (media, desviación estándar y porcentaje). Se realizaron comparaciones entre subgrupos por medio de test de Chi cuadrado.

Resultados. 502 pacientes mayores de 40 años fueron estudiados mediante TCMD (edad media 58,7), 398 varones (79,3%) y 104 mujeres (20,7). El índice de masa corporal medio de los pacientes fue de 28,12 con una desviación típica de 4,31. La prevalencia de cáncer en nuestro estudio fue de 1,6%. Se detectaron cánceres de colon, riñón, hígado y pulmón. El 48,5% de los pacientes presenta-

ban alguna alteración en el tórax, considerándose como alteración la presencia de: nódulos no calcificados mayores de 5 mm (17,1%), bronquiectasias (15,9%), enfisema (15,2%), alteraciones pleurales del tipo derrame pleural, paquipleuritis, etc. No se encontraron asociaciones entre el tabaquismo activo y la presencia de nódulos pulmonares, sin embargo se encontró asociación con la presencia de enfisema. La edad es un factor con asociación significativa para la presencia de bronquiectasias, aneurisma aórtico (6% de los pacientes estudiados), calcio coronario aumentado (45,1% de los pacientes) y aterosclerosis (68,5%). La obesidad y la hipertrigliceridemia se asocian con esteatosis (50% en la muestra estudiada), sin embargo no parecen tener influencia en la presencia de calcio coronario o litiasis biliar en los pacientes estudiados. El 15,3% de los pacientes requirieron una actuación posterior según los resultados obtenidos, tanto en el cambio de tratamiento y actitudes como en el control posterior de los hallazgos descubiertos.

Discusión. La prevalencia de cáncer en nuestro estudio ha sido del 1,6%, al igual que otros trabajos publicados con series mayores. Se han detectado otras patologías importantes como calcificaciones coronarias, aneurismas de aorta, adenomas suprarrenales, abscesos pulmonares, coledocistitis, etc. El peligro de radiación es uno de los problemas planteados, pero hasta la fecha, no existen pruebas científicas que demuestren la posibilidad de cáncer inducido por radiación a dosis bajas. Surgen críticas sobre los posibles falsos positivos y la ansiedad que generan a los pacientes, pero hay que tener en cuenta que la mayoría de éstos son de por sí, personas muy preocupadas por su salud y dicha ansiedad puede ser aliviada por un estudio de chequeo.

Conclusiones. Con la tomografía computarizada multicorte de cuerpo entero se detectaron hallazgos en un gran número de pacientes, la mayoría benignos, que no requerían seguimiento posterior. El estudio mediante TCMD dirigido a órganos concretos, es de gran especificidad en poblaciones seleccionadas de riesgo. La TC constituye además una técnica que aporta gran seguridad al médico y al paciente tanto de su estado de bienestar en caso de resultar negativo como en la fiabilidad de detectar patología. La detección de un cáncer en un estadio precoz justifica tanto el riesgo de radiación como el coste de la exploración.

**V-94
NEUMOCONIOSIS Y ARTRITIS**

S. Sánchez Trigo¹, S. Pintos Martínez¹, E. Solla Babío¹, T. Caínzos Romero¹, Á. Hernández del Río¹, E. Fernández Bouza¹, J. Guerra Vázquez² y P. Sesma Sánchez¹

¹Servicio de Medicina Interna, ²Servicio de Reumatología. Complejo Hospitalario Arquitecto Marcide-Prof. Nouva Santos. Ferrol, A Coruña.

Objetivos. Analizar y evaluar la agresividad, forma de presentación y respuesta al tratamiento de la Artritis Reumatoide en pacientes que previamente habían sido diagnosticados de algún tipo de enfermedad pulmonar de origen ambiental.

Material y métodos. Hemos realizado un estudio retrospectivo con pacientes que presentaron Artritis Reumatoide y que habían sido diagnosticados previamente de algún tipo de enfermedad pulmonar de origen ambiental. Hemos valorado la agresividad de la Artritis Reumatoide basándonos en datos analíticos (Factor Reumatoide, Proteína C Reactiva y VSG) y en datos clínicos (número de articulaciones afectadas en la primera visita así como datos radiológicos de destrucción articular). También hemos evaluado la respuesta al tratamiento basándonos en los controles analíticos y clínicos así como en la respuesta a distintos fármacos y la necesidad de sustitución de los mismos.

Resultados. Hemos revisado la historia clínica de 9 pacientes, todos ellos varones, con una media de edad de 69 años ± 7,93. Todos

ellos habían sido diagnosticados de Neumoconiosis, la mayoría de ellos en relación con exposición a fibras de asbesto (77,7%) y dos al sílice (22,3%). La forma más frecuente de presentación de la Artritis Reumatoide en nuestros pacientes fue poliarticular y simétrica (88,8%), salvo en un caso en que se presentó como forma oligoarticular. En la mayoría había elevación significativa de la VSG (66,6%) y de la Proteína C Reactiva (55,5%) así como positividad para el Factor Reumatoide (66,6%). En la mayor parte de nuestros pacientes (77,7%) había datos radiológicos de destrucción articular, como geodas, erosiones óseas y pinzamiento de la línea interarticular, predominantemente en carpos; en los demás se apreciaban datos clínicos de inflamación articular. En cuanto a la respuesta al tratamiento 8 de nuestros pacientes recibieron Fármacos Antirreumáticos Modificadores de la Enfermedad (FAME); 4 de ellos recibieron tratamiento con Metotrexate, aunque se suspendió en tres pacientes bien por reacciones alérgicas (en 2 ocasiones), intolerancia digestiva (1) o bien por la comorbilidad de nuestros pacientes por su enfermedad pulmonar (1); en 6 de ellos se indicaron antimaláricos, en 3 casos se administró leflunomida, en 2 sales de oro y en 2 ocasiones se administró Azatioprina. En dos pacientes no se administró ningún FAME, respondiendo estos pacientes al tratamiento con Antiinflamatorios no Esteroides uno de ellos y el otro a inhibidores de la Ciclooxygenasa 2.

Discusión. En el Área Sanitaria de Ferrol existe una alta prevalencia de patología pulmonar de origen ambiental, sobre todo en relación con exposición laboral al amianto (afectación pleural, asbestosis, mesotelioma...). Existen datos que nos permiten pensar que la inhalación de polvos inorgánicos puede poner en marcha mecanismos de la inflamación que podrían acabar dando como resultado una Artritis Reumatoide, como ocurriría por ejemplo en el Síndrome de Caplan, sin embargo en nuestra revisión no hemos encontrado datos que avalen esta tesis.

Conclusiones. 1) A diferencia de la población general, en nuestro estudio el 100% de los pacientes fueron varones, dato está en concordancia con la exposición laboral a polvos inorgánicos. 2) No hemos encontrado datos que nos indiquen que existen diferencias en la forma de presentación, agresividad y respuesta al tratamiento entre los pacientes diagnosticados previamente de enfermedad pulmonar de origen ambiental y la población general.

V-95

LINFOMA ESPLÉNICO DE LA ZONA MARGINAL: CARACTERÍSTICAS CLÍNICO-PATOLÓGICAS Y FACTORES PRONÓSTICOS DE UNA SERIE RETROSPECTIVA DE 12 PACIENTES

B. Homet Moreno¹, M. Fernández Ruiz², A. Enguita Valls³, M. Martínez González² y J. Guerra Vales²

¹Oncología Médica, ²Servicio de Medicina Interna, ³Servicio de Anatomía Patológica. Hospital 12 de Octubre. Madrid.

Objetivos. El linfoma esplénico de la zona marginal (LEZM) representa una entidad patológica recientemente individualizada y supone el 1-2% de todos los linfomas no Hodgkin (LNH). Caracterizado dentro de la categoría de los "linfomas de la zona marginal", constituye un proceso linfoproliferativo de bajo grado e inmunofenotipo B, propio de edades avanzadas y de comportamiento generalmente indolente. Su diagnóstico se ve dificultado por la ausencia de marcadores moleculares específicos, circunstancia que limita el conocimiento de su historia natural. Pretendemos analizar las características clínicas y evolutivas de una serie de pacientes con LEZM, recurriendo a criterios diagnósticos estrictos con base en pieza de esplenectomía. **Material y métodos.** Análisis longitudinal retrospectivo de los casos de LEZM diagnosticados en nuestro centro en el período. 1991-2007 a partir del estudio anatomopatológico e inmunohistoquímico de sus especímenes de esplenectomía, expresamente revisados para el presente estudio. Fueron excluidos aquellos pacientes con criterios histológicos inadecuados o información clínica insuficiente. Se recogieron sus características epidemiológicas, clínicas, terapéuticas y evolutivas, finalizando su seguimiento a 1 de mayo de 2007. Recurrimos al programa SPSS (versión 12.0) para el análisis estadístico de los datos obtenidos, con estimación de la supervivencia mediante el modelo de Kaplan-Meier.

Resultados. De los 19 casos de LEZM identificados, presentamos 12 pacientes (3 varones y 9 mujeres; edad media: 66,2 ± 8,6 años)

que cumplieron criterios de inclusión. La manifestación clínica más frecuente consistió en síndrome constitucional (9 pacientes) y dolor en hipocondrio izquierdo (4 pacientes), con una duración media de los síntomas previa al diagnóstico de 6,9 ± 3 meses. A la exploración física, la esplenomegalia fue un hallazgo constante, acompañada de hepatomegalia en 6 casos. Analíticamente, se objetivó anemia (Hb < 11 g/dl) en 7 casos y trombocitopenia (plaquetas < 100.000 /ml) en dos. Tres pacientes asociaban diversos fenómenos autoinmunes (anemia hemolítica, síndrome antifosfolípido y angioedema por déficit de C1-inhibidor). La serología para el virus de la hepatitis C (VHC) resultó positiva en uno de los 8 pacientes en los que fue determinada (12,5%). En 9 casos pudo demostrarse expresión en sangre periférica del proceso linfoproliferativo de base (> 5% de linfocitos atípicos), asociada a un componente monoclonal significativo en 4 de ellos (con preferencia de tipo IgM I). La práctica totalidad de la serie (11 pacientes) exhibía un estadio IV de la clasificación de Ann-Arbor al diagnóstico, condicionada por la extensión a médula ósea (10 casos), hígado (3 casos) o ganglios abdominales (3 casos). El análisis citogenético detectó la deleción 7q21-32 en 2 pacientes, así como un único caso de trisomía 12. Todos ellos fueron sometidos a esplenectomía (peso medio de la pieza: 1.322 ± 608,7 gramos), seguida de quimioterapia en 7 pacientes [clorambucil (4 casos) o tipo CHOP (2 casos)]. La supervivencia media de la cohorte fue de 59 ± 13 meses, con una probabilidad de supervivencia a los 12, 24 y 36 meses estimada en el 82%, 73% y 64%, respectivamente.

Discusión. De forma concordante con la literatura previa, el LEZM queda preferentemente vinculado en nuestra serie a sujetos de edad avanzada, con esplenomegalia franca, diversos grados de citopenia periférica y frecuente invasión medular en el momento de su diagnóstico. La esplenectomía, con finalidad diagnóstica o terapéutica, constituye en nuestra experiencia el abordaje inicial de elección, asociando con frecuencia la administración coadyuvante de quimioterapia. Nuestros resultados confirman el pronóstico favorable a largo plazo del LEZM.

Conclusiones. Dentro de los LNH con afectación esplénica predominante, el LEZM supone un proceso infrecuente, característico de pacientes ancianos y de naturaleza esencialmente indolente.

V-96

CARACTERÍSTICAS DE LOS PACIENTES EPOC QUE INGRESAN EN UN HOSPITAL COMARCAL. ESTABLECIMIENTO DE UN PLAN DE CUIDADOS

C. González Becerra¹, I. Vallejo Maroto¹, R. Aparicio Santos¹, B. Romero Romero², I. Turanza Pérez³, M. Álvarez Alcina¹, C. Palmero Palmero¹ y A. Fernández Moyano¹

¹Servicio de Medicina Interna, ²Servicio de Neumología, ³Enfermería del área médica. Hospital San Juan de Dios del Aljarafe. Bormujos, Sevilla.

Objetivos. Describir las características clínicas de los pacientes que ingresan en nuestro hospital con el diagnóstico de EPOC e identificar en ellos el establecimiento de un plan de cuidados al alta.

Material y métodos. Seleccionamos al azar a un total de 45 pacientes ingresados en nuestro Hospital desde enero a junio del 2005 con el diagnóstico de EPOC. Realizamos un estudio descriptivo retrospectivo analizando edad, estancia media, sexo, tabaquismo, severidad espirométrica, grado de disnea según la *Medical Research Council* (MRC), uso de oxigenoterapia o VMNI domiciliaria, presencia de hiperreactividad bronquial, corticodependencia y adecuado uso de oxigenoterapia y técnica inhalatoria. Además evaluamos el número de hospitalizaciones y consultas en Urgencias de estos pacientes por cualquier motivo hasta diciembre del 2006. A través del informe de alta, evaluamos la causa de ingreso, el APACHE II al ingreso, el establecimiento de un plan de cuidados al alta, la figura del cuidador principal y el tratamiento prescrito al alta. Finalmente analizamos la mortalidad global de estos pacientes desde el momento del ingreso hasta diciembre del 2006.

Resultados. Durante los meses analizados encontramos 45 pacientes que ingresaron con el diagnóstico de EPOC o similares (80% EPOC, 17,8% bronquiectasias y 2,2% enfisema) en nuestro centro hospitalario. La media de edad fue de 76,8 años (DE 8,1), 86,7% eran varones y 84,4% indicaban no fumar en el momento del ingreso. La estancia media fue de 7,2 días (DE 3,32). El 76,3% tenían una obstrucción

severa en la espirometría realizada en consultas, un 45% de los pacientes tenían un grado 4 de disnea basal en la MRC y 9,1% hiperreactividad bronquial. El 57,8% tenía prescrita oxigenoterapia domiciliar y 11,1% VMNI. A su ingreso el 8,9% tomaban corticoides orales. El 66,7% hacían un uso correcto de la oxigenoterapia y el 64,7% un uso adecuado de la técnica inhalatoria. La media de hospitalizaciones de estos pacientes hasta diciembre del 2006 fue de 4,27 (DE 2,6) y el número de consultas en Urgencias 6,04 (DE 8,6). La causa más frecuente que motivó el ingreso fue la infección respiratoria (50%). El APACHE II al ingreso fue 27 (DE 4,22). Al alta el 97,8% no tenían un plan de cuidados específico y en el 75,6% no se recogía la figura del cuidador principal. En relación al tratamiento al alta, el broncodilatador de acción corta más usado fue ipratropio (59,1%). El 89,9% tenía prescrito broncodilatador de acción larga, siendo el más usado salmeterol. El corticoide inhalado más usado fue la fluticasona (88,9%) y el oral el deflazacort (95,1%). La mortalidad global fue de 44,4%.

Conclusiones. Los pacientes EPOC que ingresan en nuestro Hospital son EPOC severos con alto grado de disnea y elevad mortalidad, siendo la infección respiratoria, la causa principal que motiva el ingreso. El tratamiento farmacológico al alta en nuestro hospital está bien estandarizado. Es necesario, sin embargo, insistir en el establecimiento de un plan de cuidados específico al alta hospitalaria y en la identificación de la figura del cuidador principal.

V-97

MANIFESTACIONES CARDIOLÓGICAS Y NEURÓLOGICAS RELACIONADAS CON EL CONSUMO DE COCAÍNA QUE PRECISARON INGRESO HOSPITALARIO

A. Argibay¹, B. Sopena¹, A. Rivera¹, B. Maure¹, P. Casado², M. Rodríguez Rodríguez³, B. Gimena¹ y C. Martínez Vázquez¹

¹Servicio de Medicina Interna, ²Análisis Clínicos, ³Servicio de Neurología. Hospital Xeral de Vigo. Vigo, Pontevedra.

Objetivos. Según datos oficiales de la ONU y de la fiscalía Antidroga, España ocupa ya el primer lugar del mundo en porcentaje de consumidores de cocaína. El objetivo de este estudio es describir las manifestaciones cardiovasculares y neurológicas en relación con el consumo de esta droga que precisaron ingreso en nuestro hospital.

Material y métodos. Estudio retrospectivo: se revisaron los historias clínicas de todos los pacientes mayores de 16 años de edad, ingresados en nuestro hospital desde el 1 de enero de 1994 al 31 de diciembre del 2005, entre cuyos códigos diagnósticos al alta figuraba el consumo de cocaína. De todas las manifestaciones clínicas se prestó especial atención a las manifestaciones cardiovasculares y neurológicas. Se consideró que existía relación causal entre la droga y el motivo de atención médica cuando: se evidenció el uso reciente de cocaína (por análisis toxicológico en orina positivo o bien porque el paciente reconoció su consumo) y ausencia de otra causa que justificase la clínica.

Resultados. Se incluyeron 170 pacientes que sumaron un total de 188 episodios y 268 manifestaciones patológicas relacionadas con la cocaína que requirieron ingreso. De éstas 36 manifestaciones fueron cardiovasculares y 20 neurológicas. Las manifestaciones cardiovasculares supusieron el 13,5% de todos los síntomas causados por la cocaína. Todos eran varones, menos una mujer. La edad media fue de 33 años (rango 20-53). El 80% fumaban tabaco, un 60% consumía otras drogas y en más del 80% las cifras de colesterol eran normales. Los síndromes coronarios agudos (SCA) supusieron la manifestación cardiovascular más frecuente (36%), de los cuales el 69% (9/13) fueron diagnosticados de infarto agudo de miocardio (IAM). Se realizó cateterismo en 7, siendo normal en 4 (57%). Diez pacientes (27,8%) ingresaron por endocarditis de corazón derecho definida (*S. aueris* en 8 casos y *Streptococcus intermedius* en 2) en relación con la administración endovenosa de la droga. En 5 pacientes (13,9%) se documentó HTA. 5 pacientes presentaban una miocarditis o miocardiopatía dilatada (13,9%). En el grupo de taquicardias sintomáticas se incluyeron una fibrilación auricular paroxística y una taquicardia ventricular en un paciente con miocardiopatía dilatada, presumiblemente por la droga. Los problemas cerebrovasculares (infartos y hemorragias cerebrales) supusieron el 50% de las manifestaciones neurológicas (10/20) y fueron especialmente graves, causando la muerte en dos casos y secuelas graves en el resto. La edad media fue de 29 años (rango: 18-41). De los 8 pacientes que sufri-

ron convulsiones, sólo tres (37,5%) habían tenido crisis previas o padecían enfermedades que podían causar epilepsia. Incluimos aparte, por su rareza, una paciente de 34 con oftalmoplejía internuclear que no refería antecedentes de interés y una leucoencefalopatía en un paciente VIH consumidor de cocaína hasta el final de su vida.

Discusión. Se ha estimado que sólo un 9-11% de los pacientes que acuden a urgencias por problemas de salud causados por la cocaína, precisará ingreso hospitalario. La mayoría de los pacientes con IAM descritos en la literatura, al igual que en la presente serie, eran jóvenes y fumadores, pero no tenían otros factores de riesgo cardiovascular. Identificar a los casos de IAM por cocaína es importante ya que en este grupo están contraindicados los beta-bloqueantes y la fibrinólisis debe hacerse con cautela. Las manifestaciones neurológicas supusieron 10% de todos los síntomas causados por la cocaína. Al contrario de la literatura, no hemos observado ningún episodio de disección aórtica o de movimientos anormales ("crack dancing").

Conclusiones. Conocer que el consumo de cocaína puede "estar detrás" de manifestaciones cardiovasculares y neurológicas graves. Identificar estas manifestaciones con prontitud y tratarlas correctamente es primordial para posteriormente abordar el verdadero problema de fondo del paciente, su adicción a la cocaína.

V-98

TELEMEDICINA EN EL MANEJO DEL ICTUS AGUDO: 6 MESES DE EXPERIENCIA

C. Sanclemente Ansó¹, A. Pedragosa Vall¹, M. Ribó Jacobi², X. Gimeno Moñart³, F. Del Molino Sanz³, M. Martín Delgado³, J. Álvarez-Sabin² y J. Vilaró Pujals¹

¹Servicio de Medicina Interna, ²Servicio de Urgencias. Hospital General de Vic. Vic, Barcelona. ³Servicio de Neurología-Unidad de Ictus. Hospitals Vall d'Hebron. Barcelona.

Objetivos. Los sistemas de telemedicina permiten evaluar pacientes con ictus agudo allí donde no se encuentra neurólogo especializado las 24 horas del día. Demostrar la utilidad y aplicabilidad de la telemedicina en pacientes con sospecha de ictus agudo en un servicio de Urgencias de un hospital comarcal.

Material y métodos. Estudio prospectivo de cohortes de pacientes con sospecha de ictus agudos atendidos en el servicio de Urgencias del hospital comarcal des del 1 de enero al 19 de junio de 2007 evaluados mediante el sistema de telemedicina. Dicho sistema consta de dos monitores, 1 en el Hospital General de Vic (HGV) y otro en el hospital de referencia, Hospital Vall d'Hebrón (HVH) y se realiza videoconferencia a través de internet, con transmisión dual de imagen, voz y exploraciones complementarias. Se recogen diferentes variables: datos del paciente, tipo de ictus, hora de conexión, escala NIHSS (evaluando la concordancia entre ambos observadores), destino del paciente y realización o no de trombolisis. Se evalúa también la satisfacción de los profesionales implicados a través de una encuesta anónima. El análisis estadístico se ha realizado con el paquete SPSS y los datos se expresan en medias e intervalos de confianza.

Resultados. Durante 6 meses del total de pacientes con sospecha de ictus agudo en el servicio de Urgencias se activó el sistema de medicina en 34 pacientes, 18 hombres y 16 mujeres, con una edad media de 69 años (24-94). Los principales motivos por los que no se realizó telemedicina (n = 27) fueron: tiempo de evolución del ictus indeterminado o mayor de 6 h, NIHSS < 4, y escala Rankin modificada previa > 2. Se decidió el traslado urgente al centro de referencia en 11 pacientes (33,3%) con una duración media del mismo de 62 minutos. El 12,1% de los pacientes (n = 4) ingresó en la unidad de ictus del centro de referencia y el 9,4% (n = 3) recibió tratamiento trombolítico (2 en HVH, 1 en HGV). Se ha evitado el traslado innecesario en 15 pacientes (44%). El tiempo desde el inicio de los síntomas hasta la valoración neurológica fue de 151 minutos y la media de la escala NIHSS 6. La concordancia de la escala NIHSS entre observadores fue muy alta con un IC de 0,986. La valoración global por el médico del hospital comarcal fue muy buena.

Conclusiones. La telemedicina ha permitido acercar la atención especializada urgente a los pacientes con ictus agudo atendidos en un hospital sin la presencia de un neurólogo de guardia y optimizar su tratamiento. Ha posibilitado la introducción controlada de la fibrinólisis en el ictus isquémico en un hospital comarcal. Ha evitado el traslado innecesario en un porcentaje importante de pacientes. Me-

dante la telemedicina la escala neurológica NIHSS es una herramienta fácil y utilizable por cualquier médico entrenado no especialista en neurología demostrado con el alto grado de concordancia obtenido. La valoración global por parte del personal médico del hospital comarcal fue muy buena.

V-99

ANALGESIA EN PACIENTES ONCOLÓGICOS: OXICODONA

A. Jimeno Saínz¹, E. Polo Marqués², L. Murillo³, R. Grandez³, L. Guerrero¹ y M. Allende¹

¹Servicio de Medicina Interna, ²Unidad de Oncología, ³Servicio de farmacia. Hospital Ernest Lluch Martín. Calatayud (Zaragoza). ³Unidad de Oncología. Hospital Reina Sofía. Tudela, Navarra.

Objetivos. La oxycodona (oxycontin®) pertenece al grupo de los opioides disponibles por vía oral en España, como alternativa a aquellos pacientes que presenta intolerancia a la morfina. Es un agonista puro de receptores mu y Kappa y no dispone de techo terapéutico. Presenta un efecto analgésico, ansiolítico y sedante. Nuestros objetivos fueron valorar en pacientes oncológicos de nuestros hospitales la eficacia, la dosis requerida para controlar el dolor así como los efectos secundarios del tratamiento con oxycodona.

Material y métodos. Se realizó un estudio prospectivo de pacientes oncológicos que acudían a dos unidades de Oncología (Unidad del Hospital Ernest Lluch de Calatayud y Unidad del Hospital Reina Sofía de Tudela). El periodo de estudio fue de 2 meses (septiembre de 2006 a octubre de 2006). Los criterios de inclusión fueron: 1) Mayores 18 años; 2) Pacientes oncológicos con dolor no controlado con AINES opioides menores. 3) EVA (escala visual analógica) > 3. Se evaluó el dolor según la EVA al inicio, a la semana, al mes y a los 2 meses.

Resultados. Se incluyeron en el estudio 29 pacientes. El 58,6% fueron hombres (17) y 12 mujeres. La edad media fue de 71,3 años. Los tumores que más frecuentemente precisaron analgesia como tercer escalón fueron pulmón: 9 (31,3%); colorrectal: 6 (20,6%); mama: 4 (13,7%); páncreas: 3 (10,3%); gástrico 2 (6,8%), ovario, piel, próstata, riñón y vejiga: 1 (3,4%). La principal causa de dolor fue las metástasis óseas 8 (27,5%). Otras etiologías fueron la carcinomatosis peritoneal 2 (6,8%); infiltración torácica 10 (34,4%); las metástasis hepáticas 4 (13,7%) y la infiltración locoregional 5 (17,2%). 20 pacientes recibían tratamiento en el momento del inicio del estudio con AINES-paracetamol (68,9%) y 9 habían recibido tramadol (31%) Dosis inicial de oxycodona fue 20 mg/día con profilaxis con metoclopramida-laxante. La mediana de EVA basal fue de 6 (3-8). En 13 pacientes (44,8%) presentaron efectos secundarios en las primeras 48 h (8 náuseas leves, 3 mareos, 1 episodio de desorientación y 1 epigastralgia) y un paciente suspendió el tratamiento. La mediana de EVA en 7 días era 4 (0-7). 15 pacientes (51,7%) continuaron con dolor que requirió ascenso de dosis en la primera semana. La mediana de dosis al cabo del primer mes, y a los dos meses fue de 40 mg/día (20-120) y de 60 mg/día (20-160) respectivamente. La mediana de EVA en el primer mes y el segundo mes se mantuvo constante en 2. Al mes del inicio los efectos secundarios estuvieron presentes en 9 pacientes (31%) (8 estreñimiento leve, 1 mareo) y a los dos meses en 13 pacientes (44,8%) (10 estreñimiento leve, 2 mareos y 1 epigastralgia).

Discusión. En nuestro estudio la oxycodona ha permitido un control adecuado del dolor mejorando evidentemente la calidad de nuestros pacientes oncológicos, produciendo un descenso de más del 50% de la escala EVA (del 6 al 2) a los dos meses del control. También observamos un control del dolor a la semana del inicio del tratamiento, la EVA confirmó un descenso del 15%. Esto es producido dado que la oxycodona permite una liberación inmediata y prolongada en un mismo comprimido. En relación con los efectos secundarios al cabo de 2 meses menos de un 50% de los casos han presentado efectos secundarios.

Conclusiones. 1) La oxycodona es un analgésico eficaz en pacientes oncológicos que por su forma de liberación controladabifásica (inmediata y retardada), permite el control del dolor en la primera semana en casi la mitad de los pacientes. 2) El efecto secundario más frecuente fue el estreñimiento que puede ser predecible y tratable. 3) La oxycodona es un fármaco eficaz, sobre todo en pacientes con dolor intenso en el que la morfina sea mal tolerada.

V-100

25 AÑOS DE INTOXICACIONES AGUDAS POR DROGAS EN MADRID. ESTUDIO VEIA (VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA DE LA INTOXICACIÓN AGUDA)

S. Dorado Pombo¹, P. Caballero Vallés¹, J. Cantero Bengochea², A. Díaz Brasero¹ y C. Ibero Esparza¹

¹Servicio de Medicina Interna. Hospital 12 de Octubre. Madrid. ²Servicio de Medicina Interna, Hospital de El Escorial. San Lorenzo de El Escorial, Madrid.

Objetivos. Difundir el estudio VEIA (Vigilancia epidemiológica de la intoxicación aguda) y reflejar las variaciones epidemiológicas de las intoxicaciones agudas por drogas ilícitas en el H.U. 12 de Octubre de Madrid, durante 25 años (1979-2004).

Material y métodos. Hemos revisado las historias clínicas de los pacientes atendidos por intoxicación aguda por drogas ilícitas en los años 1979, 1985, 1990, 1994, 1997, 2000 y 2004 valorando género, edad, tipo de droga, distribución semanal y destino.

Resultados. En el período considerado se han observado un total de 832 enfermos intoxicados por drogas de un total de 6.095 pacientes intoxicados en el mismo período. La proporción entre varones/mujeres ha oscilado entre 6,5: 1 a 2,5: 1 y la edad media de 20,6 a 28,9. El tipo de droga responsable ha presentado variaciones siendo la heroína y la cocaína los tóxicos más frecuentemente detectados con aparición de nuevas drogas en los últimos años. El pronóstico ha sido bueno precisando ingreso en UCI sólo el 3,6%. El número más elevado de casos corresponde al fin de semana.

Discusión. Importantes variaciones cuantitativas en el tiempo que nos permiten diferenciar tres períodos en estos 25 años. El inicial, en que este tipo de intoxicación era infrecuente y posiblemente es el final del movimiento psiquedélico. El segundo, en el que se produce un rápido incremento, hasta el inicio de los años 90, que refleja el gran consumo de heroína por vía parenteral que ocurrió en el período de la transición política, con un descenso brusco, como consecuencia del abandono de la vía parenteral por temor al SIDA, aunque el elevado consumo se mantuviera aún algunos años. Y el tercero con un nuevo y más lento aumento hasta nuestros días, con cambio en el tipo de tóxico; la cocaína es el tóxico responsable en la mayoría de los casos, con matices sociales claramente diferenciados del período anterior. Los derivados del cannabis se mantienen estables y se aprecia un lento incremento de las nuevas anfetaminas, aunque ambos en un tono menor, y aparición de casos aislados de otros tóxicos, como la ketamina o el GHB en 2004. Predominio de pacientes jóvenes, con máximo entre 15 y 25 años, con variaciones en los años estudiados. Superioridad de varones, con ligera tendencia a igualarse en los últimos años. Mayor incidencia en el fin de semana aunque no significativa.

Conclusiones. Los cambios que apreciamos en el tiempo no constituyen más que un reflejo de la situación del consumo de drogas en nuestra sociedad como se observa del de otros medios como los datos comunicados por los Cuerpos de Seguridad o por los Observatorios Español y Europeo de las Drogas lo que nos anima a creer que el estudio VEIA aporta información sobre la situación de este problema y merece ser continuado

V-102

ETIOPATOGENIA DE LAS CRISIS COMICIALES EN LOS TRANSTORNOS PRIMARIOS DEL METABOLISMO DE LA HORMONA PARATIROIDEA (PTH)

G. Marabé¹, I. Gonzalo², P. Saavedra², J. De Miguel¹, C. Blanco², Á. García-Manzanares², N. Gil-Fournier² y J. Álvarez²

¹Servicio de Medicina Interna, ²Servicio de Endocrinología y Nutrición. Hospital Universitario Príncipe de Asturias. Alcalá de Henares, Madrid.

Objetivos. Nuestro objetivo es, a través de la presentación de tres casos clínicos de hipocalcemia primaria, trastorno extremadamente infrecuente, revisar la etiopatogenia de las manifestaciones en el sistema nervioso central, tales como convulsiones, sus aspectos fisiopatológicos, clínicos y sus complicaciones.

Material y métodos. 1) Varón de 23 años que consulta por movimientos tónico-clónicos generalizados seguidos de período postcrítico

co prolongado. Presentó signo de Trousseau y Chvostek positivos y exploración neurológica normal. Calcio sérico corregido para albúmina: 6,1 mg/dl, fósforo: 6,2 mg/dl, CK total: 769, Magnesio 1,2 mg/dl, PTHi: 3 pg/ml. ECG y TC craneal sin alteraciones. 2) Mujer de 19 años que consulta por movimientos tónico-clónicos generalizados. Antecedentes personales y familiares de hipoparatiroidismo en seguimiento y tratamiento con calcio, vitamina D y magnesio. Calcio corregido para albúmina: 7,6 mg/dl, calcio iónico: 0,76 mg/dl, fósforo: 5,99 mg/dl, PTHi: 17 pg/ml. Exploración física y ECG sin alteraciones. TC craneal con calcificaciones de los ganglios de la base bilaterales. 3) Mujer de 29 años diagnosticada de pseudohipoparatiroidismo familiar fuera de nuestro centro, sin tratamiento. Antecedente personal de crisis comiciales de etiología no filiada desde los 5 años con mal control de los episodios con medicación anticomicial. Calcio corregido para albúmina: 6,31 mg/dl, fósforo: 5,75 mg/dl, PTHi: 113 pg/ml. TC craneal con múltiples calcificaciones intracraneales. En los dos últimos casos las crisis comiciales son refractarias a pesar de buen cumplimiento terapéutico.

Resultados. Se trata de 3 casos de hipocalcemia primaria, 1 hipoparatiroidismo (1 de ellos congénito y otro de inicio tardío) y 1 pseudohipoparatiroidismo congénito. Tienen en común tanto la presentación de convulsiones en su curso clínico como las cifras de calcio y fósforo séricos, mientras que difieren en la aparición de calcificaciones en las pruebas de imagen.

Discusión. El aumento del producto fosfo-cálcico (Ca x P) induce la producción de depósitos de sales de fosfato cálcico en los tejidos blandos, siendo un mecanismo que podría conducir al desarrollo de calcificaciones y microcalcificaciones ectópicas sintomáticas en los hipoparatiroidismos primarios. Destacando la presencia en el SNC de calcificaciones en los ganglios basales de forma característica y frecuente. El depósito de estas sales se potencia en presencia de factores locales tales como el pH, la necrosis y la hipoxia tisular, así como por el paso del tiempo. El tiempo de evolución del proceso define el hallazgo de calcificaciones groseras en caso de ser prolongado, mientras que de forma temprana se plantearía la posibilidad de microcalcificaciones no visibles en las pruebas de imagen. En el caso del SNC estas calcificaciones pueden ser tanto groseras (calcificación de los ganglios basales en los casos 2 y 3) como microscópicas (microcalcificaciones) y, por tanto, indetectables en estudios de imagen (caso 1). Así la hipocalcemia y el aumento del Ca x P crónicos se asocian, de forma característica y frecuente, a la calcificación de los ganglios basales. De forma subaguda podría ser responsable de microcalcificaciones cerebrales, no visibles en las pruebas de imagen, y de convulsiones refractarias al tratamiento antiepiléptico convencional.

Conclusiones. 1) La presencia de convulsiones como manifestación relacionada con los trastornos de la hormona paratiroidea no es infrecuente. 2) La elevación del producto fosfo-cálcico es responsable de calcificaciones ectópicas groseras y microscópicas en el sistema nervioso central. 3) La presencia de microcalcificaciones en el sistema nervioso central puede ser responsable del desarrollo de convulsiones con tomografía computerizada y resonancia magnética cerebral normales, siendo el tiempo de evolución un marcador para estos hallazgos.

V-103

EL LEGADO DEL URANIO EMPOBRECIDO: HALLAZGOS RADIOLÓGICOS

F. Jódar Morente¹, A. Rodríguez¹, L. Alcalá Mata³, V. Navarro Pérez¹, J. Trujillo¹, D. Manjón¹, N. Marín¹ y F. Molina¹

¹Servicio de Medicina Interna, ²Dirección Corporativa, ³Servicio de Radiología. Hospital Universitario Médico-Quirúrgico. Jaén.

Objetivos. Evaluación de los hallazgos radiológicos de 53 ex-trabajadores de la Fábrica de Uranio de Andújar (1959-1981) para tratar de resolver las incertidumbres persistentes respecto a los riesgos que para la salud hayan podido derivarse de la inhalación y eventual ingestión de toneladas de polvo con uranio empobrecido.

Material y métodos. Análisis de los hallazgos radiológicos de una cohorte homogénea de 53 ex-trabajadores de minería como parte del protocolo elaborado por un comité de expertos y aplicado por un equipo de clínicos según lo acordado entre el Ministerio de Trabajo del Estado y la Consejería de Salud Andaluza. Grupo control forma-

do por 50 exploraciones radiológicas elegidas al azar de pacientes ambulatorios con una media de edad similar al grupo caso. Test de chi-cuadrado para una significación de 0,05.

Resultados. Probabilidad de que las diferencias sean debidas al azar: Alteraciones óseas columna (0,300), cardiomegalia (0,753), alteraciones anatómicas aórticas (1,000), alteraciones de morfología diafragmática (0,246), granulomas intrapulmonares (0,073) alteraciones del parénquima pulmonar (0,005), adenopatías torácicas (0,200), alteraciones pleurales (1,000) alteraciones hiliares (0,304). **Discusión.** A pesar de haber utilizado un grupo de control pequeño, y con pacientes a los que ya se les presupone alguna patología (lo que motiva la indicación de la prueba), hemos encontrado diferencias en el parénquima pulmonar y los granulomas pulmonares de ambos grupos. Hemos de ser cautos, no obstante. Establecer una relación causal entre la exposición al uranio y las diferencias entre las cohortes revisadas es arriesgado, ya que sólo podría establecerse mediante un estudio prospectivo con grupo control, cosa poco probable y éticamente no justificable. También debe establecerse una correlación entre los hallazgos de imagen y la clínica de los pacientes, difícil en la mayoría de los casos. No obstante, es improbable detectar una semiología radiológica específica de las exposiciones al polvo de este mineral.

Conclusiones. No hemos detectado diferencias significativas entre las alteraciones óseas de columna, cardiomegalia, alteraciones anatómicas aórticas, alteraciones de morfología diafragmática, adenopatías torácicas, alteraciones pleurales, y alteraciones hiliares. Sí las hay, en cambio, en las alteraciones del parénquima pulmonar de cualquier tipo (Signos de broncopatía, granulomas, neumopatías y bronquiectasias, entre otros), a pesar de que el grupo control corresponde a pacientes con una sospecha clínica que requirió en su momento un estudio radiológico. Los granulomas intrapulmonares tal vez deban tenerse en cuenta, pero exigirán un análisis posterior.

V-104

UTILIDAD DEL HOLTER IMPLANTABLE EN EL PACIENTE CON SÍNCOPE COMPLEJO

I. De la Puerta González-Miró¹, G. Piñol Ripoll², A. Sánchez Val¹, M. Salvo Samanes¹, J. Pelegrín Díaz¹ y G. Rodrigo Trallero¹

¹Servicio de Cardiología, ²Servicio de Neurología. Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa. Zaragoza.

Objetivos. El Holter implantable (HI) es un dispositivo de implantación subcutánea en el tórax cuyo objetivo es el registro de arritmias, automáticamente según unos parámetros programados, y manualmente por el paciente ante la presencia de síntomas. Su utilidad radica en el diagnóstico de síncope de etiología indeterminada en los que la sintomatología es infrecuente, se sospecha el origen arritmico de los mismos y la realización de técnicas invasivas ha resultado no concluyente. Nuestro objetivo ha sido determinar las características epidemiológicas de los pacientes a los que se les ha indicado el implante de este dispositivo y el rendimiento diagnóstico del mismo. **Material y métodos.** Se estudiaron todos los pacientes sometidos a implante de HI en la Unidad de Arritmias de nuestro Hospital desde enero del 2002 hasta junio del 2007. Se evaluaron sexo y edad en el momento del implante, comorbilidad asociada así como criterios de indicación del implante y pruebas complementarias realizadas previamente. Los pacientes fueron revalorados con una periodicidad de tres meses y ante la presencia de síntomas sugestivos de trastornos del ritmo, presíncope o recurrencia del síncope hasta que algún registro fue diagnóstico o hasta el agotamiento de la batería del dispositivo.

Resultados. Total de pacientes evaluados 33. Edad media de 64,5 años con un 51,5% de varones. Antecedente de cardiopatía isquémica en seis enfermos, de miocardiopatía hipertrófica en uno y de miopatía por desmina en otro. Cuatro pacientes habían sido derivados con el diagnóstico previo de epilepsia. Presentaban síncope único, o aislados, pero de claro perfil arritmico el 25% y síncope recurrentes graves el resto. Tenían realizado Electrocardiograma, Ecocardiograma y Holter-ECG todos los enfermos, Test de la mesa basculante el 33,3%, Estudio Electrofisiológico el 24,2%, estudio de patología cerebrovascular y Electroencefalograma el 45,4% y 21,2% respectivamente, y otros estudios el 9%. En el seguimiento medio de 8,3 meses (SD = 6,8 meses) presentaron síntomas 19 enfermos: sín-

cope y presíncope en 9 y 10 enfermos respectivamente, objetivándose: bloqueo aurículo-ventricular (BAV) paroxístico en 3 pacientes, enfermedad del nodo sinusal en otros 3, taquicardia ventricular (TV) en 1, TV y BAV en 1, taquicardia por reentrada intranodal en otro y un enfermo falleció sin conocer la causa. En el resto de los pacientes sintomáticos se descartó el origen arritmico de los episodios. Los demás no presentaron síntomas. Presentaron complicaciones derivadas del implante 5 pacientes (decúbito, extrusión e infección) que se solventaron con la retirada del dispositivo en todos los casos.

Discusión. En el paciente en el que no se ha llegado a aclarar el mecanismo del síncope mediante técnicas convencionales, la utilidad del HI radica en la capacidad de realizar tanto el diagnóstico de confirmación de que un evento arritmico es el responsable del mismo, como en la capacidad de realizar un diagnóstico de exclusión de taqui o bradiarritmias como responsables de los episodios con las implicaciones terapéuticas y pronósticas que de ello se deriva.

Conclusiones. El HI es una herramienta efectiva en el manejo diagnóstico del paciente con síncope de mecanismo no aclarado. Su utilidad viene determinada por su capacidad de correlacionar los síntomas con la presencia o ausencia de alteraciones del ritmo.

V-105

NEOPLASIA PRIMARIA MÚLTIPLE MALIGNA EN PACIENTES CON CARCINOMA HEPATOCELULAR: ANÁLISIS DE UN REGISTRO DE TUMORES

M. Fernández Ruiz¹, J. Llenas García¹, M. Fernández Cotarelo¹, L. Caurcel Díaz¹, F. Castelbón Fernández¹, F. Colina Ruizdelgado² y J. Guerra Vales¹

¹Servicio de Medicina Interna, ²Registro de Tumores. Hospital 12 de Octubre. Madrid.

Objetivos. La neoplasia primaria múltiple maligna (NPMM) supone una entidad de incidencia creciente en nuestro medio, aún mal caracterizada en sus aspectos epidemiológicos y etiopatogénicos. La generalización de programas de diagnóstico precoz en individuos cirróticos, así como de nuevas modalidades terapéuticas potencialmente curativas, ha mejorado el pronóstico de los pacientes con carcinoma hepatocelular (CHC). En consecuencia, la aparición de segundas neoplasias extrahepáticas en esta población constituye un progresivo desafío diagnóstico y terapéutico. Son escasos, no obstante, los estudios que abordan de forma específica la NPMM en pacientes con CHC. Pretendemos analizar la experiencia que, respecto a esta asociación, recoge el Registro de Tumores de nuestra institución.

Material y métodos. Análisis longitudinal retrospectivo de los casos de NPMM diagnosticados en una cohorte de pacientes consecutivos con CHC atendidos en nuestro centro en el período 1999-2003, finalizando su seguimiento a 31 de diciembre de 2004. Se recogen sus características epidemiológicas, clínicas y evolutivas. La NPMM queda definida según criterios de Warren y Gates; por su parte, el diagnóstico de CHC se basa en los criterios establecidos por la Conferencia de Barcelona-2000 de la EASL. Excluimos aquellos tumores de comportamiento esencialmente benigno (carcinoma cutáneo no melanoma). Se consideran sincrónicas las neoplasias diagnosticadas con un intervalo menor a seis meses. Las curvas de supervivencia son estimadas según el modelo de Kaplan-Meier y comparadas entre diferentes grupos mediante el test de log-rank, recurriendo al paquete estadístico SPSS (versión 12,0).

Resultados. Sobre una cohorte de 237 pacientes afectados de CHC encontramos 17 casos de NPMM (12 varones y 5 mujeres) (7,2%), con un total de 19 neoplasias extrahepáticas (dos pacientes presentaron una triple neoplasia). El factor etiológico para CHC más frecuente fue la infección por el virus de la hepatitis C (VHC) (70,6%). En 12 pacientes el diagnóstico de la segunda neoplasia precedió al del CHC (intervalo: 100,5 ± 84 meses), en tres fue de carácter sincrónico y en otros dos, metacrónico (intervalo: 11,4 ± 1,3 meses). La histología de la NPMM fue: adenocarcinoma colorrectal (4 casos), carcinoma epidermoide de laringe (3), síndrome linfoproliferativo de célula B [leucemia linfática crónica (2) y linfoma no Hodgkin de células grandes], carcinoma urotelial de vejiga (2), melanoma cutáneo (2), adenocarcinoma de próstata, carcinoma ductal infiltrante de mama, carcinoma epidermoide de orofaringe, adenocarcinoma broncogénico, y carcinoma epidermoide de origen desconocido. La edad media al diagnóstico del CHC en el grupo de NPMM (70,2 ± 9 años) no difirió de forma significativa respecto al grupo sin NPMM (65,1 ± 11 años) (p = 0,077). Tampoco se obtuvie-

ron diferencias en cuanto a la distribución por sexo, consumo de tabaco o presencia de cirrosis entre ambos grupos. La supervivencia media de los pacientes con NPMM (19,9 ± 3,5 meses) fue similar a la de los pacientes con CHC único (23,1 ± 1,8 meses) (p = 0,65).

Discusión. La NPMM constituye una realidad frecuente entre los pacientes con CHC (con una prevalencia del 7,2% en nuestro centro), y resulta propia de varones de edad avanzada. Las localizaciones más frecuentes de segunda neoplasia extrahepática en la serie estudiada fueron el tubo digestivo, el área ORL y el tracto urinario. Destaca igualmente la presencia de procesos linfoproliferativos de inmunofenotipo B (16% del total), particularmente en pacientes con infección por VHC. La concurrencia de NPMM no condiciona de forma significativa el pronóstico de los pacientes con CHC en nuestra cohorte, resultado congruente con la literatura previa publicada al respecto.

Conclusiones. Resulta necesario profundizar en el conocimiento de los mecanismos etiopatogénicos implicados en el desarrollo de la NPMM, así como determinar la influencia que puedan ejercer sobre la historia natural del CHC.

V-106

PREVALENCIA, CONCORDANCIA INTEROBSERVADOR Y CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS DE LOS PACIENTES PLURIPATOLÓGICOS HOSPITALIZADOS EN DIFERENTES ÁREAS MÉDICAS

L. Moreno Gaviño¹, C. Hernández Quiles¹, M. Bernabeu Wittel¹, M. Cassani Garza¹, F. Toscano Murillo², N. Ramírez Duque¹, S. García Morillo¹ y M. Ollero Baturone¹

¹Servicio de Medicina Interna, ²Servicio de Oncología Médica. Hospital Virgen del Rocío. Sevilla.

Objetivos. Conocer la prevalencia y las características clínicas diferenciales de pacientes pluripatológicos (PP) hospitalizados durante los meses de invierno en las distintas áreas médicas de un hospital universitario de tercer nivel. Y analizar la concordancia inter-observador para la detección-definición de PP.

Material y métodos. Estudio transversal mediante cinco cortes de prevalencia seriados (con periodicidad bimensual) durante los meses de enero a marzo de 2007. Cada paciente se evaluó por dos investigadores independientes (InvA e InvB), identificándose a los PP en base a datos de la historia clínica y entrevista personal. Las áreas se dividieron de manera que cada investigador no repitiera rol (InvA/InvB) ni área en ninguno de los cortes. La población de estudio la constituyeron los paciente hospitalizados a cargo de Medicina Interna (156 camas), Enfermedades Infecciosas (22 camas), Aparato Digestivo (30 camas), Cardiología (30 camas) y Neumología (24 camas) de un hospital de tercer nivel. Se realizó un análisis de la prevalencia de PP hospitalizados global y por áreas, y un análisis inferencial bivariado de las posibles diferencias entre los PP de diferentes áreas. La concordancia se analizó mediante el índice Kappa (k) (y sus intervalos de confianza del 95% [IC95%]), con el paquete estadístico SPSS 14,0; asumiendo como grado de acuerdo: 0-0,2 insignificante; 0,2-0,4 bajo; 0,4-0,6 moderado; 0,6-0,8 bueno y 0,8-1 muy bueno. El dintel de significación se estableció para una p < 0,05.

Resultados. Se incluyeron en total 812 pacientes (57% varones con edad media 65,2 [Error Estándar (EE) = 0,6] años). Se identificaron 196 PP (prevalencia global = 24,1%), siendo significativamente superior en áreas de M. Interna con respecto a Digestivo (34,3% vs 9,7%, p < .0001; OR = 4,8[2,2-10,9]), E. Infecciosas (34,3% vs 12,1%, p = .001; OR = 3,8[1,7-8,6]), MI-colagenosis (34,3% vs 19,1%, p = .035; OR = 2,2[1,04-4,7]) y Cardiología (34,3% vs 22,9%, p = .04; OR = 1,8[1,09-2,8]); y similar a la encontrada en Neumología (34,3% vs 32,2%, p > .05). El 65% de los PP fueron varones con una edad media de 71,3 [EE = 0,7] años, y una media de categorías definitorias de 2,4 [EE = 0,046]; las categorías más frecuentes fueron la categoría A (72% de ellos), seguida de la C (49%), la E (35%), y la B (20%). Además el 80% de ellos presentaba otras comorbilidades no definitorias de categorías (como media 2,58 [EE = 0,094]). La mediana de la escala de Charlson fue 3, del número de fármacos que tomaban previamente al ingreso de 6. En el 85% de ellos el ingreso estaba directamente relacionado con la pluripatología. En el análisis inferencial la edad de los PP ingresados a cargo de MI fue superior a la de los PP de Neumología (74 vs 65,2 años; p < .0001), Enfermedades Infecciosas (74 vs 58; p = .002) y Cardiología (74 vs 69; p = .021), y similar a los de Digestivo (74 vs 71,5; p > .05). No se encontraron

diferencias en el resto de variables analizadas. La concordancia global interobservador para la detección de PP fue buena; $k = 0,628$ (0,56-0,69). Por categorías clínicas el grado de concordancia fue: Para la categoría A; $k = 0,768$ (0,71-0,81); para la B; $k = 0,77$ (0,68-0,87); Para la C; $k = 0,715$ (0,64-0,79); para la D; $k = 0,758$ (0,68-0,84); para la E; $k = 0,70$ (0,626-0,78); Para la F; $k = 0,618$ (0,48-0,75); para la G; $k = 0,55$ (0,45-0,66); y para la H; $k = 0,234$ (0,049-0,42). **Conclusiones.** Una cuarta parte de los pacientes ingresados puntualmente en las áreas médicas de nuestro hospital en invierno son PP complejos (elevada carga de categorías y comorbilidad). La prevalencia es máxima en M. Interna (34%) siendo similar a lo conocido para meses más templados. La única diferencia en el perfil de los PP que hemos encontrado en las distintas áreas es la definida por la edad (tendencia a adscribir a los PP mayores a áreas de M. Interna). La concordancia inter-observador global para detección de PP y por categorías fue buena, salvo para la categoría G (moderada) y la H (baja).

V-107

MUJER Y ENFERMEDAD PULMONAR OBSTRUCTIVA CRÓNICA. CARACTERÍSTICAS DE LA POBLACIÓN DIAGNOSTICADA EN MEDICINA INTERNA

J. Barquero Romero, G. García Rico y M. Lobo Pascua
Servicio de Medicina Interna. Complejo H. Universitario de Badajoz. Badajoz.

Objetivos. Conocer las características epidemiológicas, diagnósticas y terapéuticas básicas de la población de mujeres con diagnóstico de Enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC).

Material y métodos. Estudio descriptivo observacional. Se incluyeron todas las pacientes mujeres con informe en la base de datos del Servicio de Medicina Interna en el que apareciera EPOC en el campo de diagnóstico/s principal/es. Período marzo de 2004 a junio de 2007. Se analizan edad, estancia media, antecedente de tabaquismo, antecedente de disnea, diagnóstico previo de EPOC, tratamiento previo de EPOC, clínica, datos de espirometría, rx y gases, otro diagnóstico pulmonar y tratamiento para EPOC incluyendo OTD. Los datos se expresan como mediana y con rango intercuartílico. Las comparaciones se realizan con test de Chi-cuadrado. Programa G-stat®.

Resultados. Nº total informes: 11.507. Informes de hombres: 6.104. Informes mujeres 5.403. Diagnóstico EPOC hombres 1.078 (17,6% de los varones). Diagnóstico EPOC mujeres 151 (2,7% de las mujeres). Estos 151 informes corresponden a 118 pacientes. De las pacientes con más de un informe se completa la información sobre el más reciente, que es el que finalmente se analiza. Mediana de edad 78 (RIC 69-85) años. Mediana de estancia 7 (6-10) días. Se había recogido la historia tabaquismo en 24 (20%), de las cuales 2 (8%) negaron hábito tabáquico, 9 (37,5%) eran exfumadoras (mediana de edad 73; Qi-Qs 69-77) y 13 (54,1%) eran fumadoras activas (mediana edad 61; Qs-Qi: 54-66). Figuraban en sus antecedentes el diagnóstico de EPOC en 84 (71%). Tenían medicación para la EPOC antes del ingreso 59 (69% de las que se conocía su medicación habitual). En los síntomas principales 99 (84%) presentaron disnea, tos 98 (83%) y 76 (64%) expectoración. Los tres síntomas los presentaban 60 (51%) y Sólo 5 (4%) pacientes no presentaron ninguno de estos síntomas. Tenían una espirometría en el informe de ata 11 (9,3%), Rx de tórax 116 (98%) y gasometría 105 (89%). La descripción de la Rx de tórax incluido en el informe se consignaba "compatible con EPOC" 29 (24,6%). Veintisiete (23,5%) pacientes presentaban como diagnóstico principal otra enfermedad con manifestaciones pulmonares (excluyendo la Insuficiencia cardíaca). Recibieron al menos un fármaco para EPOC (anticolinérgicos, b2 agonista, teofilina o esteroides inhalados) 100 (85%), o dicho de otro modo, no recibieron ningún tratamiento para la EPOC 18 (15%). Por grupos farmacológicos el empleado con mayor frecuencia fue el de B2 agonista, 85 (72%) (acción corta 15%, acción larga 57%), seguido por anticolinérgicos 63 (53%) (Tiotropio 34%, Ipratropio 18%), beta 2 agonistas, glucocorticoides (GC) inhalados 61 (51%) y Teofilina 7 (6%). La asociación de GI+ABAL 56 (47%). GC orales 61 (52%). Otros tratamientos: OTD 28 (24%) y mucolítico 12 (10%).

Conclusiones. El porcentaje de mujeres que son diagnosticadas de EPOC en la hospitalización de MI es muy pequeño y mucho menor que el de hombres. El diagnóstico es eminentemente clínico y parece "arrastarse" de informes previos. Es necesario incrementar al máximo posible los diagnósticos espirométricos, rechazar el diagnóstico de EPOC de informes previos si no existe una valoración espi-

rométrica diagnóstica, mejorar la recogida de datos de la historia de exposición al humo de tabaco y la prescripción de tratamiento en todos los pacientes con diagnóstico de EPOC.

V-108

BORTEZOMIB EN AMILOIDOSIS PRIMARIA (AL)

A. Cánovas Fernández, J. Alonso Alonso, A. Sebastián Leza y G. Barreiro García

Servicio de Medicina Interna. Hospital de Cruces. Barakaldo, Vizcaya.

Objetivos. La amiloidosis primaria sistémica (AL) es una discrasia clonal de células plasmáticas en la que un depósito generalizado de fibrillas amiloides procedentes de las cadenas ligeras anómalas conduce a un daño multiorgánico. Bortezomib, un inhibidor reversible del proteasoma 26S ha mostrado actividad en mieloma múltiple recurrente o refractario. Nuestro objetivo ha sido evaluar la actividad de Bortezomib en pacientes con amiloidosis AL que eran resistentes o habían recaído tras al menos un tratamiento previo.

Material y métodos. Hemos tratado a pacientes con amiloidosis AL histológicamente probada, sintomática, con disfunción de órganos y resistente a terapia previa o en recaída tras al menos una pauta anterior. Bortezomib se administró con el esquema habitual de 1,3 mg/m² iv los días 1^o, 4^o, 8^o y 11^o cada 3 semanas. Se añadía dexametasona 20 mg el día de bortezomib y el siguiente a menos que hubiera contraindicación y se planeó un máximo de 8 ciclos. La valoración de la respuesta hematológica fue la de la EBMT respecto al componente monoclonal y en ausencia de dicho componente, con la determinación de las cadenas ligeras libres en suero. En este caso se consideraba respuesta completa (RC) a la normalización de la concentración de la cadena clonal y del cociente k/l siendo necesaria una reducción en igual o más del 50% del isotipo clonal para la respuesta parcial (RP). En la valoración de la respuesta de órganos, se siguieron los criterios del U.K. Myeloma Forum 2004.

Resultados. Se trataron cuatro pacientes, 3 con amiloidosis AL y uno con mieloma IgG l y amiloidosis sintomática (polineuropatía y afectación intestinal). La edad media era de 57 años (43-74), predominaban las cadenas lambda (3/1). El número de tratamientos previos fue de 2 (1-3) (uno de los pacientes con dos autotrasplantes previos) y la capacidad funcional media de 2 (1-3). El número de órganos mayores afectados por la amiloide fue de 2 (1-4), con afectación cardíaca sintomática en dos, insuficiencia renal terminal en diálisis en uno y afectación digestiva con malabsorción y hemorragias en otro. Recibieron una media de 5 ciclos de Bortezomib (2-8) y la dosis inicial fue de 1,3 mg/m² sc en dos, 1 mg/m² en uno y 0,7 mg/m² en el paciente en hemodiálisis. Todos menos uno recibieron dexametasona, con reducción posterior de dosis por intolerancia. Se observó respuesta hematológica completa en 3 pacientes y el 4^o tuvo respuesta menos que parcial. Hubo respuesta clínica en los tres que tuvieron RC hematológica con mejoría de órganos incluidos dos con afectación cardíaca, digestiva y hepática. El paciente con insuficiente respuesta hematológica no tuvo respuesta de órganos y desarrolló una insuficiencia cardíaca refractaria con fallecimiento precoz. De los tres con RC, dos la mantienen con un tiempo de 5 y 6 meses de observación (uno de ellos se ha sometido a un autotrasplante de consolidación) y el tercero recayó de su mieloma a los 19 meses pero sin manifestaciones de amiloidosis. Toxicidad: se han dado dos casos de polineuropatía grados 2 y 3 respectivamente, los dos reversibles con suspensión temporal y reducción de dosis, una trombocitopenia reversible grado 3 y náuseas, vómitos y anorexia al inicio en dos pacientes (grados 1 y 2). Otros efectos observados fueron una mucositis grado 2 en un caso y herpes zóster no complicado en otro.

Discusión. El tratamiento de elección de la amiloidosis en pacientes seleccionados es melfalán en dosis altas seguido de autotrasplante de precursores hematopoyéticos. En los no candidatos a tratamiento intensivo se utiliza la pauta melfalán-dexametasona. Bortezomib, un inhibidor reversible del proteasoma 26S, solo o asociado a dexametasona ha demostrado actividad en mieloma múltiple recurrente o refractario pero la experiencia en amiloidosis es aún muy limitada. Nuestros resultados con Bortezomib confirman los reportados previamente con respuestas hematológicas completas que van seguidas de mejoría en la disfunción de órganos.

Conclusiones. Nuestros resultados muestran la efectividad de bortezomib en amiloidosis primaria con toxicidad asumible produciendo

respuestas hematológicas que se siguen de mejoría en los órganos afectados. No obstante se precisa mayor experiencia para optimizar el uso de Bortezomib en éste ámbito, en asociación con otros fármacos o en fases más precoces de la enfermedad.

V-109
ANEMIA EN LOS PACIENTES INGRESADOS EN MEDICINA INTERNA

S. Terraza Martín, L. Hueso del Río, J. Velilla Marco, M. Espuelas Monge, P. Martínez Heras, M. Pérez Conesa, P. Figueras Villalva y J. Aguirre Errasti

Servicio de Medicina Interna. Hospital Universitario Miguel Servet. Zaragoza.

Objetivos. Valorar las características de los pacientes ingresados con GRD principal de anemia en un Servicio de Medicina Interna.

Material y métodos. Revisión de las historias clínicas de los pacientes cuyo principal GRD al alta hospitalaria fue el GRD 395 (Trastornos de los hematíes en pacientes mayores de 17 años), ingresados en el Servicio de Medicina Interna del Hospital Universitario Miguel Servet de Zaragoza, desde el 1 de enero de 2005 al 31 de diciembre de 2005.

Resultados. Se obtuvieron 82 pacientes con el diagnóstico principal de anemia. El 56,1% (46) eran mujeres y el 43,9% (36) hombres. La edad osciló entre 17 y 93 años, siendo la edad media de 74 ± 13 años. Los meses en los que se registraron mayor número de ingresos por esta causa fueron agosto con 12 pacientes y septiembre con 11 casos. La estancia media fue de 11,3 ± 7,4 días. La hemoglobina de los pacientes al ingreso varió entre 4,0 y 11,1 siendo la media de 7,3 ± 1,5 g/dl. Se realizaron analíticas especiales (Ac enfermedad celiaca, autoinmunidad, etc) en el 17,1% (14) de los casos, gastroscopia en 58,5% (48) pacientes, colonoscopia en 40,2% (33), tránsito intestinal en 9,7% (8), y TAC abdominal en 23,2% (19). En cuanto a la etiología de la anemia, el 74,4% (61) de los pacientes presentaban anemia ferropénica, el 13,4% (11) anemia de procesos crónicos, el 7,3% (6) anemia por déficit de ácido fólico y/o vitamina B₁₂, y el 4,9% (4) anemia no especificada. Dentro de los casos de anemia ferropénica, el 91,8% se achacó a pérdida digestivas, aunque sólo en el 51,7% de estos se pudo demostrar la causa de las pérdidas sanguíneas. En el 13,1% de los pacientes con anemia ferropénica, 9,8% de todos los enfermos del estudio, se diagnosticó cáncer de colon. El 30,5% de los pacientes tomaba tratamiento antiagregante y/o anticoagulación. En el 25,6% (21) de los casos se observaron complicaciones durante el ingreso, predominando la insuficiencia cardiaca. El 68,3% (56) de los pacientes precisaron transfusión de hematíes y el 28% (23) fueron tratados con hierro intravenoso.

Conclusiones. Hemos observado un predominio de anemia ferropénica secundaria a sangrado digestivo en los pacientes ingresados con GRD principal de anemia. Casi en el 10% se diagnostica cáncer de colon. Destaca el alto porcentaje de tratamiento antiagregante y/o anticoagulante en estos pacientes, y la frecuencia de complicaciones durante el ingreso. A partir de estos datos proponemos un algoritmo diagnóstico en los pacientes con anemia ferropénica.

V-110
EVOLUCIÓN DE COLESTEROL, TRIGLICÉRIDOS Y ÁCIDO ÚRICO TRAS EL INICIO DE TRATAMIENTO CON INTERFERÓN EN ESCLEROSIS MÚLTIPLE

M. Pérez Conesa¹, J. Ara², J. Velilla¹, J. Martín², R. Alarcía², P. Martínez Heras¹ y J. Aguirre¹

¹Servicio de Medicina Interna, ²Servicio de Neurología. Hospital Universitario Miguel Servet. Zaragoza.

Objetivos. Determinar si existe relación entre los valores basales de triglicéridos, colesterol, y ácido úrico, los cambios inducidos por interferon en estos parámetros y la respuesta a dicho tratamiento.

Material y métodos. Estudio prospectivo realizado en la Unidad de Enfermedades Desmielinizantes de un hospital terciario durante el período 1996-2004. Se siguieron 166 pacientes con esclerosis múltiple desde el inicio del tratamiento con Interferon beta hasta un máximo de 36 meses. Se recogió la edad, sexo, tiempo de evolución de la enfermedad, número de brotes, puntuación EDSS, respuesta al tratamiento, niveles de triglicéridos, colesterol total, y ácido úrico, en los meses 0, 3, 6, 12, 18, 24, 30 y 36. Se realizó estadística descriptiva, regresión logística y curvas de supervivencia.

Resultados. Se han analizado 150 pacientes, 73% mujeres. Un 27% se catalogaron como no respondedores y la media de seguimiento fue de 27,6 meses. Los triglicéridos aumentaron significativamente en los meses 1 y 3. El colesterol y el ácido úrico disminuyeron en los meses 1 y 3. Los niveles basales de triglicéridos, colesterol y ácido úrico no se correlacionaron con la respuesta al tratamiento. El análisis de supervivencia mostró una mejor respuesta en el grupo que al mes presentaba mínimos cambios en los triglicéridos frente a los que experimentaban mayores oscilaciones en los mismos (p = 0,037), no observando diferencias significativas en los cambios de colesterol y/o ácido úrico.

Conclusiones. La ausencia de cambios precoces en los niveles de triglicéridos inducidos por interferon pueden ser predictores de respuesta al tratamiento.

V-111
¿ESTIMAMOS BIEN EL PESO DE NUESTROS PACIENTES? M. González Sanz¹, A. Azcárate Villalón², S. Ibañez del Agua³ y C. Suárez Fernández¹

¹Servicio de Medicina Interna, ²Servicio de Endocrinología, ³Servicio de Dermatología. Hospital Universitario de la Princesa. Madrid.

Objetivos. Valorar la precisión en la estimación del peso de nuestros pacientes con respecto a su peso real.

Material y métodos. Estudio transversal en 92 pacientes, ingresados en el Servicio de Medicina Interna-Infecciosas del Hospital Universitario de la Princesa. Criterio de inclusión: que el paciente pudiera mantenerse de pie, sin ayuda, sobre una báscula convencional. El peso se expresó en kilogramos. Se realizaron 3 estimaciones de peso: subjetiva por cada uno de los 3 investigadores, tras inspeccionar al paciente; referida por el propio paciente; objetiva mediante báscula (peso real). Para medir la discrepancia comparamos las medias de pesos estimados tanto por los tres investigadores como por el propio paciente con el peso real mediante una t de Student para datos apareados. El grado de acuerdo se calculó mediante el coeficiente de correlación intraclass.

Tabla 1. (V-111).

	Muestra	CCI	Diferencia peso	IC 95	p
< 60 kg n = 23	A-PR	0,55	5,21 ± 6,01	(2,61; 7,81)*	0,000*
	B-PR	0,58	3,34 ± 6,46	(0,55; 6,13)*	0,021*
	C-PR	0,57	2,82 ± 6,93	(-0,17; 5,81)	0,064
	Pac-PR	0,86	-0,41 ± 3,75	(-2,07; 1,24)	0,610
60-90 kg n = 22	A-PR	0,44	-3,42 ± 9,22	(-7,50; 0,67)	0,097
	B-PR	0,48	-5,73 ± 6,84	(-8,76; -2,70)*	0,001*
	C-PR	0,52	-5,87 ± 6,04	(-8,54; -3,19)*	0,000*
	Pac-PR	0,74	0,83 ± 6,21	(-2,08; 3,74)	0,558
> 90 kg n = 5	A-PR	0,24	-11,14 ± 13,48	(-27,84; 5,59)	0,138
	B-PR	0,24	-9,94 ± 12,10	(-24,96; 5,09)	0,140
	C-PR	0,49	-7,74 ± 4,17	(-12,91; -2,56)*	0,014*
	Pac-PR	0,97	-0,54 ± 1,53	(-2,44; 1,36)	0,475

Resultados. De entre los 92 pacientes 50 (54,34%) IC (43,62; 65,07) cumplían criterios de inclusión. 24 varones (48%). Edad media: 70,34 ± 16,59. Media del peso real: 65,18 ± 16,68 (39,102). De entre los 50 pacientes hubo 3 que no supieron o pudieron estimar su peso. Se estratificó el peso en tres estratos: < 60 kg, n = 23 con un peso medio de 51 ± 6,58; 60-80 kg, n = 22 peso medio 72,74 ± 8,57; > 80 kg n = 5, con un peso medio de 97,14 ± 6,38. Los resultados se expresan en la tabla I.

Discusión. El no conocer el peso exacto de nuestros pacientes nos puede llevar a cometer errores en nuestra práctica clínica tanto diagnósticos (aclaración de creatinina estimado) como terapéuticos (dosificación de fármacos).

Conclusiones. El peso es una constante vital que debería quedar reflejada siempre en la historia clínica. En su ausencia, el peso referido por el paciente es la medida a tener en cuenta. La estimación subjetiva del peso por el médico no es una medida aceptable.

V-112

RESPUESTA CARDIOVENTILATORIA DURANTE UN EJERCICIO DE INTENSIDAD LIGERA EN PACIENTES CON SÍNDROME DE FATIGA CRÓNICA

A. Suárez¹, C. Javierre¹, J. Alegre², A. García-Quintana³, E. Garrido⁴, J. Barbany¹, J. Ventura⁵ y R. Segura¹

¹Departamento de Ciencias Fisiológicas II. Universidad de Barcelona. Barcelona. ²Servicio de Medicina Interna. Hospitals Vall d'Hebron. Barcelona. ³Servicio de Medicina Interna. Centre Mèdic Delfos, S. A. Barcelona. ⁴Servicio de Medicina del Deporte. Hospital General de Catalunya. Sant Cugat del Vallès, Barcelona. ⁵Unidad de Cuidados Intensivos. Hospital Universitari de Bellvitge. Hospitalet de Llobregat, Barcelona.

Objetivos. Los pacientes diagnosticados de síndrome de fatiga crónica (SFC) presentan una reducción de la capacidad física y una percepción de fatiga aumentada durante horas o incluso días después de realizar un esfuerzo. El objetivo del presente estudio fue evaluar las posibles diferencias en los parámetros cardioventilatorios durante el reposo y durante un ejercicio ligero entre un grupo de pacientes SFC y un grupo control.

Material y métodos. Se estudió 141 mujeres afectadas con SFC y 20 mujeres sedentarias con similares estatus social, nivel actividad, edad y peso. Se les evaluó mientras descansaban durante dos minutos (sentados en el cicloergómetro) y, posteriormente, mientras pedaleaban a 0 vatios a 50 rev·min⁻¹ durante cuatro minutos.

Resultados. Se observó diferencias en la eficiencia ventilatoria con equivalentes respiratorios para el oxígeno elevados (34,6 ± 10,1) en el grupo con SFC con respecto al grupo control (28,0 ± 3,4) (p < 0,01) y un equivalente respiratorio para el CO₂ también elevados en el grupo de pacientes con SFC (37,9 ± 7,7) respecto al grupo control (33,4 ± 3,8) (p = 0,01). En el periodo de reposo se observó mayor frecuencia cardíaca e índice de percepción de fatiga en el grupo SFC (p = 0,03).

Conclusiones. Según los resultados de este estudio, los pacientes con SFC presentan una peor respuesta durante la realización de ejercicios de intensidad ligera con una menor eficiencia que podría ser explicada por la percepción de fatiga y ansiedad experimentada por el grupo de pacientes con SFC durante el ejercicio de intensidad ligera. Estas diferencias deberían tenerse en cuenta en la programación de actividades específicas de rehabilitación en este grupo de pacientes. Este estudio ha sido financiado parcialmente por la ayuda FIS PI051487-2006.

V-113

GRADO DE CUMPLIMIENTO DE LAS RECOMENDACIONES DE TRATAMIENTO ACTUALES CON SALMETEROL-FLUTICASONA EN PACIENTES EPOC

D. Morchón Simón, J. Martín Escudero, M. Pineda Alonso, G. Vega Tejedor, M. González Rozas, F. Fernández Rodríguez, J. Soler González y B. Morejón Huerta
Servicio de Medicina Interna. Hospital Universitario Río Hortega. Valladolid.

Objetivos. El estudio TORCH ha demostrado un efecto favorable (reducción de mortalidad, agudizaciones y Calidad de vida) de los

pacientes EPOC con FEV1 < 60% si son tratados con 50/500µg de salmeterol-fluticasona. Deseábamos analizar si esta magnífica noticia para los EPOC estaba siendo aplicada, poniéndose en práctica estas recomendaciones.

Material y métodos. Estudiamos una cohorte de 95 pacientes diagnosticados de EPOC hospitalizados de forma consecutiva en nuestro centro de octubre 2006 a abril 2007. Recogimos la medicación que tomaba a su ingreso. La valoración del índice BODE y la aplicación de la escala EQoL-5D se hizo al alta hospitalaria.

Resultados. Los 95 pacientes tenían una edad media de 73,5 (± 9,9) años, el 94% varones, fumadores de 61,2 (± 34) paquetes-año y el 14% aun persistían en el hábito activo. El 25% tenía CPC, el 7,4% poliglobulia (Hcto > 50%). Según la clasificación GOLD de EPOC el 18% era muy grave, 58% era grave y el 22% moderada. Según escala MRC la disnea era de grado-II en 21%, III en el 48% y IV en el 21% de los EPOC. Tenían un índice BODE de 1-2 el 7,4%, 3-4 el 20%, 5-6 el 25% y de 7-10 el 47%. Habían acudido al médico de AP 14,3 ± 13 veces y a su enfermera 9 ± 7 veces en el último año. Habían tenido 3,1 ± 1,8 agudizaciones en el último año. En los 5 años previos habían tenido 4 ± 3 ingresos por agudización. Solo estaba laboralmente en activo el 15% de ellos, y estos habían sufrido 20,7 días ± 30 días de baja laboral en el año previo. Solo el 47% recibía tratamiento antes de su ingreso con salmeterol-fluticasona en dosis de 50/500 µg, aunque 72% tenían un FEV1 < 50%. El tratamiento con salmeterol-fluticasona parece haberse prescrito al azar, sin tener relación con un grado de severidad del FEV1 (> o < 50%), índice BODE (0-2, 3-4,5-6, 7-10), el N° de agudizaciones en los 5 años previos o la escala MRC de disnea.

Discusión. Casi la mitad de los pacientes EPOC están ya tratados con Salmeterol-fluticasona al ingresar en nuestro centro, pero no cumplían un buen perfil de tratamiento a la luz de las evidencias actuales, ya que casos muy severos estaban sin tratar y otros leves tratados con salmeterol-fluticasona. Frecuentar consultas y hospitales de momento no les está aportando ventajas.

Conclusiones. Aunque pudiéramos pensar que estudios muy relevantes, como el estudio TORCH en EPOC, tienen un inmediato calado en la práctica clínica, la realidad es tozuda demostrándonos que su aplicación es anárquica y lenta.

V-115

CONTINUIDAD ASISTENCIAL EN UN SERVICIO DE MEDICINA INTERNA. PAPEL DE UNA UNIDAD DE HOSPITALIZACIÓN A DOMICILIO

J. Camero Macías, J. Lozano Rodríguez, M. Zamora Sierra, A. Fernández López, C. Aguilera González y J. Melero Bellido

Hospitalización Domiciliaria (UCAMI). Hospital Virgen del Rocío. Sevilla.

Objetivos. Analizar las características y el flujo de los pacientes atendidos en su domicilio por una Unidad de Hospitalización a Domicilio integrada en una Unidad de Continuidad Asistencial de Medicina Interna (UCAMI) de los HH. UU Virgen del Rocío de Sevilla.

Material y métodos. Se analizaron los pacientes ingresados en una Unidad de Hospitalización a Domicilio desde 1 de enero del 2.000 al 15 de junio de 2007. Para ello se han explotado los datos incluidos en una Base de Datos tipo Access 2003, en la que, junto con los datos de filiación, se recogen consumo de recursos (especialmente visitas a domicilio y llamada telefónicas) así como estancias medias, profesionales que lo atienden, servicios de procedencia, flujo de pacientes, etc.

Resultados. En el periodo de tiempo analizado han ingresado en nuestra Unidad un total de 6.094 pacientes, de los cuales, el 54,6% eran varones y el 45,4% eran mujeres. La edad media fue de 64,8 años para los hombres y de 71,3 para las mujeres. Del total de pacientes atendidos, el 37% correspondían a pacientes en situación terminal, el 36% eran pacientes con patología predominantemente quirúrgica y el 27% pacientes definidos como pluripatológicos. La procedencia de estos pacientes era la siguiente: 38% de la planta de Hospitalización, 28,6% de A. Primaria de Salud, 17,5% de C. Externas de Especialidades, 6,3% de otros Hospitales, 5,7% del Área

de Urgencias, 4% de otras procedencias, además de 25 pacientes que provenían de diciembre de 1999. No se han incluido en el total 115 pacientes que fueron valorados y derivados a otros Hospitales. Dichos pacientes precisaron 83.158 visitas a domicilio; de las cuales 52.251 correspondían a visitas de enfermería y 30.907 a visitas de facultativos. Se realizaron aproximadamente entre unas 25.000 -30.000 llamadas telefónicas. Su estancia media global fue de 19,8 días (estancia/día/camas: 44,2) con una frecuentación de 6,87 visitas por cada 10 días de estancia. El destino de estos pacientes fue: 19% éxitus en domicilio (43,6% en los pacientes en situación terminal), 17,3% ingresaron en el hospital (en más del 80% dichos ingresos fueron programados, sin paso previo por el S^o de Urgencias), 62% se derivó a A. Primaria por estabilización (siempre con informe clínico y en la mayoría de los casos con contacto personal en C. Salud, domicilio del paciente y en su defecto, contacto telefónico) y 2,1% otros motivos (cambio de domicilio transitorio o definitivo del paciente).

Discusión. La Continuidad Asistencial aparece como un valor supremo en el funcionamiento de nuestro Sistema Sanitario. La comunicación permanente entre los profesionales de cualquier nivel, la circulación bidireccional, fluida y en tiempo real de toda la información del paciente, posibilitaría que la atención del mismo se haga de la forma más eficaz y eficiente. Tanto el paciente pluripatológico como el paciente en situación terminal plantea importantes dificultades para su abordaje en Atención Primaria al presentar especial complejidad en el manejo de los diferentes problemas de salud y de acceso de forma rápida a los medios hospitalarios. La atención integral de estos pacientes no es una atención aislada sino que requiere de un modelo de atención compartida entre atención primaria y hospitalaria. En este sentido, la Unidad de Hospitalización a Domicilio no constituye una alternativa a otro tipo de atención médica, sino un eslabón entre ambos niveles para la atención de episodios concretos que requieran ser atendidos por un nivel especializado en su domicilio debido a su complejidad.

Conclusiones. 1) Apostamos por un modelo asistencial basado en la continuidad asistencial y la atención integral como elementos esenciales para poder dar una adecuada respuesta a las necesidades globales que presenta el paciente y su familia. 2) La Hospitalización a Domicilio, como Equipo de Soporte especializado en domicilio, para la atención integral de pacientes complejos con Enfermedad Avanzada y/o Terminal, constituye un eslabón básico entre la Atención Primaria y la Atención Hospitalaria para garantizar la continuidad entre los diferentes niveles asistenciales.

V-116

LA COMPLEJIDAD DE LOS PACIENTES EN SITUACIÓN TERMINAL ATENDIDOS EN UNA UNIDAD DE HOSPITALIZACIÓN DOMICILIARIA (UHD) INTEGRADA EN UN SERVICIO DE MEDICINA INTERNA

J. Lozano Rodríguez, M. Zamora Sierra, J. Camero Macías, A. Fernández López, C. Aguilera González y J. Melero Bellido

Hospitalización Domiciliaria (UCAMI). Hospital Virgen del Rocío. Sevilla.

Objetivos. Proponer herramientas que sirvan para clasificar a los pacientes en situación terminal en niveles de complejidad (N) facilitando así los criterios de intervención de los distintos recursos asistenciales. Describir la actividad realizada por un equipo de soporte de CP domiciliario ubicado en una UHD en función del grado de complejidad que presentan, en el período 2006-2007.

Material y métodos. Análisis descriptivo y prospectivo de los resultados de actividad recogidos por el equipo de CP de la Unidad de Hospitalización a Domicilio de los HH. UU Virgen del Rocío en 18 meses, desde enero del 2006 hasta junio del 2007. La complejidad se determinó en función de los factores o situaciones aceptadas como complejas en la literatura actual, y que denominamos Elementos de Complejidad; que se agruparon, estableciendo una clasificación en niveles de complejidad. En base a ello, clasificamos a los pacientes terminales atendidos en nuestra Unidad en cuatro niveles: de menor a mayor complejidad del N1 al N3, y siendo el N4 el grupo de los pacientes en situación preagónica/agónica que requerían de una estrategia de actuación compleja. En cada uno de los grupos se analizaron las siguientes variables: actividad realizada por el equipo, procedencia, estancia media generada, frecuentación de visitas y motivo de alta.

Resultados. El total de pacientes terminales atendidos por nuestra Unidad en el período analizado fue de 525; de los cuales el 51% correspondían a varones (edad media: 69,2 años) y el 49% eran mujeres (edad media: 73 años). En más del 90% de los casos, los pacientes tenían una enfermedad neoplásica de base y presentaban un IK entre 40-50% en el momento de su ingreso. La estancia media registrada de forma global fue de 20,78 ± 25,47 días. Las visitas domiciliarias realizadas por el Equipo fueron 5.612 (3.330 de facultativos y 2.282 de enfermería) y la frecuentación fue de 5,14 visitas por cada 10 días. En cuanto a la procedencia de los pacientes: un 35,6% procede de Atención Primaria; un 34,4% de CCEE (principalmente de Oncología Médica); un 10,6% fueron derivados de otros Hospitales; el 10,4% procedían de la Planta de Hospitalización y el 4,1% del área de Urgencias. El 37,3% de los pacientes fueron dados de alta por mejoría; 25,5% fueron ingresados (73,8% de éstos de forma programada sin pasar por Urgencias). El 36% de los pacientes atendidos fallecieron en su domicilio. El 51,4% de los pacientes atendidos correspondió al grupo N3 de complejidad.

Discusión. La mejor forma de garantizar una asistencia de calidad a los pacientes en situación terminal es mediante una adecuada continuidad asistencial dentro del proceso de atención y en función de la complejidad del paciente. Cuando éste lo requiera, la implicación en su atención de un equipo de apoyo de cuidados paliativos podría garantizar el máximo control posible de los diferentes síntomas físicos y emocionales, constituyendo una actuación de apoyo especializado al proceso, y no una separación del profesional de atención primaria. En este sentido, los elementos de complejidad definidos en nuestro trabajo y que determinan los niveles de complejidad más elevados podrían servir de herramienta para establecer los criterios de una correcta derivación entre los recursos convencionales y los específicos en cuidados paliativos.

Conclusiones. La clasificación propuesta de pacientes en situación terminal en función de parámetros de complejidad y cargas asistenciales resulta un instrumento de enorme valor para planificar la atención integral de este tipo de pacientes. Ello permitiría establecer los criterios de intervención de los recursos específicos con mayor potencial terapéutico en aquellos casos de mayor complejidad. El mayor porcentaje de paciente terminales atendidos por nuestro equipo presentaban un alto nivel de complejidad requiriendo una alta demanda de asistencia; lo que evidencia por tanto la necesidad de ESCP o unidades específicas que se hagan cargo de los niveles de mayor complejidad.

V-117

DISNEA EN PACIENTES CON ESCLERODERMIA

C. Soto¹, J. Ríos¹, A. Gil¹, I. Pérez¹, A. Robles¹, M. Torres², M. Moreno³ y J. Vázquez¹

¹Servicio de Medicina Interna, ²Servicio de Radiodiagnóstico,

³Servicio de Cardiología. Hospital Universitario La Paz. Madrid.

Objetivos. Analizar las diferentes causas de disnea y la afectación pulmonar y cardíaca de la esclerodermia en una serie de pacientes diagnosticados de esta enfermedad seguidos en consultas externas de Medicina Interna del Hospital La Paz.

Material y métodos. Se analizaron los datos de 12 pacientes con diagnóstico de esclerodermia en sus diferentes modalidades. Además de valorar los distintos síntomas, el perfil de anticuerpos y otros datos analíticos, el estudio se centró sobre todo en las posibles causas de disnea sustentadas fundamentalmente en las pruebas funcionales y de imagen.

Resultados. De los 12 pacientes estudiados todos, excepto uno, fueron mujeres. La edad al diagnóstico osciló entre los 45 y los 81 años. En cuanto a la forma de esclerodermia, 9 de ellas eran tipo CREST, 2 eran sistémicas difusas y únicamente 1 era exclusivamente cutánea. De los 12 pacientes, 6 presentaron disnea: 5 tipo CREST y 1 difusa. Ésta última presentó una alteración ventilatoria obstructiva moderada. De entre las 5 restantes con tipo CREST, en 1 se demostró un TEP crónico sin datos de hipertensión pulmonar; otra presentó únicamente disminución de la difusión de DLCO sin otros hallazgos; 2 presentaban hipertensión pulmonar de las cuales, además, una tenía alteración espirométrica mixta añadida y la otra cardiopatía isquémica crónica. La última paciente con disnea mostró también obstrucción moderada del flujo aéreo y derrame pleural.

Conclusiones. Entre las manifestaciones viscerales de la esclerodermia, la pulmonar es la segunda en frecuencia tras la digestiva. En los últimos años, ha sustituido a la afectación renal como causa principal de muerte en esta enfermedad. Por eso entre otras razones, es importante conocer cuáles son las manifestaciones respiratorias que pueden aparecer en estos pacientes y a qué procesos concretos son atribuibles. Aunque la fibrosis y la hipertensión pulmonar son las formas de afectación más típicas en esta entidad, sobre todo en el CREST, en esta serie hemos recogido otras posibles causas de disnea que pueden coexistir en estos enfermos.

V-118

RIESGO SOCIAL Y CAPACIDAD FUNCIONAL EN PACIENTES INGRESADOS EN UN SERVICIO DE MEDICINA INTERNA: ¿UNA RELACIÓN A TENER EN CUENTA?

R. Fernández Ojeda¹, M. Soriano Pérez², E. Peral Gutiérrez de Ceballos², J. Serrano Carrillo de Albornoz², I. Marín Montán², M. Rey Rodríguez², P. Retamar Gentil² y M. Aguayo Canela²

¹Departamento de Medicina. Hospital San Juan de Dios del Aljarafe. Bormujos, Sevilla. ²Servicio de Medicina Interna "A". Hospital Virgen Macarena. Sevilla.

Objetivos. Conocer el perfil de riesgo social de los pacientes ingresados en un servicio de medicina interna de un hospital de tercer nivel y evaluar su posible relación con la capacidad funcional.

Material y métodos. Selección aleatoria de una muestra (n = 67) sobre la totalidad de pacientes ingresados a lo largo de un mes (marzo/07) en un servicio de medicina interna de un hospital de referencia, a los que se evaluó la situación socio-familiar mediante la escala de Riesgo Social de Gijón modificada (ERSG) y la capacidad funcional previa al ingreso a través del Índice de Barthel (IB) según la modificación de Granger et al. Ambos instrumentos fueron heteroadministrados por un entrevistador que no se identificó con su médico habitual. Se recogieron otras variables personales y clínicas. Se ha llevado a cabo un análisis estadístico descriptivo, con estimaciones de los intervalos de confianza al 95%; y una regresión lineal para evaluar la asociación entre ambas escalas numéricas, completado con una valoración como variables categorizadas (test Chi cuadrado), con ayuda del programa SPSS 12.0.

Resultados. En términos de edad (media 71,4 años) y distribución por sexos (52,2% mujeres) la muestra es representativa de la población que ingresa en nuestro servicio. El 41,8% (IC 29,2 - 54,3) de los pacientes tenían una ponderación en la ERSG que determinaba riesgo social (23 casos) o problema social (5 casos), destacando por áreas con mayores problemas las relaciones sociales (sólo serían normales en el 36%), la situación económica (el 59,3% no llegaría a superar los 760 euros de ingresos mensuales) y la vivienda (no adecuada a necesidades en el 52,2%). Con respecto a la capacidad funcional medida por el IB, el 17,9% (IC 7,9-27,8) tenían un valor por debajo de 61, indicando dependencia severa o total, siendo la media de la puntuación obtenida en esta escala de 76,63 (d. E. 28,9). Ambas variables numéricas tenían una correlación lineal de 0,64 y un coeficiente de regresión para el índice de riesgo social de -5,04 con independencia de la edad y el género (p < 0,001). Cuando se evaluaron como variables categóricas seguía encontrándose asociación en el test Chi cuadrado (p < 0,001), calculándose una OR de 1,7 (IC 1,27-2,41) para el grupo de "pacientes con riesgo o problema social" de tener un IB por debajo de 61 ("dependencia severa o total").

Discusión. Entre los pacientes que ingresan en un servicio de medicina interna como el nuestro encontramos una fuerte asociación entre la problemática socio-familiar medida por la ERSG y la capacidad funcional previa al ingreso medida con el IB, de manera que aquellos con mayor riesgo o problemática social serían los que tienen peor capacidad funcional y mayor grado de dependencia. A pesar de las limitaciones del estudio (tamaño muestral, sesgo de Berkson, posibles factores de confusión no controlados) sus resultados hacen una vez más reflexionar sobre el efecto de los factores sociofamiliares en la capacidad funcional y, presumiblemente en la autopercepción de salud y en la calidad de vida relacionada con ella.

Conclusiones. En la población de pacientes que ingresan en un servicio de medicina interna se encuentra una asociación entre el riesgo social y el grado de dependencia, de forma que son los más des-

favorecidos socialmente o con más problemas sociofamiliares los que mayor grado de dependencia funcional tienen, independientemente de la edad y del problema de salud. Debería evaluarse sistemáticamente el riesgo social del paciente ingresado, como marcador de dependencia y, por tanto, de fragilidad clínica y de necesidades más allá de las estrictamente sanitarias.

V-119

INTOXICACIONES POR INGESTA DE PULIDOR DE SUPERFICIES CALCÁREAS, A PROPÓSITO DE TRES CASOS

M. García Fabra¹, R. Sanz Vila¹, E. Sánchez Ballester¹, P. Sorní Moreno¹, B. Climent Díaz², D. García Escrivá¹ y A. Herrera Ballester¹

¹Servicio de Medicina Interna ²Servicio de Medicina Interna. Unidad de Toxicología Clínica y desintoxicación. Consorcio Hospital General Universitario de Valencia. Valencia.

Objetivos. Los productos utilizados como pulidores-abrillantadores de superficies calcáreas son altamente tóxicos. Provocan una quelación del calcio y magnesio con los consiguientes efectos clínicos.

Material y métodos. Revisamos las características epidemiológicas, clínicas y terapéuticas de las tres intoxicaciones agudas atendidas en la Unidad de Toxicología clínica y Desintoxicación hospitalaria, de nuestro hospital en el último año.

Resultados. Recogemos un total de tres casos, todos varones con una edad media de 54,3 años. Dos de ellos con ingesta accidental y el otro voluntaria. Sólo se realizó lavado gástrico en uno de los casos. Datos analíticos. Caso 1: Ca 9,6, Mg 1,3, Na 141, Cl 105, Creatinina 1,10, pH 7,38, lactato 4,07, HCO₃ 13, Anión GAP 28. Caso 2: Ca 2,7, pH 7,05, HCO₃ 13,9, Anión GAP 22, Creat 1,57. Caso 3: Ca 5,6, Mg 1,4, Creat 1,45, pH 7,32, HCO₃ 16, lactato 4. Se instaura tratamiento con medidas de soporte, dosis altas de Bicarbonato sódico, Gluconato cálcico y Magnesio iv en los tres casos a pesar de cifras normales de Ca a su llegada a urgencias en uno de ellos. Dos de los casos presentaron IOT y traslado a UCI (complicándose uno con Torsades de pointes, que revirtió tras cardioversión eléctrica). Registramos dos éxitos por asistolia en el contexto de hipocalcemia severa.

Conclusiones. Las intoxicaciones por pulidores-abrillantadores de superficies calcáreas son de alta gravedad, llegando a alcanzar una mortalidad del 67% en nuestra serie. La ingesta de pequeñas cantidades puede resultar fatal. Es imprescindible una monitorización ECG y electrolítica inmediata. La instauración rápida del tratamiento con calcio y magnesio intravenoso a dosis altas es fundamental, pero aún así la mortalidad es elevada.

V-120

UTILIDAD DE LA PAAF COMO MÉTODO DIAGNÓSTICO EN LESIONES ÓSEAS

N. Mallo González, R. López Rodríguez, J. Campos Franco, S. Fernández Conde, A. Freire Romero, P. Barros Alcalde, L. Roca Pardiñas y M. Alende Sixto

Servicio de Medicina Interna. Hospital Clínico Universitario. Santiago de Compostela, A Coruña.

Objetivos. El objetivo de este estudio es determinar la utilidad del empleo de la punción aspiración con aguja fina (PAAF) como método diagnóstico en pacientes que presentan lesiones óseas de etiología no aclarada.

Material y métodos. Se han revisado los casos ingresados durante el año 2006 en la Unidad de Corta Estancia de nuestro hospital que presentaban lesiones óseas a estudio y en los cuales fue preciso la realización de punción aspiración con aguja fina para su diagnóstico. A todos estos pacientes se les realizó una PAAF, utilizando en la mayoría de ellos la tomografía computerizada (TAC) como guía de marcado de la lesión ósea objeto de estudio.

Resultados. Durante este período se han realizado 5 punciones con aguja fina obteniendo cilindro para estudio histológico en todos los casos y siendo el material adecuado para este diagnóstico en el 100% de los casos. Los 5 pacientes analizados presentaban una edad comprendida entre los 29 y los 78 años, con una media de edad de 59,6 años. De los 5 casos cuatro fueron varones y sólo un caso era mujer. En todos los casos el motivo de consulta y que con-

dicionó el inicio de estudios fue la presencia de dolor óseo, en cuatro de ellos a nivel de columna vertebral, a diferente nivel en función de la localización de la lesión, y en el caso restante dolor torácico en relación con lesión en arco costal. De los cinco pacientes uno de ellos presentaba lesiones óseas múltiples y los cuatro restantes presentaban una única lesión ósea. El diagnóstico fue concluyente en todos los casos analizados. Con respecto al estudio citológico, en el 100% de los casos la muestra fue suficiente para ofrecer un diagnóstico concluyente. En uno de los casos el diagnóstico fue de mieloma múltiple, en dos casos las lesiones óseas estaban en relación con metástasis de carcinoma no microcítico y en los dos casos restantes se trató de espondilodiscitis tuberculosa. En cuatro de los casos fue preciso el empleo de la tomografía computerizada como guía para marcado debido a que se trataba de lesiones profundas y en un caso fue posible realizarlo mediante marcado ecográfico. Todos los casos analizados precisaron únicamente anestesia local y en ninguno de ellos se presentó ningún tipo de complicación.

Discusión. Para el diagnóstico de lesiones óseas es preciso el empleo de diferentes técnicas que complementan a la clínica como son los estudios de imagen. Sin embargo, estos métodos no siempre son suficientes para llegar a un diagnóstico y en ocasiones es preciso el empleo de otros métodos como la punción aspiración con aguja fina. Esta técnica es ampliamente utilizada como método diagnóstico empleando habitualmente la tomografía computerizada como guía. En este trabajo se estudió un grupo de pacientes que precisaron de la realización de punción aspiración para el diagnóstico histológico de las lesiones óseas. Podemos observar que se trata de una técnica útil para la obtención de muestras, que emplea únicamente anestesia local y que habitualmente carece de complicaciones relacionadas con la técnica.

Conclusiones. La punción aspiración con aguja fina guiada habitualmente con control de TAC es una técnica segura y eficaz para llegar al diagnóstico de lesiones óseas de diferente etiología, ya que permite la obtención de material que permite clasificar la lesión ósea como benigna, maligna o metastásica y con ello planificar la estrategia diagnóstica o terapéutica oportuna para cada caso. Por ello según nuestra experiencia concluimos que se trata de una técnica útil para el diagnóstico de lesiones óseas de diferente etiología.

V-121
AMILOIDOSIS: UN ESTUDIO DESCRIPTIVO

L. Mérida Rodrigo¹, M. Castilla Castellano², J. Payan López², B. Avilés Bueno², F. López Rodríguez², M. Villena Ruiz¹, A. Del Arco Jiménez¹ y J. García Alegría¹

¹Servicio de Medicina Interna, ²Servicio de Nefrología. Hospital Costa del Sol. Marbella, Málaga.

Objetivos. Analizar las características y resultados asistenciales de los pacientes con el diagnóstico de amiloidosis en nuestro medio.

Material y métodos. Estudio observacional retrospectivo de todos los pacientes con el diagnóstico de amiloidosis ingresados en un hospital general (CMBD), que atiende una población de unos 260.000 habitantes censados (800.000 reales) desde enero de 2000 a abril de 2007. Se consideró como amiloidosis aquellas con histología Rojo Congo positiva. Se excluyen las formas localizadas de amiloidosis. Se analizaron variables demográficas, clínicas, diagnósticas, terapéuticas y evolutivas.

Tabla 1. Resultado de biopsias (V-121).

Biopsia	Positiva	Negativa
Grasa subcutánea	5	0
Médula ósea	2	2
Renal	5	0
Recto	2	1
Otras	3	0

Tabla 2. Resultado analítico (V-121).

Proteinuria	Urea	Creatinina	Albumina	PCR	Hb
9 g/día + 8,6	98,07 mg/dl + 85,5	2,57 mg/dl + 1,7	2,35 g/dl+ 2,3	5,75 mg/dl+ 5,94	10,4/dl+ 1,85

Resultados. Se obtuvieron en este período de tiempo un total de 14 pacientes con el diagnóstico de amiloidosis sistémica, que representa una incidencia de 7,5 casos por millón de habitantes censados/año y 2,5 casos por millón de habitantes reales/año. La edad media fue de 61,79 (+ 18,03) años, predominando el sexo femenino (64,28%). Se diagnosticaron 7 casos de amiloidosis AL y 7 de amiloidosis AA de las cuales 2 fueron por neoplasia, 2 de causa no identificada, 1 fue por artritis reumatoide, 1 por TBC, 1 por bronquiectasias. En lo que a la forma de presentación se refiere, un 64,3% presentaba clínica de síndrome nefrótico, un 42,9% de los pacientes presentaban un síndrome constitucional, un 42,9% tenía clínica de insuficiencia cardíaca, 28,6% presentaba sintomatología inespecífica, 21,42% síndrome diarreico y 14,28% pacientes presentaban arritmias cardíacas. Del total de pacientes el 35,7% (5 pacientes) no presentaban insuficiencia renal al diagnóstico, 1 paciente presentaba insuficiencia renal leve, 3 moderada y 5 severa. Los datos analíticos en el momento del diagnóstico se presentan en la tabla 2. En cuanto a la histología, se realizaron un total de 20 biopsias de distintas localizaciones (ver resultados en tabla1), siendo sólo necesario una biopsia para el diagnóstico de la enfermedad en 9 pacientes. Se realizaron 9 ecocardiogramas siendo el 42,9% indicativos de miocardiopatía amiloide. 5 pacientes necesitaron tratamiento dialítico (uno de ellos con amiloidosis AL). De los pacientes con amiloidosis AL, tan sólo 1 tuvo una supervivencia mayor de 3 meses. Los pacientes con amiloidosis AA, 2 fallecieron en menos de 3 meses, los 5 restantes viven 3 han evolucionado a insuficiencia renal terminal necesitando diálisis (2 en menos de 6 meses y otro a los 4 años), otro paciente con un tiempo de evolución de 2 años no presenta insuficiencia renal y otro paciente con evolución de 3 meses presenta insuficiencia renal avanzada. Los 2 pacientes incluidos en el programa de hemodiálisis durante al menos un año, tuvieron incremento de albúmina y Hb.

Conclusiones. 1) La amiloidosis tiene una incidencia baja, y una elevada mortalidad, sobre todo la amiloidosis AL. 2) En el momento del diagnóstico los pacientes suelen tener afectación renal. 3) La biopsia de grasa subcutánea y renal son las más rentables para el diagnóstico en nuestro estudio.

V-122
PERFIL DE LOS PACIENTES HOSPITALIZADOS POR EXACERBACIÓN DE EPOC. ANÁLISIS DE 375 CASOS

V. Pascual Granollers¹, P. Almagro Mena¹, P. Sánchez Belles¹, M. Sanjaume¹, M. Rodríguez-Carballeira¹, N. Nuñez Oller² y J. Heredia Budo²

¹Servicio de Medicina Interna, ²Servicio de Neumología. Hospital Mutua de Terrasa. Terrasa, Barcelona.

Objetivos. La hospitalización por exacerbación de EPOC suele ocurrir en las fases avanzadas de la enfermedad y se asocia a una elevada mortalidad. El objetivo de la presente comunicación es conocer las características biológicas, psicológicas y sociales de los pacientes hospitalizados por exacerbación aguda de su EPOC.

Material y métodos. Se incluyen todos los pacientes hospitalizados por exacerbación de su EPOC, durante los períodos 1997-98, 1998-99 y 2004-2005. Todos los pacientes tenían una espirometría con un FEV1 postbroncodilatación < 70% de su teórico y un FEV1/ FVC < 70%. Durante la hospitalización se realizaron gasometrías basales al ingreso y alta, espirometría y test de marcha al alta o un mes después. Mediante cuestionarios se valoraron: la medicación habitual, la calidad de vida relacionada con la salud (St George's Respiratory Questionnaire (SGRQ)), escala de disnea (MMRC), comorbilidad (índice de Charlson), deterioro cognitivo (Pfeiffer), estado funcional (Katz), valoración social (OARS), estado marital, nivel socioeconómico (nivel de estudios y trabajos realizados) y depresión (Yesavage reducido).

Resultados. Se estudiaron 375 pacientes (20 mujeres), con una edad media de 72 años (9,4) y FEV1 medio postbroncodilatación 39,2%. De acuerdo a la normativa GOLD el 26% tenían EPOC muy severa y el 56% severa. El 25% seguían tratamiento con oxígeno-

rapia domiciliaria. La puntuación media en el índice de Charlson fue de 2,06 (2,2), siendo las enfermedades comórbidas más frecuentes la insuficiencia cardíaca (31%), la cardiopatía isquémica (14%) y la diabetes mellitus (14%). La puntuación media observada en la escala de disnea (0-4) fue de 2,5 y la obtenida en el índice de Katz (0-6) de 5,45. Un 86% vivía con su pareja o familia y la escala de valoración social fue compatible con un buen soporte. El 16% eran analfabetos, mientras que el 55% no habían completado estudios primarios. Un 27% fueron incapaces de completar el cuestionario de calidad de vida, incluso con ayuda. El SGRQ mostró una severa afectación de la calidad de vida, mientras que la puntuación obtenida en el test de depresión fue de 4,9 (3,5), cercana al punto de corte de depresión (5 puntos). La escala de actividad del test de calidad de vida mostró diferencias significativas si se medía en el momento del alta o ambulatoriamente un mes después (67 vs 34; $p < 0,0001$). También la distancia recorrida en el test de marcha de 6', aumentó desde 218 el último día de ingreso a 330 metros en la consulta ambulatoria ($p < 0,001$).

Conclusiones. Los pacientes hospitalizados por EPOC en nuestro medio son de edad avanzada, predominantemente varones, con comorbilidad añadida y gran deterioro de la función respiratoria. Los niveles de depresión son altos y la afectación de la calidad de vida severa. El nivel socioeconómico fue bajo, pero con un buen soporte social. La diferencia observada en el test de marcha y el cuestionario de calidad de vida entre el alta y el basal confirman el importante deterioro funcional que suponen las hospitalizaciones por exacerbación en esta población.

V-123

NO ME HABLE DE CREATININA, HÁBLEME DE ACLARAMIENTO

D. Mesado Martínez, M. Mir Montero, V. Vilchez Aparicio, B. Rodríguez Rodríguez y C. Suárez Fernández

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

Objetivos. A pesar de la amplia demostración en la literatura, de que el aclaramiento de creatinina es el mejor predictor de disfunción renal, es una práctica habitual el uso de la creatinina sérica como estimador de daño en este órgano. Existen muchos factores que interfieren en los niveles séricos de creatinina, como la edad, peso, tipo de dieta, etc. El objetivo de nuestro trabajo es demostrar la discordancia existente entre la creatinina sérica y el aclaramiento de creatinina, y así poner de manifiesto la importancia de esta diferencia, en cuanto al diagnóstico de insuficiencia renal en un paciente y su posterior manejo.

Material y métodos. La población de estudio han sido los pacientes ingresados en la planta del Servicio de Medicina Interna del H.U. La Princesa durante el mes de marzo. Quedaron excluidos los pacientes ingresados en este período cuyo peso no podía obtenerse por su situación clínica (41% de la población total). Las variables estudiadas han sido para cada paciente: edad, sexo, peso, albúmina plasmática, creatinina sérica y aclaramiento de creatinina calculado mediante la fórmula de Cockcroft-Gault. Se realizó análisis estadístico según el programa SPSS comparando el grupo de pacientes con creatinina sérica patológica (mayor de 1,2 mg/dl en mujeres y de 1,3 en hombres) y aclaramiento de creatinina menor de 60 mg/dl, con el de aquellos que únicamente presentaban cifras de aclaramiento renal disminuidas.

Resultados. El grupo de estudio incluía a 83 pacientes con una edad media de 71,39 años. De ellos, el 53,01% presentaban algún dato analítico de insuficiencia renal. Un 27,71% del total formaron el grupo que presentaban tanto creatinina como aclaramiento renal alterados, mientras que fue el 25,30% de los 83, quienes formaron el grupo con disminución del aclaramiento renal de forma aislada. Hemos podido evidenciar una diferencia estadísticamente significativa con una $p < 0,05$ para tres de nuestras variables a estudio: el peso, obteniendo 63,85 kg de media en el grupo con ambos parámetros de función renal alterados y de 57,33 kg en el que sólo presenta una disminución del aclaramiento renal. Los niveles de creatinina, con un nivel mayor en los que además tienen un aclaramiento disminuido (1,78 mg/dl de media) que en aquellos que únicamente ven alteradas sus cifras de aclaramiento (0,97). Y por último el propio aclaramiento renal, existiendo una menor disminución de sus cifras en los pacientes que tienen alterado este parámetro de manera aislada:

44,82 mg/dl, frente al 27,61 mg/dl del otro grupo. No evidenciamos diferencias significativas para las variables albúmina, edad y sexo.

Discusión. Según indican los resultados obtenidos en nuestro estudio, podemos inferir que existe un grupo numeroso de pacientes que, a pesar de tener niveles de creatinina sérica normales, podrían ser clasificados, si calculásemos su aclaramiento renal de creatinina, como nefrópatas; de este modo, cambiaría radicalmente su enfoque en cuanto a tratamiento, objetivos terapéuticos, y seguimiento al alta. Así, el bajo peso con creatinina sérica en rango normal, necesitaría en muchas ocasiones una medida más sensible de la función renal, y ésta es el aclaramiento de creatinina sérica. No hemos podido obtener diferencias estadísticamente significativas en cuanto a las medias de edad en ambos grupos; aunque en la literatura está ampliamente demostrada la influencia de la edad en las cifras de aclaramiento renal, es probable que en nuestro caso este hecho se deba a que en la población a estudio el 54,21% de los pacientes tenían más de 75 años.

Conclusiones. El nivel de aclaramiento renal de la creatinina se confirma como un marcador de daño renal más sensible que la creatinina sérica; por ello creemos que sería importante incorporar esta medición al examen analítico durante la hospitalización de pacientes de avanzada edad, bajo peso corporal y niveles de creatinina cerca del límite alto de la normalidad, para optimizar su manejo y seguimiento, según su verdadera función renal.

V-125

ENFERMOS REMITIDOS PARA ESTUDIO A UNA UNIDAD DE ENFERMEDADES AUTOINMUNES SISTÉMICAS

M. Zamora Pasadas¹, C. Hidalgo Tenorio¹, J. Sabio Sánchez¹, L. Jáimez Gámiz², A. Rosales¹ y J. Jiménez Alonso¹

¹Servicio de Medicina Interna, ²Servicio de Análisis Clínicos. Hospital Universitario Virgen de las Nieves. Granada.

Objetivos. Las enfermedades autoinmunes sistémicas (EAS) son infrecuentes. Existen pocas Unidades dedicadas a su manejo, por lo que son escasos los datos relacionados con la gestión de las mismas. Desde 1987, año en que comenzó a funcionar nuestra Unidad, el número de enfermos remitidos ha ido creciendo exponencialmente. En este estudio analizamos la procedencia de los enfermos, los diagnósticos de derivación y los definitivos.

Material y métodos. Entre marzo 2005 y noviembre 2006, se vieron 134 pacientes por 1ª vez. Analizamos: motivo de consulta, servicio de derivación, diagnósticos finales y concordancia entre motivo de derivación y diagnóstico final.

Resultados. El 80% fueron mujeres y el 20% hombres. Causas de derivación: 24 casos (18%) de posible LES, 22 no especificados (16,4%), 11 (8,2%) de LES definido, 9 (6,7%) de artralgias, 8 (6%) de posible Síndrome de Sjögren, 7 (5,2%) de uveítis, 6 (4,5%) de ANA +, 4 (3%) de raynaud, 3 (2,2%) de astenia, 3 (2,2%) de eritema nodoso, 3 (2,2%) de Lupus cutáneo, 3 (2,2%) de posible Wegener, 2 (1,5%) de amaurosis, 2 (1,5%) de dermatopolimiositis, 2 (1,5%) de síndrome constitucional, 2 (1,5%) de vasculitis, 2 (1,5%) de posible Behcet y 1 (0,7%) de cada uno de los siguientes: ACA +, adenopatías, aftas orales, apnea del sueño, CPK elevada, dermatitis eosinófila, diarrea, dolor abdominal, erupción cutánea, esclerodermia, fibromialgia, fiebre, hipotiroidismo, paniculitis, rash malar, urticaria, TVP, posible arteritis de la temporal, posible Churg-Strauss, posible PAN, posible sarcoidosis. Procedencia de los enfermos: la mayor parte fueron derivados de Medicina Interna: 40 casos (29,8%), Urgencias: 12 (8,9%), Centros de Salud: 11 (8,2%), Gestoría del Usuario: 9 (6,7%), Dermatología: 7 (5,2%) y Neurología: 7 (5,2%). Diagnósticos finales: en 34 casos (25,3%) no se halló patología autoinmune actual, 18 (13,4%) LES, 6 (4,5%) Síndrome de Sjögren, 4 (3%) Raynaud primario, 1 (0,7%) dx de Wegener localizado, lupus cutáneo crónico, urticaria crónica, síndrome overlap, síndrome de fatiga crónica, SAF primario, Raynaud primario con hipertensión pulmonar, vasculitis por parvovirus B19, polimialgia reumática, PAN, miopatía mitocondrial, lupus cutáneo subagudo, vasculitis vs livedo reticularis, LES vs síndrome de Sjögren 1º, LES vs síndrome overlap, LES vs Behcet, LES incompleto vs Enfermedad indeterminada del tejido conectivo (EICT), EICT, insuficiencia suprarrenal, fibromialgia, fascitis eosinófila, esclerodermia generalizada, dermatopolimiositis, Churg-Strauss, crioglobulinemia mixta esencial, CREST, arteritis de la temporal, aftosis recurrente vs Behcet, posible Artritis Reumatoide. De 7 casos de uve-

ítis de causa desconocida que se derivaron, en ninguno se diagnosticó una enfermedad autoinmune de base: 3 casos fueron uveítis anterior idiopática de repetición, 3 casos, uveítis bilateral idiopática y 1 caso, uveítis posterior infecciosa. Coincidió el motivo de derivación y el diagnóstico final en 4 pacientes de LES, 4 de síndrome de Sjögren, 1 sarcoidosis y 1 Wegener. Se derivaron para seguimiento en nuestra Unidad: 12 pacientes con LES, 4 con vasculitis leucocitoclástica, 2 con Raynaud, 2 con lupus cutáneo, 1 con púrpura de Shölein-Henoch, 1 con fascitis eosinófila, 1 con LES vs overlap, 1 con eritema nodoso, 1 con púrpura, 1 con esclerodermia, 1 con dermatopolimiositis y 1 con urticaria.

Discusión. La procedencia de los pacientes con EAS fue muy variada, lo que refleja el amplio espectro clínico con que estas enfermedades pueden debutar y la multiplicidad de especialidades involucradas. En el 25% de los pacientes no se confirmó la sospecha de EAS, lo que podría indicar una mayor sensibilidad en la sospecha clínica de este tipo de enfermedades. La concordancia entre el diagnóstico de sospecha y el definitivo fue relativamente alto. Estos estudios son interesantes ya que permiten una optimización en la distribución de recursos y mejoras en la vía de acceso a las UEAS.

Conclusiones. La procedencia de los pacientes con EAS fue muy variada, fundamentalmente de Medicina Interna. El grado de concordancia de diagnóstico de derivación y definitivo fue relativamente alto.

V-126

USO DE ANTIMICROBIANOS EN UN SERVICIO DE MEDICINA INTERNA

V. Fernández Azumendi, G. Guerrero Barrero, N. Buero Gutiérrez, M. Lobo Pascual, D. Magro Ledesma, J. Arrebola García y M. Pérez Miranda

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

Objetivos. Conocer los motivos para el uso de antimicrobianos en el Servicio de Medicina Interna del Complejo Hospitalario de Badajoz, determinar los antimicrobianos más empleados y establecer en qué casos se realiza tratamiento correcto.

Material y métodos. Realizamos un estudio transversal del 28/5/07 al 30/5/07. Valoramos a todos los enfermos ingresados en nuestro servicio seleccionando a aquéllos que estaban en tratamiento con uno o más antimicrobianos en el momento de la visita o en las 24 horas previas. Para analizar los datos se utilizó el programa estadístico SPSS. **Resultados.** Durante el periodo del estudio había 149 pacientes ingresados, de los cuales 65 (43,62%) estaban con tratamiento antimicrobiano. El 53,8% eran hombres y el 46,2% mujeres. La edad media fue de $73,34 \pm 15,43$ años. Los motivos de ingreso más frecuentes fueron: enfermedad respiratoria (58,5%), cardiovascular (13,8%) y nefrourológica (9,2%). Las menos frecuentes fueron la enfermedad metabólica (6,2%) y la neoplásica (4,6%). Los tipos de infección más frecuentes fueron: infección respiratoria (62,5%), nefrourológica (18,8%) y la abdominal (6,2%). No hubo evidencia de infección en el 6,2% de los casos. La mayoría fueron de origen comunitario (91,7%). Por edad y sexo se observó que la infección respiratoria fue la más frecuente, tanto en los mayores de 75 años como en ambos sexos. Sólo a 4 pacientes (6,2%) se le realizaron hemocultivos, siendo positivo en 2 (3,1%) en los cuales se aisló *E. coli*. Asimismo, en 8 pacientes (12,5%) se realizaron urocultivos, resultando sólo uno positivo (1,6%) a *Cándida albicans*. Los antibióticos más usados fueron: Levofloxacino (33,8%), Amoxicilina-Clavulánico (32,3%), Ciprofloxacino (4,7%) y Piperazilina-Tazobactam (4,7%). El grupo de antimicrobianos más empleado fueron las Fluorquinolonas (41,5%) y las Aminopenicilinas (38,3%). Otros como los Carbapenemes (4,6%), Macrólidos (3%), Trimetoprim-Sulfametoxazol (1,5%) o el Metronidazol (1,5%) fueron menos usados. El tratamiento se consideró correcto en el 29,7% de los pacientes, incorrecto en el 32,8% y no indicado en el 37,5%. La principal causa de tratamiento incorrecto fueron: inadecuada elección del fármaco (38,1%), dosis y vía de administración inadecuadas (33,3%). El uso de los antimicrobianos fue empírico en la mayoría de los pacientes (95%).

Discusión. Los resultados obtenidos en nuestro estudio son similares a estudios previos. Existe un alto porcentaje de pacientes hospitalizados que reciben tratamiento con antimicrobianos, así como una sobreutilización de los mismos. Su adecuado empleo tiene una clara repercusión en la aparición de resistencias bacterianas, reacciones adversas y sobre el coste asistencial. Destaca la elevada proporción

de pacientes con bronquitis aguda en tratamiento con antimicrobianos, teniendo en cuenta que las Guías de Terapéutica actuales no lo recomiendan. Este dato podría justificar el elevado número de casos en los que el tratamiento se consideró como no indicado. Otro punto a destacar es la escasa realización de cultivos al ingreso, siendo pruebas fundamentales ante la sospecha de una infección. Existe una clara tendencia al uso de las nuevas quinolonas, desplazando a otros grupos de antimicrobianos usados hasta el momento actual, como las cefalosporinas o los macrólidos. Si analizamos el consumo de cada fármaco por separado vemos que el uso de Levofloxacino no difiere mucho del de Amoxicilina-Clavulánico. Podemos considerar los resultados como esperables debido a la emergencia de las nuevas quinolonas y a la prevalencia de las infecciones detectadas en nuestro estudio (infecciones respiratorias). La terapia empírica es la más utilizada ya que en muchas ocasiones es necesario iniciar un tratamiento precoz a la espera de los antibiogramas.

Conclusiones. Si nos adecuamos a las Guías de Terapéutica Antimicrobianas aprobadas actualmente, observamos en nuestro estudio la necesidad de una mejora y racionalización del empleo de los antimicrobianos para evitar el desarrollo de resistencias y disminuir el coste sanitario.

V-127

CONSUMO DE FÁRMACOS Y PERFIL DE LOS PACIENTES ATENDIDOS EN CONSULTAS EXTERNAS

A. Valiente Méndez, P. Reetamar Gentil, V. Morales Caballero de León, M. Rey Rodríguez, J. Reveriego Blanes, J. Serrano Carrillo de Albornoz, F. Guerrero Igea y M. Aguayo Canela

Hospital Universitario Virgen Macarena. Área Hospitalaria Juan Ramón Jiménez. Huelva.

Objetivos. Conocer la importancia del consumo de fármacos en una consulta de Medicina Interna de un hospital de tercer nivel, así como, cuáles son los grupos terapéuticos más utilizados en tratamientos a largo plazo.

Material y métodos. Se realizó un estudio descriptivo transversal mediante revisión de informes de alta, y se escogieron al azar 155 pacientes del total de la población atendida en dicha consulta durante el año 2006.

Resultados. Analizamos 155 pacientes, de los cuales 71 eran hombres (45,8%) y 84 mujeres (54,2%), con rango de edad entre 17-95 años, edad media de 61,3. La patología más prevalente fue HTA (55,5%), seguida de DLP 45 (29%) Existía consumo de polifarmacia en 45 de los pacientes evaluados (35,7%). Cumplían criterios de pluripatológicos 32 de los pacientes (20,6%). El grupo terapéutico más prescrito fue antihipertensivos 41,6%, (de los cuales 26,2% eran IECA/ARA II y 14,3% de los enfermos precisaba para control HTA 3 fármacos), seguido de hipolipemiantes (27,2%) y ADO/Insulina (27%). Antiagregantes del 23% y anticoagulación oral 7,9%. Un 19,8% de los pacientes realizaba tratamiento con tranquilizantes. También comprobamos que 61,1% de los pacientes asistía a consultas de diferentes especialidades.

Conclusiones. En el paciente pluripatológico, la expresión de estas enfermedades y la mezcla de síntomas complica el proceso diagnóstico, y terapéutico. Los fármacos prescritos por el médico de familia, los indicados por diversos especialistas y la propia automedicación suman al final una numerosa lista que el paciente y especialmente el paciente anciano o pluripatológico cumple de forma más o menos regular. Algunos de estos fármacos pueden interactuar entre sí y producir efectos secundarios. Los ancianos más frágiles con deterioro cognitivo o problemas sensoriales, presentan mayor riesgo de confundir la posología y, por tanto, aumenta el riesgo de errores en las tomas, con la consiguiente iatrogenia.

V-128

ANEMIA HEMOLITICA AUTOINMUNITARIA EN UN SERVICIO DE MEDICINA INTERNA

S. Lourenço, J. Figueira Coelho, P. Mendonça, C. Loureiro y A. Murinello

Servicio de Medicina 1. Hospital de Curry Cabral. Lisboa, Portugal.

Objetivos. La hemólisis es una causa rara de anemia. En su forma autoinmunitaria gana un especial interés, no solo por la anemia en

si misma pero por la frecuente asociación con situaciones de potencial gravedad. En este trabajo se presentan 4 casos clínicos en los que la investigación etiológica resultó en diferentes hallazgos.

Material y métodos. Estudio comparativo de cuatro casos de anemia hemolítica autoinmune diagnosticados en un servicio de Medicina Interna durante el año de 2006.

Resultados. Paciente nº 1: mujer de 84 años, admitida por cuadro de cansancio fácil, ictericia y coluria con un mes y medio de duración. Analíticamente presentaba hemoglobina (Hb) 5,4 g/dL con volumen globular mediano (VGM) 108,5, bilirrubina total 5,1 mg/dL con directa 0 mg/dL, deshidrogenasa láctica (LDH) 2.139 mg/dL y haptoglobina baja. La prueba de Coombs directa fue positiva para anticuerpos (Ac) calientes y tras el análisis de médula ósea se diagnosticó linfoma no Hodgkin. La paciente inició tratamiento con mejoría de la hemólisis. Paciente nº 2: mujer de 49 años, admitida por tos, cansancio fácil, poliartalgias e ictericia. En la evaluación inicial Hb 4,9 g/dL, VGM 98,8, bilirrubina total 3,6 mg/dL con directa 0 mg/dL, LDH 1.600 mg/dL y haptoglobina baja. En la prueba de Coombs se demostraron Ac calientes. La serología para *Mycoplasma pneumoniae* fue positiva. Tras un curso de antibiótico hubo mejoría clínica y laboratorial. Paciente nº 3: varón de 75 años con historia de resección pulmonar parcial en la juventud, admitido por tos, disnea, cansancio fácil e ictericia. Analíticamente presentaba Hb 10,0 g/dL, bilirrubina total 3,9 mg/dL con directa 0,2 mg/dL, LDH 2.480 mg/dL y niveles de haptoglobina bajos. La prueba de Coombs fue fuertemente positiva para Ac fríos. En las secreciones bronquiales se halló una *Pseudomonas aeruginosa*. Todos los estudios, incluyendo serologías para *Mycoplasma*, virus de Epstein Barr y el análisis de médula ósea fueron negativos. El paciente fue medicado con antibiótico y corticoides durante un corto periodo, con mejoría clínica y control de la hemólisis. Paciente nº 4: varón de 63 años ingresado por cansancio fácil e ictericia. En los análisis laboratoriales Hb 7,4 g/dL, bilirrubina total 4,9 mg/dL y LDH 2.145 mg/dL. En la prueba de Coombs se hallaron Ac calientes en título elevado. El análisis de médula ósea demostró médula hiperplásica, reactiva a la hemólisis. Todos los estudios de autoinmunidad y serologías virales fueron negativos, por lo que se admitió causa idiopática. El paciente se trató con corticoides con poca respuesta, por lo que se realizó esplenectomía con control de la hemólisis.

Conclusiones. En esta serie de casos presentados se refleja la gran variedad de etiologías posibles para esta situación, desde enfermedades auto-limitadas como infecciones, hasta neoplasia grave y los casos idiopáticos. En el abordaje de estos pacientes se necesita una búsqueda intensiva de posibles causas.

V-129

FACTORES PRONÓSTICOS EN PACIENTES INGRESADOS POR PANCREATITIS AGUDA

A. González-Gasch¹, G. García de Casasola Sánchez², R. Barba Martín², B. Herreros², G. Palacios², I. González Anglada² y A. Zapatero Garvía²

¹Servicio de Medicina Interna. USP Hospital San Jaime.

²Torre Vieja, Alicante. ²Servicio de Medicina Interna. Fundación Hospital Alcorcón. Alcorcón, Madrid.

Objetivos. La pancreatitis aguda (PA) constituye una de las urgencias gastroenterológicas de mayor relevancia. Se trata de una enfermedad multisistémica de consecuencias potencialmente graves y con un pronóstico enormemente variable. El objetivo del presente estudio es conocer los factores clínicos y analíticos que anuncian una evolución desfavorable en los pacientes con PA ingresados en nuestro centro y posteriormente elaborar un modelo predictivo fácilmente aplicable a otros pacientes con PA.

Material y métodos. Estudio prospectivo de todos los pacientes mayores de 18 años y de ambos sexos ingresados por PA en la Fundación Hospital Alcorcón desde el 1 de enero de 2004 hasta el 31 de diciembre de 2005. Hemos definido PA asociada a mal pronóstico en nuestro estudio cualquier episodio de PA que presente una o más de las siguientes variables: estancia media hospitalaria igual o superior a 11 días, puntuación en el índice radiológico de gravedad en el TAC (CTS) superior a 6, necesidad de ingreso en UCI, necesidad de intervención quirúrgica o fallecimiento. Hemos registrado variables cualitativas y cuantitativas incluyendo: datos demográficos, etiología, comorbilidad asociada, datos de laboratorio, compli-

caciones locales, complicaciones sistémicas, necesidad de colangiopancreatografía retrógrada endoscópica (CPRE), necesidad de cirugía, hallazgos radiológicos, gravedad de la pancreatitis según los criterios de Atlanta, tipo de nutrición recibida, estancia media y fallecimiento. Se ha utilizado la prueba de χ^2 o el test exacto de Fisher para comparar variables cualitativas y la T de student para variables cuantitativas. Se ha considerado significativo un valor de p inferior o igual a 0,05.

Resultados. Hemos estudiado 308 episodios de PA en 215 pacientes. En el análisis bivariante los parámetros que se han asociado estadísticamente a una evolución desfavorable de la PA han sido: edad, leucocitosis, hiperglucemia, aumento de lactato deshidrogenasa (LDH), urea, creatinina y proteína C reactiva (PCR) plasmáticas y descenso de albúmina y calcio. Del mismo modo, los episodios de PA con fiebre en el momento del ingreso, las PA de origen biliar y los casos de PA con cardiopatía o DM asociadas han experimentado peor evolución. Hemos diseñado un modelo multivariante de regresión logística para identificar los factores que se relacionan de forma independiente con una peor evolución de la PA y han resultado ser los siguientes: edad, fiebre en el momento del ingreso, leucocitos > 13.700 mm³, LDH > 450 U/L, albúmina < 2,5 mg/dL, calcio < 8,5 mg/dL y PCR > 150 mg/dL.

Conclusiones. Hemos identificado 7 variables con valor predictivo independiente de mala evolución en pacientes ingresados con PA que son de fácil obtención durante las primeras 72 horas y, por consiguiente, aplicables en la práctica clínica diaria. Hemos diseñado un modelo predictivo con una sensibilidad y una especificidad del 96,5% y 60,9% respectivamente para identificar pacientes con PA que evolucionarían desfavorablemente y que, por consiguiente, se beneficiarían de una estrecha monitorización y de las medidas de soporte vital y tratamientos específicos oportunos.

V-130

INCIDENCIA DE LAS REACCIONES ADVERSAS A MEDICAMENTOS EN EL SERVICIO DE MEDICINA INTERNA DEL HSPA

N. Pacheco Gómez, L. Vicente Domínguez, M. Martín Martín, J. Luengo Álvarez, F. Álvarez García, P. Barquilla Cordero, J. Sánchez Muñoz-Torrero y A. Costo Campoamor

Servicio de Medicina Interna. Hospital San Pedro de Alcántara. Cáceres.

Objetivos. Las reacciones adversas medicamentosas (RAM) en pacientes hospitalizados son un problema clínico de gran importancia. Conocer la incidencia de RAM en pacientes ingresados en el Servicio de Medicina Interna y, analizar los factores implicados en su aparición.

Material y métodos. Estudio prospectivo, observacional, casos/control. Se analizan todas las RAM en el Servicio de M. I. del Hospital de Cáceres durante un periodo de 3 meses (octubre-diciembre 06). Se valoraron características demográficas, antropométricas, tipo de reacción adversa, antecedentes personales, tratamientos previos y parámetros analíticos de función renal y hepática. Los datos se analizaron con el programa estadístico SPSS 14.0.

Resultados. De un total de 459 pacientes ingresados durante este periodo, se recogieron 45 RAM (casos: Grupo I) y 45 controles (Grupo II). No encontramos diferencias entre Grupo I vs Grupo II respecto a sexo: Varones: 53,3% vs 55,6%, edad media: 69,91 vs 64,36, nº patologías crónicas: (2,55) vs (2,15), ni nº de fármacos recibidos: 3,48 vs 3,9. La incidencia de las RAM fue de 9,8%, de los cuales, la RAM más frecuentes fueron las gastrointestinales 16 (35,5%), neurológicas (22,2%), cutáneas (13,3%) y hematológicas (11,1%). Los fármacos más frecuentemente implicados fueron antiinfecciosos (42,2%). Entre las variables analizadas entre los 2 grupos solo encontramos diferencias en (Grupo I vs Grupo II): Acl creat 52,06 vs 77,56, p < 0,05; estancia media 19,53 días vs 12,36 días, p < 0,001; El 73,3% se trató de RAM leves y solo en 1 caso se relacionó la RAM con la causa de la muerte.

Discusión. La incidencia de las RAM resulta difícil de comparar entre los diferentes estudios debido a los múltiples factores que influyen en su estimación, tales como: las diferentes definiciones de RAM, el subgrupo de pacientes estudiado y el procedimiento de detección de las mismas. Debido a ello, existe una gran variabilidad recogida en la

literatura, variando entre 1,5% y 35%. En nuestro estudio, la incidencia estimada es de 9,8%, lo cual no es muy diferente de lo publicado por los diferentes autores. Las manifestaciones clínicas más frecuentes en nuestro estudio han sido las gastrointestinales fundamentalmente relacionadas con el uso de antibióticos, seguidas de las neurológicas producidas por fármacos antiepilépticos y neurolepticos. Estos resultados no difieren de otros estudios de RAM a excepción de aquellos estudios que incluyen a pacientes de mayor edad en los que la manifestación más frecuente son las neurológicas, probablemente al tratarse de pacientes con trastornos cognitivos. Cabe destacar un mayor aclaramiento de creatinina en los pacientes del grupo control (52 vs 77 ml/min), con diferencia estadísticamente significativa. En cuanto a la gravedad, la mayoría de las RAM fueron leves o moderadas y sólo en nueve casos fue grave, entendiendo por grave que se puso en peligro la vida del paciente o que dejaron una secuela temporal o permanente. La evolución tiende a ser la recuperación total durante su estancia hospitalaria y sólo tres pacientes fallecieron, estando la muerte directamente relacionada con la RAM observada en un solo caso. No obstante, el hecho de desarrollar RAM prolonga la estancia media hospitalaria en siete días, aumentando así mismo el coste sanitario. Los resultados de este estudio nos hacen plantearnos un mayor rigor en la utilización de los medicamentos, sobre todo en pacientes de mayor edad, con comorbilidad y polimedicados debido a que tienen un mayor riesgo de desarrollar RAM, valorando el riesgo/beneficio del uso de los mismos e intentando plantear actuaciones preventivas.

Conclusiones. Las RAM en pacientes ingresados en MI son frecuentes. En la mayoría de los casos son leves pero prolongan la estancia media del ingreso hospitalario. Aunque muchas reacciones son idiosincrásicas, considerar la función renal podría evitar RAM. Se hace preciso un estudio con mayor número de pacientes para obtener conclusiones firmes.

V-131

EVALUACIÓN DE LA CALIDAD DE LOS INFORMES DE ALTA EN UN SERVICIO DE MEDICINA INTERNA R. Cañizares¹, E. Calabuig¹, P. Wikman¹, M. Gracia¹, M. Ramírez² y J. Merino¹

¹Servicio de Medicina Interna, ²Admisión. Hospital Universitari Sant Joan d'Alacant. Sant Joan d'Alacant, Alicante.

Objetivos. Evaluar la calidad de los informes clínicos de alta de los pacientes atendidos en la sección de Medicina Interna de nuestro hospital.

Material y métodos. Realizamos un estudio sobre 129 informes de alta de la sección de Medicina Interna, escogidos al azar y realizados de enero 2007 a marzo 2007, previo al inicio del estudio. Para evaluar la calidad de los informes, se ha elaborado un cuestionario que tiene en cuenta aspectos fundamentales que estimamos deberían estar presentes en todos los informes de alta de Medicina Interna. Estos ítems son: a) Cumplimentación de todos los apartados (diagnóstico, antecedentes personales, enfermedad actual, exploración física, pruebas complementarias, evolución y complicaciones y tratamiento), b) Especificación diagnóstica (si se incluyen en los diagnósticos los de los antecedentes y las complicaciones), c) Información sobre antecedentes personales (si se especifican alergias, antecedentes médicos y quirúrgicos, hábitos tóxicos, situación vital basal y tratamiento habitual), d) Enfermedad actual, e) Exploración física (apartados incluidos), f) Pruebas complementarias, g) Descripción de la evolución y complicaciones, h) Especificación de tratamiento (si se incluyen medidas higiénico-dietéticas, tratamiento medicamentoso, informe respecto a tratamientos previos e informe sobre controles evolutivos).

Resultados. En el 94,6% de los informes, se habían cumplimentado todos los apartados. En diagnósticos, el 55% no incluyeron los de los antecedentes, y se describen los de las complicaciones en el 78,9%. En el apartado de antecedentes personales, las alergias medicamentosas estaban recogidas en el 80,6%, los antecedentes médicos en el 96,1%, las intervenciones quirúrgicas en el 51,2%, los hábitos tóxicos en el 55,8%, la situación vital basal en el 62% y el tratamiento habitual del paciente en el 76,7%. El epígrafe de la enfermedad actual mostró información básica en el 62% de los informes y muy detallada en el 33,3%. Respecto a la exploración física el 85,3%

tenían referidos todos los aparatos relacionados con el diagnóstico. Las pruebas complementarias necesarias según el diagnóstico estaban anotadas en el 83,7%. La evolución durante el ingreso era muy detallada en el 27,1% de los enfermos, adecuada en el 60,5% e insuficiente en el 10,9%. Respecto al tratamiento, las medidas dietéticas no se especificaron en el 60,5% de los casos, las medidas higiénico-hábitos no constaban en el 83,7%, el tratamiento médico aparecía en el 91,5%, en el 78,3% no había informe sobre la continuidad de tratamientos previos y el 90,7% de los enfermos recibió información sobre controles evolutivos.

Discusión. Los informes clínicos de alta son claves en el correcto tratamiento de los pacientes, pueden evitar errores en la toma de fármacos, son fundamentales para un adecuado seguimiento del paciente tras el alta hospitalaria, permiten favorecer la continuidad de los cuidados y la relación con atención primaria. Permiten además controlar la actividad asistencial y se perciben por el paciente y la sociedad como un instrumento de calidad de la atención prestada. Creemos que pueden ser utilizados para influir en la formación de los médicos y mejorar sus habilidades. Este estudio descriptivo aporta información de una realidad en la que existen insuficiencias y logros.

Conclusiones. Se puede estimar que, la calidad media de los informes valorada por los parámetros elegidos, es aceptable. Se detectan aspectos mejorables como recogida de las alergias y la carencia de informe sobre medidas dietéticas y hábitos vitales o actitudes a tener sobre tratamientos previos, todas importantes para el enfermo. Disponemos de una base que permite aplicar alguna intervención que mejore estos resultados. Ello repercutiría en seguridad para el enfermo y mejora las competencias de quienes redactan el informe.

V-132

MESOTELINA PLEURAL EN EL DIAGNÓSTICO DEL DERRAME PLEURAL

C. Alemán¹, J. Porcel², R. Segura³, J. Alegre¹,
S. Martínez³, A. Esquerda⁴, A. Vázquez¹
y T. Fernández de Sevilla¹

¹Servicio de Medicina Interna, ³Bioquímica Clínica. Hospital General Vall d'Hebron - Área General. Barcelona. ²Servicio de Medicina Interna, ⁴Análisis Clínicos. Hospital Universitari Arnau de Vilanova. Lleida.

Objetivos. 1) Analizar los niveles de mesotelina en el líquido pleural de los derrames exudados. 2) Valorar la utilidad de mesotelina en la diferenciación del derrame maligno debido a mesotelioma frente a otras neoplasias y frente a los derrames pleurales idiopáticos.

Material y métodos. Se analizan 68 muestras de derrame pleural: 47 derrames pleurales malignos (18 mesoteliomas y 29 derrames malignos debidos a otros tumores diferentes al mesotelioma) y 21 derrames pleurales benignos (8 infecciosos y 13 idiopáticos). En todos ellos se determina la mesotelina en líquido pleural (MESOMARCK).

Resultados. Los valores de mesotelina pleural se muestran en la tabla 1. Los mesoteliomas presentan los niveles más elevados de mesotelina. Los niveles de mesotelina son superiores en los derrames malignos (mesotelioma y otros neoplásicos) respecto a los benignos (infecciosos e idiopáticos) ($p = 0,027$). Así mismo, los niveles de mesotelina son superiores en los mesoteliomas respecto a los derrames idiopáticos ($p = 0,015$).

Tabla 1. Mesotelina en líquido pleural (V-132).

	Mediana	Percentil 25	Percentil 75
Mesotelioma (18)	33,4	3,47	87,67
N. pulmón (5 adenoc + 5 oat cell)	3,39	1,91	11,96
N. páncreas (5)	14,48	4,99	25,81
N. mama (5)	4,89	3,99	8,94
N. ovario (5)	20,40	10,87	27,21
Linfoma (5)	10,25	6,13	21,08
Idiopático (13)	3,68	2,07	6,53
Infecciosos (8)	6,19	3,66	6,63

Discusión. Teniendo en cuenta la implicación pronóstica de un correcto diagnóstico de los derrames pleurales idiopáticos frente a los malignos, así como la dificultad que en ocasiones plantea el diagnóstico de los mesoteliomas, la determinación de mesotelina en líquido pleural podría ser de utilidad en el estudio de los derrames pleurales.

Conclusiones. 1) Los derrames pleurales malignos presentan niveles más elevados de mesotelina que los derrames benignos. 2) Los mesoteliomas tienen los niveles más elevados de mesotelina, siendo muy superiores y con significación estadística respecto a los derrames pleurales idiopáticos.

**V-133
EFECTOS DE LA MUTACIÓN CYP 2C9 *3 EN LA HIPERSENSIBILIDAD AL SINTROM**

B. Valle Borrego¹, E. Calvo Manuel¹, L. Mao Martín¹, F. Gómez Gallego², Z. Verde Rello² y F. Bandrés Moya²
¹Servicio de Medicina Interna 1. Hospital Clínico San Carlos. Madrid. ²Unidad de Biomedicina. Universidad Europea de Madrid. Madrid.

Objetivos. Comprobar el efecto que ejerce el alelo CYP 2C9 *3 (en su forma homocigota) sobre la dosis necesaria para conseguir una anticoagulación efectiva en pacientes tratados con acenocumarol (sintrom).

Material y métodos. Se han recogido muestras de pacientes que reciben tratamiento anticoagulante desde hace más de 6 meses en el Hospital Clínico San Carlos, por diferentes patologías, y que precisan dosis bajas (< 7 mg/semanales) para mantener cifras de anticoagulación adecuadas a su patología. De entre ellos (un total de 35 pacientes), hemos elegido 5 que son homocigotos para el alelo CYP 2C9 *3, el cual se ha asociado con una mayor sensibilidad al acenocumarol, lo que se traduce en niveles de anticoagulación adecuados a dosis menores que los requeridos por la población habitual (sin dicho alelo). Las muestras de sangre se obtuvieron mediante gota en papel FTA (Whatman), en el momento de extracción del control habitual del acenocumarol (control capilar). Se realizó extracción del DNA de la muestra, y posteriormente, mediante un sistema Lightcycler, se monitorizó la reacción de PCR, mediante análisis con sondas de hibridación basado en la llamada *Fluorescent Resonance Energy Transfer* (FRET), obteniéndose suficiente número de muestras para determinar la mutación CYP 2C9*3.

Resultados. Los 5 pacientes, homocigotos para el alelo *3 de la CYP 2C9, tomaban una dosis que variaba entre 2 y 4,5 mg/semanales. (Consideramos dosis habituales: de 10 a 24 mg/semanales). Las patologías por las que estaban anticoagulados los pacientes son: fibrilación auricular (2 pacientes), tromboembolismo pulmonar (1 paciente), trombosis venosa profunda (1 paciente), prótesis valvular metálica (1 paciente). De entre los fármacos asociados que tomaban, los más frecuentes fueron IECAs/ARA II, diuréticos, calcio-antagonistas, antiagregantes y antiarrítmicos, siendo de entre estos la amiodarona el más frecuente. En uno de los casos se detectó, además, la existencia de fenómenos hemorrágicos, de forma espontánea (epistaxis).

Discusión. La biotransformación y la eliminación del acenocumarol son debidos principalmente a la oxidación por el citocromo P-450 CYP2C9. Han sido identificados dos variantes de alelos de este citocromo que reduce *in vitro* la actividad enzimática: 2C9*2 (Arg 144 Cys) y 2C9*3 (Ile 359 Leu). Estas variantes de alelos han sido fuertemente asociadas con un incremento en la sensibilidad a acenocumarol y, menos claramente, con el riesgo de sangrado durante el tratamiento anticoagulante. En el estudio realizado, el 100% de los pacientes que son homocigotos para el alelo 2C9*3 presentan unos requerimientos muy bajos de acenocumarol (< 7 mg/ semanales).

Conclusiones. Tener el alelo 2C9*3 es un importante factor de riesgo independiente que modula la sensibilidad de un pacienteal efecto del acenocumarol. Los pacientes con este alelo presentan una mayor probabilidad de necesitar unas dosis más bajas de acenocumarol que los pacientes sin esta variante. La relevancia de este estudio en la práctica clínica diaria radica en que: 1) La "hiperrespuesta" a la warfarina/acenocumarol está ligada a un mayor riesgo de

sangrado al inicio del tratamiento. 2) Los pacientes que presenten el alelo 2C9*3 que van a recibir tratamiento con acenocumarol deberían empezar dicho tratamiento con unas dosis inferiores a las habituales para evitar una "sobre-anticoagulación" y el consiguiente riesgo de sangrado.

**V-134
POLIMORFISMO TAQI A DEL GEN DEL RECEPTOR DOPAMINÉRGICO D2 (DRD2) EN PACIENTES ALCOHÓLICOS**
S. Inés Revuelta¹, M. Marcos Martín¹, I. Pastor Encinas¹, R. González Sarmiento² y F. Laso Guzmán¹

¹Servicio de Medicina Interna. Hospital Universitario de Salamanca. H. Clínico. Salamanca. ²Unidad de Medicina Molecular. Facultad de Medicina. Salamanca.

Objetivos. Los trastornos adictivos y, en particular el alcoholismo, son enfermedades complejas en las que los factores ambientales interactúan con factores genéticos. Diversos estudios han demostrado que la actividad dopaminérgica en el núcleo accumbens está involucrada en las propiedades de recompensa de las drogas de abuso, por lo que las alteraciones en este sistema neurotransmisor se consideran factores fundamentales en la patogenia del alcoholismo. La dopamina liberada en la sinapsis interactúa con sus receptores D1-D5, siendo el receptor D2 el responsable de regular la liberación y síntesis de la dopamina. En este trabajo hemos investigado la posible relación entre un polimorfismo localizado en el gen que codifica el receptor D2 (DRD2) y el desarrollo de alcoholismo.

Material y métodos. Se han estudiado 172 pacientes varones consumidores de más de 120 gramos de etanol puro al día, procedentes de la Unidad de Alcoholismo del Hospital Universitario de Salamanca. Se clasificaron en dos grupos, de acuerdo con los criterios del DSM-IV: 98 dependientes y 74 con abuso de alcohol. El grupo control estaba formado por 100 varones sanos, sin patología psiquiátrica ni historia familiar de alcoholismo. Mediante PCR se ha estudiado el polimorfismo TaqI A, situado en la región 3' UTR del gen DRD2. El análisis estadístico se realizó con el programa SPSS v. 11.0 para PC. Para la comparación entre los grupos se empleó el test de la chi-cuadrado, calculándose la OR (*Odds ratio*) y el intervalo de confianza (IC) al 95%.

Resultados. Observamos una frecuencia significativamente más alta del genotipo A1/A1 en el grupo de alcohólicos con dependencia respecto al grupo de pacientes con abuso de alcohol (11,2% frente a 1,4%; p = 0,012; OR = 9,230; IC 95%: 1,164-73,190). Además encontramos que este genotipo fue más frecuente en el grupo de alcohólicos que en el control, aunque esta diferencia no alcanzó significación estadística (tabla 1).

Discusión. A pesar de los múltiples estudios existentes, la relación entre la dependencia del alcohol y el polimorfismo TaqI A del gen DRD2 sigue siendo objeto de debate. Algunos trabajos han demostrado que los sujetos portadores del alelo A1 tienen menor número de receptores cerebrales de dopamina; se ha postulado que estos sujetos podrían requerir dosis más altas de alcohol para estimular la vía dopaminérgica de recompensa y obtener así el mismo refuerzo que los no portadores de este alelo. Nuestros resultados corroboran los hallazgos obtenidos por otros grupos que han relacionado el genotipo A1/A1 con ciertos fenotipos de alcohólicos, los más graves, más que con el alcoholismo *per se*.

Conclusiones. Los individuos homocigotos A1 para el polimorfismo TaqI A del gen DRD2 presentan la mayor predisposición a desarrollar dependencia del alcohol. Por tanto, en el presente trabajo aportamos evidencia sobre la relación entre esta variante y las formas más graves de alcoholismo.

Tabla 1. (V-134).

	n	A1A1 (%)	A1A2 (%)	A2A2 (%)
Todos los alcohólicos	172	12 (7,0)	58 (33,7)	102 (59,3)
Abuso de alcohol	74	1 (1,4)	28 (37,8)	45 (60,8)
Dependencia de alcohol	98	11 (11,2)*	30 (30,6)	57 (58,2)
Controles	100	3 (3,0)	32 (32,0)	65 (65,0)

V-135

CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS DE LOS PACIENTES CON DIABETES MELLITUS TIPO 2 EN UN SERVICIO DE MEDICINA INTERNA

M. Ledo Laso¹, S. Castellanos Viñas¹, F. Mourad¹, M. Liñán Alonso¹, A. Morán Blanco¹, J. Guerra Laso¹, C. Martínez² y M. Riesco Crespo³

¹Servicio de Medicina Interna, ²Servicio de Medicina Familiar y Comunitaria, ³Servicio de Medicina Intensiva. Complejo Asistencial de León. León.

Objetivos. Estudio descriptivo que trata de evaluar el perfil del paciente diabético que ingresa en Medicina Interna, atendiendo especialmente a epidemiología, progresión de la enfermedad y comorbilidad.

Material y métodos. Se han evaluado los pacientes que han ingresado en el Servicio de Medicina Interna III-Edificio Monte San Isidro del Complejo Asistencial de León durante los meses de marzo y abril de 2007 que asociaban entre sus antecedentes personales el diagnóstico de Diabetes Mellitus tipo 2, incluyendo de igual modo aquellos que ingresan como debut diabético.

Resultados. En el período estudiado han ingresado en nuestro servicio 425 pacientes, de los cuales 54 eran diabéticos. El 56% de los pacientes son mujeres, con una edad media de 80,5 años; el 44% restante son varones con una edad media de 76,9 años. La estancia media hospitalaria no muestra apenas diferencias entre ambos sexos, siendo de 10,9 días para los pacientes mujeres y de 11,1 días para los varones. El motivo de ingreso principal entre los varones es la patología respiratoria (55%) frente al 43,3% de las mujeres que ingresan por ICC. La afectación de órganos diana se presenta en el 25% de los varones frente al 10% de las mujeres. Respecto a otros factores de riesgo encontramos que la HTA aparece en 23 de las 30 mujeres y en 15 de los 24 varones.

Discusión. La Diabetes Mellitus tipo 2 es una entidad de elevada prevalencia que afecta a un gran número de pacientes que ingresan en Medicina Interna, en nuestra serie corresponde a un 12,7% del total de ingresos durante el período estudiado. Son pacientes de edad avanzada con una media global de 78,7 años, con un bajo índice de repercusión orgánica al ingreso, siendo más frecuente en el sexo masculino donde predomina la afectación cerebro-vascular, mientras que en el sexo femenino predomina la afectación renal. En este período se han diagnosticado 3 diabetes "de novo": una descompensación hiperosmolar, una diabetes secundaria a corticoterapia y otro en el contexto de una infección respiratoria. El paciente diabético tiene un alto riesgo cardiovascular que es fundamental evaluar, de nuestros pacientes el 69,6% tenían HTA y sólo el 13,8% tenían dislipemia.

Conclusiones. El 13% de los pacientes que ingresan en Medicina Interna son diabéticos, predominando el sexo femenino por encima de los 75 años. El motivo más frecuente de ingreso en ambos sexos es la patología respiratoria seguida de la ICC. La repercusión orgánica es poco frecuente, siendo más elevada en el sexo masculino. Alta prevalencia de HTA en el total de pacientes.

V-136

MANEJO TERAPÉUTICO Y FACTORES DE RIESGO CARDIOVASCULAR DE LOS PACIENTES DIABÉTICOS EN MEDICINA INTERNA

M. Ledo Laso¹, S. Castellanos Viñas¹, F. Mourad¹, M. Liñán Alonso¹, A. Morán Blanco¹, J. Guerra Laso¹, C. Martínez² y M. Riesco Crespo³

¹Servicio de Medicina Interna, ²Servicio de Medicina Familiar y Comunitaria, ³Servicio de Medicina Intensiva. Complejo Asistencial de León. León.

Objetivos. Evaluar el control y el manejo terapéutico hospitalario de los pacientes diabéticos que ingresan en un servicio de Medicina Interna, así como analizar la repercusión de los factores de riesgo cardiovascular asociados.

Material y métodos. Estudio descriptivo y prospectivo de pacientes que ingresan en Medicina Interna III-Edificio Monte San Isidro durante el período de 1 de marzo a 30 de abril de 2007, que analiza el régimen terapéutico antes y después del alta hospitalaria, valora la existencia de otros factores de riesgo cardiovascular y determina distintos valores de laboratorio.

Resultados. Se han evaluado 54 pacientes diabéticos, de los que 30 eran mujeres (55,6%) y 24 varones (44,4%), con una edad media de 78,7 años. El tratamiento al ingreso era: un 52% con antidiabéticos orales (39% en monoterapia, 13% ADO en combinación), un 18,5% Insulina, un 11% asociación insulina con ADO, un 3% tratamiento dietético y un 13% no recibía ningún tipo de tratamiento. La glucemia media en el momento del ingreso era de 215 mg/dl (52-742). Se analizó la HbA_{1c} en 16 de los 54 pacientes, siendo la cifra media de 6,7. De los 49 pacientes que realizaban tratamiento con ADO (solos o en combinación) inicialmente, 6 precisaron insulino terapia al alta, siendo uno de ellos un caso de diabetes "de novo". El 48% (26) de los pacientes tenían alteración de la función renal, siendo conocida previamente en 8 de los 26 pacientes.

Discusión. Un gran número de pacientes de edad avanzada que ingresan en Medicina Interna por patologías variadas son diabéticos. De estos, la mayoría están infratratados con antidiabéticos orales, no siguen un adecuado control de las cifras de glucemia ni de la repercusión de la enfermedad sobre otros órganos. La diabetes mellitus también se asocia con otros factores de riesgo cardiovascular que deberían tener un control estricto para prevenir complicaciones a largo plazo, en nuestra serie hemos encontrado HTA y dislipemia como factores más prevalentes asociados. La educación sobre nutrición, ejercicio, tratamiento necesario y repercusión de la enfermedad sobre otros órganos es deficiente.

Conclusiones. La diabetes mellitus tipo 2 es un trastorno endocrino que afecta a un elevado número de pacientes, predominante en el sexo femenino. El 52% de los pacientes se trata con antidiabéticos orales, frente al 29,5% que utiliza insulino terapia (sola o en combinación). No existe un buen control de la enfermedad. En nuestra serie un tercio de los pacientes precisaron modificación del tratamiento al alta, en 6 de ellos cambio a tratamiento con insulina.

V-137

ESTUDIO DESCRIPTIVO DE LOS PACIENTES CON ENFERMEDADES AUTOINMUNES INGRESADOS EN UN ÁREA DE VIGILANCIA INTENSIVA

J. Antón¹, M. Marcos¹, M. Gandía¹, R. Merchán¹, G. Claver¹, P. Castro², G. Espinosa¹ y J. Nicolás²

¹Servicio de Enfermedades Autoinmunes y Sistémicas, ²Área de Vigilancia Intensiva Médica. Hospital Clínic i Provincial de Barcelona. Barcelona.

Objetivos. Determinar las características de los pacientes con enfermedades autoinmunes que precisaron ingreso en el área de vigilancia intensiva (AVI) de un hospital de tercer nivel, así como determinar los factores pronósticos de mortalidad a corto y largo plazo.

Material y métodos. Estudio retrospectivo observacional en el que fueron incluidos todos los pacientes con enfermedades autoinmunes sistémicas que ingresaron por primera vez en AVI polivalente del Hospital Clínic i Provincial de Barcelona entre 1999 y 2006. Revisamos las historias clínicas de los pacientes para recoger las características de su enfermedad de base, de la patología que motiva el ingreso en AVI, y los posibles predictores de mortalidad, así como el seguimiento posterior.

Resultados. Se incluyeron en el estudio 37 pacientes (11 varones, 26 mujeres), con una edad media al ingreso en UCI de 47,7 años (\pm 17,7). Las patologías más frecuentes fueron lupus eritematoso sistémico (16 casos), vasculitis (7), esclerosis sistémica (4), SAF primario (4), y la evolución media de la enfermedad de 6,8 años (\pm 7,6). Los motivos de ingreso en AVI más frecuentes fueron las patologías infecciosas (12), insuficiencia respiratoria (6), manifestaciones inflamatorias graves (6) y síndrome antifosfolípido catastrófico (4). Durante el ingreso en AVI fallecieron 6 pacientes (16%). De los 31 pacientes restantes, 9 requirieron reingreso en AVI (29%) y 9 fallecieron, 3 (9,7%) antes del alta hospitalaria y 6 (19,3%) durante el seguimiento. La mediana de seguimiento desde el alta de AVI fue de 9 meses (rango intercuartílico 31). Entre los supervivientes y los fallecidos en AVI tan sólo se encontró diferencia en la dosis media de corticoides en el último año (9,45 mg/d en supervivientes, 29,5mg/d en fallecidos, $p = 0,004$) y una tendencia a una mayor puntuación APACHE II entre los fallecidos, sin encontrarse diferencias en mortalidad según tipo de enfermedad autoinmune, tratamiento previo recibido o patología que motiva el ingreso en AVI.

Conclusiones. Las patologías infecciosas son la causa más frecuente de ingreso de los pacientes con enfermedades autoinmunes en nuestra serie. Una mayor dosis media acumulada de corticoides se asocia con mayor mortalidad intra-AVI.

**V-138
NEUMONÍA EOSINÓFILA EN DOS PACIENTES INGRESADOS**

M. Muñoz López de Rodas, B. Valle Borrego, L. Mao Martín, A. Junco García, A. Díaz Fernández, F. Saiz García y F. Aboín Massieu

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

Objetivos. 1) Describir las características clínicas, radiológicas y citológicas de dos pacientes con diagnóstico de Neumonía Eosinófila. 2) Conocer la evolución de la enfermedad con el tratamiento pautado. **Material y métodos.** Presentamos los casos de dos pacientes ingresados con diagnóstico de Neumonía Eosinófila. Se recogieron datos sobre manifestaciones clínicas, analíticas, radiológicas y anatomopatológicas. El diagnóstico se realizó conforme a los resultados anatomopatológicos obtenidos por broncoscopia.

Resultados. En ambos casos se trataba de mujeres, con edades de 87 y 58 años con antecedentes de neumonía de origen infeccioso y seguían tratamiento broncodilatador por diagnóstico de Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica (EPOC) y asma, respectivamente. La segunda paciente había sido diagnosticada de probable aspergilosis broncopulmonar alérgica en el año 1999, por lo que siguió tratamiento corticoideo, aunque posteriormente no se confirmó. El motivo de consulta en ambos casos fue el aumento de su disnea habitual (y fiebre en el caso de la paciente más joven) así como imagen radiológica compatible con infiltrados basales bilaterales. La sospecha diagnóstica inicial fue neumonía de origen infeccioso, por lo que se inició tratamiento antibiótico, sin mejora de la sintomatología. En cuanto a los datos analíticos: sólo una presentó leucocitosis de $21.820 \times 10^9/L$ y ambas tenían eosinofilia periférica ($2,5 \times 10^9/L$ [15,5%] y $1,2 \times 10^9/L$ [12%]). El resto de determinaciones fueron normales. En ambas bronoscopias el árbol bronquial fue normal, sin crecimiento de microorganismos en el cultivo de secreciones. El análisis anatomopatológico tomado por Lavado Broncoalveolar confirmaba la eosinofilia en el recuento celular, sin hallar células sugerentes de malignidad. Posteriormente se inició tratamiento con metilprednisolona a dosis de 60 y 80 mg diarios respectivamente, con lo que se objetivó una gran mejoría clínica, analítica y radiológica.

Discusión. La Neumonía Eosinófila Crónica es una entidad poco frecuente de etiología desconocida. Suele debutar como un proceso pulmonar subagudo, con síntomas de semanas a meses de duración, progresando en ocasiones a insuficiencia respiratoria grave. La forma más frecuente de presentación se basa en tos no productiva, disnea leve o moderada, fiebre y pérdida de peso, y con frecuencia, en pacientes diagnosticados previamente de asma, se puede confundir con exacerbaciones de la misma. En ocasiones la sospecha clínica se plantea tras el fracaso de la terapia antimicrobiana instaurada para el tratamiento de una posible neumonía infecciosa, como en nuestros casos. Las radiografías de tórax suelen mostrar infiltrados alveolares densos, bilaterales y periféricos con preferencia por los lóbulos superiores. No son comunes los derrames pleurales, nódulos, cavitaciones ni linfadenopatías intratorácicas. En cuanto a los hallaz-

gos de laboratorio, destaca la eosinofilia periférica, que aparece en un 90-95% de los pacientes, característica no patognomónica aunque requiere un mínimo del 6% en sangre periférica o ser superior a 1 g/L. La eosinofilia permite monitorizar la respuesta terapéutica, ya que el número de eosinófilos sanguíneos se normaliza con el tratamiento. La base terapéutica son los corticoides, con una respuesta precoz. Los síntomas mejoran en 24 a 48 horas y la radiografía de tórax se normaliza en una a tres semanas. Al retirar la terapia, las recaídas ocurren en más del 80% de los pacientes, por lo cual muchas veces se requiere terapia prolongada o indefinida.

Conclusiones. Ante la existencia de eosinofilia en sangre periférica y síntomas y radiografía de tórax compatibles con Neumonía Eosinófila, el método diagnóstico de elección es la realización de lavado broncoalveolar, que permite identificar la eosinofilia pulmonar y excluir otras patologías, especialmente infecciosas que cursan con eosinofilia, como son aspergilosis invasiva, coccidiosis (en áreas endémicas), *Pneumocystis carinii* o *Strongiloides stercoralis* entre otras. La biopsia pulmonar suele mostrar infiltración eosinofílica y edema en alvéolos, intersticio pulmonar y paredes bronquiales, hallazgos que ayudan a excluir con certeza otras patologías, aunque no es una prueba obligada para el diagnóstico de Neumonía eosinófila.

**V-139
SÍNDROME DE SWEET. ESTUDIO DE 9 CASOS**

L. López, I. Jiménez, A. Gómez, L. Castellano y A. Roldán
Servicio de Medicina Interna. Hospital de Sagunto. Sagunto/Sagunt, Valencia.

Objetivos. El síndrome de Sweet (SS) es una dermatopatía poco frecuente, caracterizada por la aparición de pápulas inflamatorias, asociada con fiebre, artralgias y leucocitosis. Nuestro objetivo es describir las características epidemiológicas, clínicas y terapéuticas de los casos de SS diagnosticados en nuestro hospital comparándolas con la experiencia descrita en la literatura.

Material y métodos. Estudio descriptivo de casos de SS diagnosticados en la planta M. Interna del Hospital de Sagunto (de 1992 a 2007).

Discusión. Las características clínicas y analíticas de nuestros casos coinciden con las series descritas. Destaca, sin embargo, la ausencia de casos de malignidad asociada, que en la mayoría de series se sitúa aproximadamente en el 20%. El tratamiento se basa en los casos de series existentes. En nuestra experiencia se han obtenido buenos resultados tanto con corticoides como con antiinflamatorios.

Conclusiones. Los datos extraídos de nuestros casos son similares a los descritos en la literatura. Tan sólo destaca la ausencia de casos de malignidad asociada, que establecería la duda en la necesidad de realizar estudios complementarios de neoplasia asociada.

Tabla 2. Criterios diagnósticos SS (V-139).

Criterios mayores	
1.	Lesiones cutáneas típicas de aparición aguda
2.	Histopatología compatible con SS
Criterios menores	
1.	Antecedente de fiebre o infección
2.	Presencia de fiebre, artralgias, conjuntivitis o malignidad
3.	Leucocitosis
4.	Buena respuesta a corticoides y no respuesta a antibióticos

Tabla 1. Descripción de pacientes con SS (V-139).

Edad/Sexo	Enfermedades asociadas	Afectación extracutánea	Leucocitosis	Curso	Tratamiento
56/F	IVRS	Artralgias	9.400 L	Resuelto	Indometacina
68/F	IVRS	Artritis	12.800 L	Resuelto	Prednisona
66/F	Gastroenteritis	No	14.000 L	Resuelto	Prednisona
37/F	IVRS	Artritis	8.600 L	Resuelto	Prednisona
55/M	No	No	11.800 L	Resuelto	Ninguno
49/M	IVRS	Artritis conjuntivitis	12.600 L	Recidiva	Prednisona
59/F	IVRS	Conjuntivitis	12.800 L	Resuelto	Prednisona
65/F	No	Artralgias	9.500 L	Resuelto	Indometacina
30/M	No	Artritis	10.400 L	Resuelto	Indometacina

V-140
PREVALENCIA DE DISFUNCIÓN ERÉCTIL EN LA CONSULTA DE MEDICINA INTERNA. RELACIÓN CON LOS FACTORES DE RIESGO

S. Cedres

Clinica Medica "2" - Prof. Dr. JC. Bagattini. Hospital Pasteur. Montevideo, Uruguay.

Objetivos. Determinar la prevalencia de la DE en varones mayores de 18 años que consultaron al médico internista (independientemente del motivo de consulta), estudiando la relación con los factores de riesgo.

Material y métodos. Tipo de estudio: transversal y analítico. Duración del estudio: un mes. Criterios de inclusión: a) Consentimiento oral informado. b) Sexo masculino. c) Edad mayor de 18 años. Criterios de exclusión: a) Ausencia de consentimiento. b) Trastorno mental evidente. c) Pacientes portadores de enfermedad neoplásica. d) Pacientes que ya recibían tratamiento por DE. A todos los entrevistados se les explicó la naturaleza, fines y objetivos del estudio, decidiendo el encuestado si deseaba participar o no. La presencia de disfunción eréctil se determinó de acuerdo con el inventario de salud sexual para hombres según el Índice Internacional de Función Eréctil (IIFE-5), con el cual se obtiene una evaluación diagnóstica (IIFE-5 < o igual 21) y la clasifica en leve (21-16), moderada (15-11) o severa (< 10). A todos los pacientes se les aplicó el test IIFE-5, y se completaron los datos de variables sociodemográficas, antecedentes personales y familiares de factores de riesgo vascular, síndrome prostático y encuesta farmacológica. Se realizó luego examen físico donde se pesaron y tallaron, control de PA y ECG. Luego se extrajo sangre para determinación de glicemia y lipidograma.

Resultados. Fueron relevados 164 pacientes. 1) Se definieron 99 pacientes con DE (60%). 2) Se valoró que la DE aumentaba en forma proporcional al avance de la edad, pero no pudimos comprobar un aumento lineal. 3) Valorando la relación entre la DE y diferentes variables, se evidenció relación estadísticamente significativa con las siguientes: hábito de fumar, diabetes, HTA, tratamiento con Beta Bloqueantes, alteraciones electrocardiográficas y sobrepeso-obesidad. 3. A) Acerca del tabaquismo, 102/164 pacientes fumaban más de 10 cigarrillos por día y la mayoría de ellos tenía el hábito por más de 10 años. De ellos, 80 eran portadores de DE. Esta fue la relación de mayor fuerza estadística ($p < 0,001$). 3. B) La presencia de Diabetes anteriormente diagnosticada, y los 10 nuevos casos detectados también tuvieron relación estadística con la DE, siendo 70 los pacientes diabéticos, de los cuales 64 eran portadores de dicha disfunción. 3. C) La HTA estaba presente en 73 de los pacientes analizados, de los cuales 67 tuvieron un score en el IIEF-5 < 21. Esta relación es también significativa, resultando sólo 6 hipertensos no portadores de DE. 3. D) Con respecto al tratamiento con Beta bloqueantes, de los 99 pacientes portadores de DE, 80 los consumían. 3. E) Las alteraciones electrocardiográficas, estaban presentes en el 68% de los pacientes (112/164). Los ECG de los pacientes con DE, eran anómalos en el 83% (82/99). 3. F) Valorando el IMC de los pacientes portadores de DE, 55 tenían $IMC \geq 25$, lo que puede ir desde el sobrepeso hasta la obesidad. (55/99, Frecuencia Relativa = 0,55). 4) Con las otras variables analizadas, los análisis estadísticos no mostraron relación significativa.

Conclusiones. Sabiendo que ninguno de los 99 pacientes portadores de DE fue a la consulta por este motivo, cabe entonces cuestionarnos: ¿Por qué el paciente no acude al médico frente a esta problemática? Existen, sin lugar a dudas diferentes motivos, que podemos resumir en vergüenza, desconocimiento de la función sexual y de la existencia de tratamientos, pensar que el problema es psicológico, asumir que es un hecho normal por la edad, sentir que el mé-

co no lo va a comprender, desinterés o ausencia de pareja. A esta falta de demanda espontánea por la atención, podemos agregar también la falta de detección por parte del médico, que en general puede obedecer a insuficiente formación de nuestra facultad, desinterés en abordar esta problemática, falta de tiempo y los propios prejuicios del médico acerca de la sexualidad humana. En nuestro trabajo, dejando de lado la edad, todas las variables analizadas y estadísticamente relacionadas son factores de riesgo modificables, esto pone de manifiesto la importancia de la labor preventiva, actuando sobre los mismos, que proteja al paciente del desarrollo de la disfunción.

V-141
DIFUSIÓN Y PARTICIPACIÓN POR PAÍSES EN LA RESOLUCIÓN DE CASOS CLÍNICOS INTERACTIVOS DE MEDICINA INTERNA POR INTERNET. EXPERIENCIA DE 7 AÑOS

F. Guerrero Igea¹, A. Garrido Serrano², J. Lepe Jiménez³, S. Palomo Gil⁴, R. Ruiz Morales⁵, J. Galbarro Muñoz⁴, B. Escolano Fernández⁶ y M. Aguayo Canela¹

¹Servicio de Medicina Interna A. Hospital Virgen Macarena.

Sevilla. ²Servicio de Digestivo. ³Servicio de Microbiología.

Hospital Virgen del Rocío. Sevilla. ⁴Servicio de Medicina

Interna. Hospital de Riotinto. Minas de Riotinto, Huelva.

⁵Servicio de Medicina Interna. Hospital San Lázaro. Sevilla.

⁶Servicio de Medicina Interna. Hospital de la Serranía. Ronda, Málaga.

Objetivos. Describir la experiencia en la presentación de casos clínicos (CC) de Medicina Interna a través de la red de Internet.

Material y métodos. Edición y difusión de casos clínicos reales mensuales entre marzo del 2000 y marzo del 2007, publicados en el portal médico www.medicina-interna.com. Cada caso se expone incompleto (sin diagnóstico final) durante un mes, abierto durante ese tiempo a la participación activa de otros internautas mediante envío del juicio diagnóstico por correo electrónico. Al mes siguiente se añaden al caso: el diagnóstico final, comentarios y los médicos/estudiantes acertantes por países. Contabilidad de visitas: Webstat Motigo y Map Loc.

Resultados. Entre marzo del 2000 y marzo del 2007 se ha visitado la sección de casos clínicos 140.000 veces (tabla 1).

Discusión. A pesar de que el grado de participación es reducido en relación con el número de visitantes, el modelo de difusión de casos clínicos parece válido debido al número de visitas y a la participación activa de estudiantes y médicos de habla hispana.

Conclusiones. El modelo aportado de edición y difusión de casos clínicos por Internet es una herramienta útil para comunicar la experiencia asistencial del internista, sobre todo por su potencial transmisión a los países de habla hispana. Así mismo, la posibilidad de participación activa es un aspecto novedoso con posibilidades para el futuro.

V-142
CALIDAD DE VIDA EN PACIENTES SOBREVIVIENTES DE STROKE, EVALUACIÓN A LOS 6 MESES DEL ALTA HOSPITALARIA

S. Cedres, C. Dufrechou y J. Bagattini

Clinica Medica "2" - Prof. Dr. JC. Bagattini. Hospital Pasteur. Montevideo, Uruguay.

Objetivos. Evaluar las consecuencias del stroke sobre la CV a los 6 meses de ocurrido el mismo, y comparar la CV del paciente víctima del "stroke" con la CV de una población control sana.

Tabla 1. Ranking de visitas (v) por países, participación (p) y aciertos (a) en la resolución de casos clínicos (V-141).

	1º	2º	3º	4º	5º
% V	España 42,0	México 13,9	Perú 6,6	Argentina 6,4	Colombia 5,2
% P	México 35,6	Argentina 34,7	España 28,5	Perú 6,0	Cuba 3,4
% A	Argentina 36	España 34	México 9,1	Perú 9,0	Cuba 4,0
% A -% P (+)	España + 5,5	Perú + 3,0	Argentina + 1,3	Cuba + 0,6	Brasil + 0,1

Material y métodos. Tipo de estudio: Analítico, observacional transversal, de tipo casos y controles. Población: Pacientes egresados del Hospital Pasteur con diagnóstico de "stroke" en un período de 4 meses. Grupo casos: criterios de inclusión: Colaboración voluntaria. Tiempo de producido el ictus de 6 meses. Criterios de exclusión: Stroke previos. Afasia. Incapacidad de comunicación verbal del paciente. Grupo control: mayor de 18 años, sanos, de ambos sexos. La severidad del stroke se midió en función de la Escala Neurológica Canadiense. A los 6 m de captados, se realizó visita domiciliaria de todos los pacientes y se aplicó el cuestionario de calidad de vida SF-36, versión en español 1,4. El grupo control se definió realizando la escala de calidad de vida a personas sanas, con la misma distribución etaria e igual sexo que el grupo casos, con una relación 2 controles/1 caso.

Resultados. Se seleccionaron al azar 71 pacientes internados en el Hospital Pasteur con diagnóstico de stroke entre las fechas establecidas. De dichos pacientes 26 murieron en ese período y 12 no pudieron ser ubicados, por lo que la población evaluada fue de 33 pacientes. La comparación del grupo casos con el grupo control evidencia que la población que sufrió stroke tiene afectada a los 6 meses su CV. Todas las dimensiones exploradas estuvieron por debajo en el grupo que sufrieron stroke, oscilando los puntajes obtenidos entre 1/3 y 2/3 del grupo control. Las ocho dimensiones valoradas de la CV tienen diferencias estadísticamente significativas. Al examinar la CV de los pacientes sobrevivientes del stroke vemos que: Los dominios peores puntuados son los que exploran las funciones físicas (Rol físico, Función física y Vitalidad). Los mejores puntajes los recibieron los dominios Dolor corporal y Salud Mental. Llama la atención que la apreciación del paciente sobre su Salud Mental sea relativamente buena, cuando exploraciones más objetivas aplicando diferentes medios diagnósticos de depresión, revelan gran frecuencia de episodios depresivos. Esto podría significar la adaptación del paciente a su estado emocional a los 6 meses de evolución del stroke.

Conclusiones. Se destaca el concepto de calidad de vida relacionada con la salud como un elemento fundamental a tener en cuenta al juzgar las consecuencias de las enfermedades y su tratamiento; así como la necesidad de evaluar en la práctica clínica diaria los factores objetivos y subjetivos que determinan la misma. Para esto es necesario aplicar herramientas de valoración como el SF-36, cuya presentación en nuestro medio efectuamos a través de este trabajo, que permitan en forma sencilla tener una evaluación de las distintas dimensiones que influyen en la CV de nuestros pacientes. Evidenciamos que el componente subjetivo tiene una importancia similar o superior en el bienestar de los pacientes a las propias limitaciones objetivas secundarias a las secuelas somáticas del stroke; dado que individuos con el mismo déficit y nivel de dependencia tienen una afección de su CV diferente. Esta apreciación depende de los recursos intrapsíquicos que manejan los pacientes y del ambiente familiar y social que los contiene. El rol terapéutico debe contemplar los aspectos destacados en este trabajo para cumplir cabalmente con sus objetivos.

V-143

COARTACIÓN DE AORTA EN UNA CONSULTA DE HIPERTENSIÓN ARTERIAL

I. Martínez Egea, F. Negrera, M. Arenas Miras, P. Baños, J. Mediavilla y J. Jiménez Alonso

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

Objetivos. Estudio de los hallazgos clínicos y de imagen en pacientes diagnosticados de coartación de aorta.

Material y métodos. Revisión de historias clínicas de pacientes con diagnóstico de coartación de aorta en seguimiento por la Unidad de Hipertensión del Hospital Universitario Virgen de las Nieves. Se han recogido las siguientes variables: datos demográficos, edad del diagnóstico, debut clínico, pruebas de imagen, tipo de intervención realizada y tratamiento médico.

Resultados. El diagnóstico de coartación de aorta se describió en seis pacientes (tres niños y tres adultos). La edad media del diagnóstico fue de 23,8 años (rango: 20 días- 32 años). Cuatro de ellos eran varones y dos mujeres. La forma de debut clínico en adultos fue hipertensión arterial y en niños como hallazgo casual en la exploración clínica. En la exploración física todos los pacientes presentaban disminución de pulsos femorales. En cuanto a las alteraciones en exploraciones complementarias destacó: ECG: la mitad presentaron bloqueo completo

de rama derecha, y en el resto fue normal. Rx Tórax: presencia de muescas subcostales en el 50% de los casos; un paciente mostraba signo del "3", y en un caso existía hipertrofia ventricular izquierda. Ecocardiograma: el 50% asociaba válvula bicúspide, un paciente además presentaba aneurisma del septo interventricular, y otro de ellos asociaba comunicación interauricular. Estudio Hemodinámico: gradiente transcoartación medio estaba elevado en todos los casos. Tipo de intervención: en la mitad de los pacientes se realizó dilatación con balón y colocación de stent; en dos se realizó cirugía, y en uno dilatación con balón. En ninguno de los casos hubo complicaciones posteriores, con buen control de cifras tensionales, aunque con la necesidad de continuar con tratamiento médico antihipertensivo.

Discusión. La coartación de aorta es causa de hipertensión arterial secundaria en < 1% de los pacientes. Se trata por tanto de una patología rara, más frecuente en varones que en mujeres, y que en numerosas ocasiones se asocia a otras malformaciones cardíacas (fundamentalmente válvula aortica bicúspide). El tratamiento permite un adecuado control de la tensión arterial en la mayoría de los casos.

Conclusiones. Los datos de nuestra población estudiada coinciden con los encontrados en la literatura.

V-144

SÍNDROME CARCINOIDE. A PROPÓSITO DE TRES CASOS

A. Martínez Baltanás¹, P. Wikman Jorgensen¹, E. López Calleja¹, C. Angeles Oyonarte², M. Toldano Navarro¹, E. Calabuig Barbero¹, F. Jover Díaz¹ y J. Merino Sánchez¹

¹Servicio de Medicina Interna. ²Sección de Oncología. Hospital Universitari Sant Joan d'Alacant. Sant Joan d'Alacant, Alicante.

Objetivos. Describir tres casos de síndrome carcinoide y comparar con lo descrito en la literatura.

Material y métodos. Revisión de historias clínicas de pacientes vistos en nuestro hospital en el Servicio de Oncología en 2007.

Resultados. Se encontraron tres pacientes diagnosticados de síndrome carcinoide. El primero era un varón de 53 años que ingresó en el Servicio de Digestivo por síndrome icterico. Refería episodios de sudoración profusa con enrojecimiento facial y sensación de calor. Se solicitó una determinación de ácido 5 hidroxindolacético (5-HIAA) que fue de 55,2 mg/dl. En la TAC abdominal se observaron múltiples lesiones focales sólido-quísticas compatibles con metástasis con cambios necróticos. El SPECT-Octreótido mostró múltiples lesiones hepáticas hipercaptantes compatibles con metástasis de tumor de origen neuroendocrino y un pequeño foco de hipercaptación en región mesogástrica compatible con adenopatía tumoral vs tumor intestinal. Se practicó una biopsia hepática que fue informada como tumor carcinoide. Debido a bilirrubinemia de 39,7 mg/dl se colocó prótesis para drenaje biliar, ingresando el paciente a los pocos días por síndrome séptico y siendo éxito a las 24 horas. El segundo caso era un paciente de 41 años, remitida desde dermatología por episodios diarios de enrojecimiento facial de segundos de duración. El 5HIAA fue de 13 mg/dl. En la TAC abdominal no se apreciaron metástasis hepáticas. En la gammagrafía con ¹¹¹Indo-Octreótido y en la PET-TAC se objetivó 1 foco hipercaptante en intestino delgado a la altura del polo inferior del riñón derecho. Fue intervenida practicándose resección amplia del asa (donde se identificó un nódulo de 3 cm de apariencia tumoral) y del meso (que incluía nódulo de 1,7 cm). El diagnóstico histopatológico fue compatible con tumor carcinoide de intestino delgado y metástasis ganglionar respectivamente. El tercero era un varón de 54 años que consultó por crisis de flushing y diarrea. El SPECT-octreótido mostró hipercaptación focal intensa localizada medial al polo inferior del riñón derecho. El 5HIAA fue de 5,4 mg/dl. Se realizó RMN abdominal objetivándose lesiones compatibles con metástasis hepáticas que posteriormente se confirmaron con PAAF. Se realizó hemicolectomía derecha y linfadenectomía extensa. La anatomía patológica confirmó la presencia de un nódulo fibroso positivo para tumor carcinoide, múltiples metástasis hepáticas, dos adenopatías con metástasis y seis implantes mesentéricos. Recibió tratamiento con Capecitabina y radiofrecuencia sobre las metástasis hepáticas consiguiéndose estabilizar la enfermedad.

Discusión. El tumor carcinoide supone el 50% de los tumores gastroenteropancreáticos. El síndrome carcinoide ocurre en menos del 10% de pacientes con tumor carcinoide, con una incidencia de 7-13 casos/millón de habitantes y año. Por su clínica en ocasiones larvada se trata de una patología infradiagnosticada. La mediana de edad

al diagnóstico es 55 años. Los síntomas aparecen en estadios avanzados, debido a que es necesario que las aminas vasoactivas alcancen la circulación sistémica, tal y como ocurría en nuestros pacientes. La producción de aminas se relaciona directamente con la morbilidad e inversamente con la supervivencia.

Conclusiones. Se trata de una patología infrecuente en ocasiones infradiagnosticada. Es importante la sospecha clínica para el diagnóstico. Los datos de nuestros pacientes se corresponden con las características epidemiológicas, clínicas y pronósticas descritas en la literatura.

V-145

PERIAORTITIS CRÓNICA VERSUS FIBROSIS PERITONEAL IDIOPÁTICA

P. Guisado Vasco, J. Calleja López, G. Fraile Rodríguez, M. Muro Fernández, C. Montalban Sáenz, J. Hernández García, S. Diz Fariña y M. Serrano Comino

Servicio de Medicina Interna. Hospital Ramón y Cajal. Madrid.

Objetivos. El término periaortitis crónica incluye aneurismas aórticos inflamatorios abdominales y la fibrosis retroperitoneal perianeurismática (FRP). Ambas tienen una histología similar, pero en la FRP se produce atrapamiento de las estructuras vecinas con complicaciones obstructivas, que no suceden en los aneurismas inflamatorios. Objetivo: analizar su forma de presentación, la relación etiopatogénica con la patología aórtica degenerativa, los hallazgos de la TAC y la necesidad de confirmación histológica con biopsia, la respuesta al tratamiento, su duración y el manejo de las complicaciones urológicas asociadas.

Material y métodos. Revisión retrospectiva de cuatro casos clínicos de fibrosis retroperitoneal idiopática del archivo del servicio de medicina interna.

Resultados. Los pacientes presentan una edad media de 63 años (entre 55 y 72 años), siendo la proporción varón/mujer de 3 a 1. Los principales factores de riesgo son tabaquismo activo ($n = 3$) e hipercolesterolemia ($n = 2$). Los pacientes presentaban dolor lumbar y/o abdominal, centrado y/o irradiado hacia las fosas renales. Dos de los pacientes presentaban placas de ateroma y los otros dos un aneurisma aórtico de 3 cm. La TAC abdominal fue la prueba realizada para llegar diagnóstico en tres de los casos. En uno de ellos se realizó una biopsia del tejido circundante, con reacción fibrosa y celularidad linfoplasmocitaria asociada. Los cuatro pacientes presentaban insuficiencia renal al diagnóstico con hidronefrosis. Todos los pacientes recibieron en el diagnóstico inicial tratamiento con corticoides orales 1 mg/kg/día y precisaron de derivaciones con catéteres doble J. En un tiempo de seguimiento de 5 años, dos pacientes recidivaron (a los 10 y 36 meses respectivamente). Al primer paciente se le volvió a instaurar tratamiento con corticoides orales, presentando remisión persistente. El segundo paciente fue tratado con ciclofosfamida y requirió tratamiento quirúrgico (ureterolisis).

Conclusiones. Se trata de una enfermedad más prevalente en varones y en fumadores. Es frecuente la presentación inicial con fracaso renal obstructivo que precisan de derivación urológica temporal. Se asocia a la presencia de patología degenerativa aórtica (arteriosclerosis y/o aneurisma aórtico). El tratamiento esteroideo al menos durante 6 meses controla la enfermedad, aunque son frecuentes las recidivas tras suspenderlo. Los hallazgos de la TAC abdominal permiten un diagnóstico de sospecha, siendo necesario la biopsia sólo en los casos atípicos o sin al tratamiento inicial.

V-146

EFFECTOS ADVERSOS DE LA AZATIOPRINA EN LA ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL

M. Callejo Plazas¹, L. Cortés², M. Sánchez Marteles¹, M. Herrero Torrés¹, V. Garcés Horna¹, Á. Flamarique Pascual¹, B. Sierra Bergua¹ y J. Nerin²

¹Servicio de Medicina Interna, ²Servicio de Digestivo. Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa. Zaragoza.

Objetivos. Conocer los efectos adversos producidos por el tratamiento con Azatioprina en los pacientes con enfermedad inflamatoria intestinal.

Material y métodos. Estudio descriptivo y retrospectivo en 89 pacientes procedentes de la consulta de enfermedad inflamatoria

intestinal en el HCU "Lozano Blesa". En todos los pacientes se registró la indicación, la dosis recibida y los efectos adversos aparecidos durante el tratamiento. Las indicaciones del tratamiento con azatioprina fueron: corticodependencia (42 pacientes, 47,1%), brote grave (31; 34,8%), prevención recurrencia (14; 15,7%), manifestaciones extraintestinales (11; 12,3%) y corticorresistencia (4; 4,49%). La dosis de azatioprina se ajustó en función de la determinación de la tiopurina metiltransferasa (TPMT), puesto que se ha demostrado la correlación entre TPMT y la mielotoxicidad. Ninguno de nuestros pacientes recibió tratamiento con infliximab.

Resultados. De los 89 pacientes, 49 fueron hombres (55,1%) y 40 mujeres. Las reacciones adversas asociadas al fármaco fueron: intolerancia digestiva: 13 pacientes (14,6%); pancreatitis: 2 (2,24%); fiebre: 2 (2,24%); mielotoxicidad grave al inicio del tratamiento: 1 (1,12%); herpes zoster: 6 (6,74%); acné: 2 (2,24%); erupción perioral: 2 (2,24%) e hidrosadenitis: 1 (1,12%). Respecto a las alteraciones analíticas: leucopenias leves (> 3.000 leucocitos): 12,2%; linfopenia 35% y hepatotoxicidad leve, fundamentalmente aumento de GGT y F. Alcalina: 42,6%. Se produjo la pérdida de dos pacientes al inicio del estudio. En dos casos se retiró el tratamiento a petición del propio paciente, y en uno se interrumpió por mala respuesta al tratamiento. Hubo 19 abandonos (21,34%) por efectos adversos.

Discusión. Los resultados de nuestros pacientes se compararon con otros estudios previos, analizándose las diferencias existentes.

Conclusiones. La azatioprina es un fármaco con diversas reacciones adversas, que van desde leves a graves, que deben tenerse en cuenta a la hora de indicar el tratamiento y ante el seguimiento de los pacientes.

V-147

ARTERITIS DE TAKAYASU: NUESTRA EXPERIENCIA CON 2 PACIENTES Y REVISIÓN DE LA LITERATURA

A. García Egido, J. Bernal Bermudez y J. Aparicio Oliver
Servicio de Medicina Interna. Hospital Universitario Puerto Real. Puerto Real, Cádiz.

Objetivos. Comunicar nuestra experiencia sobre el manejo clínico de esta entidad, realizar revisión bibliográfica crítica y promover estudios multicéntricos y protocolos de manejo clínico.

Material y métodos. Descripción y seguimiento clínico de 2 pacientes diagnosticadas de Arteritis de Takayasu en los 2 últimos años en nuestro Servicio en base a los Criterios ACR.

Resultados. Dos mujeres, de 35 y 51 años respectivamente, la mayor llevaba años padeciendo claudicación de miembros superiores de forma lentamente progresiva, fenómeno de Raynaud y atrofia muscular en los últimos meses con cuadro constitucional. La paciente más joven debutó con clínica de AIT y claudicación de la marcha detectándose asimetría de pulsos radiales y pedios. El diagnóstico se realizó en ambas mediante ecografía doppler, angioresonancia y aortografía, ambas pacientes presentaban elevada VSG y negatividad de pruebas de autoinmunidad. Ambos casos fueron desestimados inicialmente para revascularización, el primero por localización y extensión de las áreas estenóticas y el segundo por actividad inflamatoria. Se inició tt^o con esteroides y pulsos iv de ciclofosfamida con mala respuesta en el caso de la paciente de mayor edad que desarrollo cuadro de pustulosis y sepsis que condujo al éxito, remitiendo la actividad inflamatoria en la segunda paciente mejoró la claudicación de la marcha y manteniendo VSG menor de 30 mm/h actualmente a la espera de reevaluación por cirugía 12 meses tras el diagnóstico.

Discusión. La Arteritis de Takayasu es una vasculitis rara y muy a menudo silente largo tiempo, que se diagnostica en fase avanzada en base a las manifestaciones provocadas por la falta de riego sanguíneo y produce alta morbilidad en jóvenes. No disponemos de métodos para diagnóstico en fase preestenótica, los marcadores séricos (VSG, PCR, IL-18, MMP2-3 y 9) y las técnicas de imagen (arteriografía, RMI, eco doppler, FDG-PET), así como índices clínicos de actividad están siendo estudiados actualmente. No existe evidencia de regresión de las lesiones establecidas con tt^o inmunosupresor pero múltiples estudios pequeños muestran reducción en la progresión/estabilización de la enfermedad y reducción importante de la inflamación vascular (medida por PET) con esteroides, inmunosupresores y antiTNF.

Conclusiones. El diagnóstico en fase precoz es importante para mejorar el pronóstico y la efectividad del tratamiento inmunosupresor. La creación de una base de datos a nivel multicéntrico ayudaría a consensuar criterios sobre actividad inflamatoria, protocolizar estu-

dios de imagen y esquemas terapéuticos y a la realización de estudios de mayor valor estadístico.

V-148

ESTUDIO CLÍNICO, RADIOLÓGICO Y EVOLUCIÓN A ENGROSAMIENTO PLEURAL RESIDUAL DE UNA SERIE DE 92 PACIENTES CON DERRAME PLEURAL TUBERCULOSO

J. Sarrapio, C. Alemán, A. Vázquez, T. Soriano, E. Ruiz, J. Recio, J. Alegre y T. Fernández de Sevilla
Servicio de Medicina Interna. Hospital General Vall d'Hebron - Área General, Barcelona.

Objetivos. Descripción de las características clínicas, epidemiológicas y radiológicas de los enfermos diagnosticados de pleuritis tuberculosa y determinación de la presencia de engrosamiento pleural residual (EPR) a los seis meses del diagnóstico.

Material y métodos. Se realizó un estudio prospectivo de 92 pacientes diagnosticados de pleuritis tuberculosa, ya sea por cultivo de líquido pleural o por la presencia de un derrame pleural linfocitario con determinación de adenosindeaminasa (ADA) elevado en un contexto epidemiológico compatible. El EPR fue definido por la presencia de un engrosamiento superior a 2 mm en la radiografía posteroanterior del tórax a nivel de la intersección de la pared lateral del tórax y del diafragma. Se consideró EPR severo si esta medición era superior a 10 mm. **Resultados.** De los 92 enfermos analizados, 51 eran varones (55,4%) y 41 mujeres (44,6%), siendo la edad media de los hombres de 37 ± 18 años y 27 ± 9 en las mujeres. Un 30% de los pacientes eran consumidores habituales de tabaco, 3,5% de alcohol y un 2,2% adictos a drogas por vía parenteral (ADVP). Los síntomas más frecuentes fueron presencia de fiebre (76%), dolor pleurítico (76%) y tos (67%). La tuberculosis pleural se manifestó como enfermedad aguda, siendo los síntomas inferiores a 15 días en un 40% de los enfermos e inferior a un mes en el 70%. En la mayoría de los pacientes, excepto en uno, el derrame pleural fue unilateral. El tamaño del derrame pleural fue inferior a 1/3 del hemotórax en 41 pacientes (44,6%) y sólo fue superior a 2/3 en 5 pacientes. El diagnóstico de pleuritis tuberculosa se estableció en 46,7% de los pacientes por cultivo de líquido pleural, esputo o aspirado gástrico, en un 45,7% por la presencia de derrame pleural linfocitario con ADA elevado (> 43 U/L) y en 7,6% por la presencia de granulomas en la biopsia pleural. En nuestra serie presentaron EPR leve (2-10 mm) 31 de los 92 pacientes (33,7%) y severo (superior a 10 mm), 13 pacientes (14,1%).

Conclusiones. El derrame pleural tuberculoso es una patología frecuente, de predominio en adultos jóvenes sin hábitos tóxicos, siendo las manifestaciones más frecuentes la fiebre y el dolor torácico. La presencia de EPR a los seis meses del diagnóstico estuvo presente en 44 de nuestros pacientes, siendo severa en 13 de los mismos.

V-149

AFECTACIÓN DEL QT EN PACIENTES ALCOHÓLICOS

D. García Rosado, C. Rodríguez López, F. Santolaria Fernández, M. Alemán Valls, M. Sánchez, J. Medina García, J. Alvisa Negrín y M. Durán Castellón

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

Objetivos. En algunos estudios retrospectivos se ha relacionado la amplitud del QT con las alteraciones del ritmo en pacientes con Síndrome de Abstinencia. El objetivo del presente estudio es analizar de manera prospectiva, las características del QT en alcohólicos que ingresan con síndrome de abstinencia o para desintoxicación programada en la UHTD.

Material y métodos. Se incluyen 18 pacientes varones en síndrome de abstinencia y 18 que ingresan para desintoxicación programada (UHTD) y se comparan con 20 controles. Se analizan del electrocardiograma el ritmo y frecuencia, el PQ, QRS, el QT y el QT corregido según la fórmula de Bazett y se realizan comparaciones con los sujetos sanos.

Resultados. Los alcohólicos en síndrome de abstinencia tienen como un QT corregido más largo con respecto a los sujetos control y a los pacientes de la UHTD, con diferencias significativas ($p < 0,001$). También encontramos diferencias significativas en la frecuencia cardíaca ($p: 0,01$) siendo más alta en el grupo de alcohólicos en síndrome de abstinencia. Ajustando los resultados con la frecuencia cardíaca se

mantiene que los pacientes en síndrome de abstinencia presentan un QT más prolongado con diferencias significativas ($p: 0,01$). Si consideramos que un QT prolongado cuando es mayor o igual a 460, obtenemos que en los pacientes que ingresan en la UHTD presentan un QT corregido alargado en el 16% (3 de 18), en los alcohólicos en síndrome de abstinencia se observan en un 33% (6 de 18) y el grupo control sólo en un caso (5%) No existen correlaciones significativas entre las alteraciones electrocardiográficas y los iones sodio, potasio, calcio, magnesio y fósforo, ni con la escala de valoración del síndrome de abstinencia (Escala CIWA). Como relevancia clínica destacar que hubieron dos pacientes tuvieron arritmias, uno de ellos una taquicardia paroxística supraventricular y el otro paciente una fibrilación auricular rápida, ambos con alargamiento del QT corregido.

Conclusiones. La prolongación del QT corregido en pacientes alcohólicos que desarrollan síndrome de abstinencia, se relaciona con el desarrollo de arritmia cardíaca. Por lo que a pesar de las dificultades técnicas que supone realizar un EKG a pacientes en Síndrome de abstinencia, éste debería realizarse a todos los pacientes alcohólicos que ingresan.

V-150

ASISTENCIA A INMIGRANTES EN EL HUC EN UN PERÍODO DE 9 MESES

D. García Rosado, J. Ruiz Lacambra, E. González Reimers, C. Rodríguez López, M. Sánchez, M. Durán Castellón, E. Martín Ponce y A. Pérez Ramírez

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

Objetivos. El objetivo es realizar un análisis descriptivo y retrospectivo sobre los inmigrantes subsaharianos que han sido atendidos en un período de 9 meses en el Hospital Universitario de Canarias. **Material y métodos.** Se recogen datos de los pacientes a partir del Servicio de Admisiones del hospital y los informes de alta. Se registran la edad, el sexo, la patología por la que ingresan o son dados de alta desde el Servicio de Urgencias, su estancia media y la distribución por los distintos servicios del Hospital.

Resultados. Hemos atendido en el HUC a 467 inmigrantes subsaharianos que arribaron a nuestras costas en cayucos, 69 de los cuales requirieron ingreso, siendo los 398 restantes tratados de forma ambulatoria en el servicio de urgencias. Entre los pacientes ambulatorios, los procesos más frecuentemente observados fueron infecciones [cutáneas (56), abdominales (15), respiratorias (15), víricas (8), urinarias (2), sin foco claro (32)], traumatismos [quemaduras (3), contusiones (55), fracturas (5)], trastornos hidroelectrolíticos (3) y epilepsia en 2 casos. 38 pacientes acudieron por dolor abdominal, 31 por dolor ósteo-muscular, 13 por cefalea y 2 por dolor torácico. Los pacientes ingresados fueron todos hombres de origen sub-sahariano con una edad media de 26,7 años. La distribución por servicios fue la siguiente: Medicina Interna (44), Traumatología (11), Cirugía Plástica (8), Neumología (6), UVI (4), Endocrinología (1). Los motivos principales de ingreso en fueron: celulitis (15) deshidratación hipernatémica (10), paludismo (20), infección bronquial (5), colitis infecciosa (2), viriasis (2), tuberculosis (6), Abscesos (6), Osteomielitis (2), Fracturas (3), neumonía (1), Ascaridiasis (1) La estancia media por servicio en días fue: medicina interna (10,49), COT (12,45), cirugía plástica (46,47), neumología (14,83), UVI (10) y endocrinología (7).

Conclusiones. A pesar de la gran morbi-mortalidad que supone el trayecto en embarcaciones menores hasta nuestras costas, fue necesario el ingreso hospitalario sólo en el 15%. La mayoría de los casos ingresados fue en el servicio de Medicina Interna (63%). Ante este hecho se necesita un nuevo enfoque sobre las necesidades sociosanitarias que esta población requiere.

V-151

MANIFESTACIONES OTORRINOLÓGICAS EN LA ENFERMEDAD DE FABRY: A PROPÓSITO DE SIETE CASOS Y REVISIÓN DE LA LITERATURA

N. Pazos Otero¹, A. Argibay Filgueira¹, B. Maure Noia¹, A. González Prado², E. Pallas Pallas² y A. Rivera Gallego¹

¹Servicio de Medicina Interna, ²Otorrinolaringología. Hospital Xeral de Vigo. Vigo, Pontevedra.

Objetivos. La enfermedad de Fabry es un trastorno metabólico raro causado por el depósito de glucoesfingolípidos en los lisosomas del

endotelio vascular y otros órganos (corazón, riñones, sistema nervioso, sistema vestibulo coclear...) transmitida de forma recesiva ligada a X por el déficit de la enzima alfa galactosidasa A. Siendo habituales las manifestaciones otorrinológicas expondremos por tanto los síntomas más frecuentes en nuestros pacientes y su evolución con el tratamiento de sustitución enzimática (TSE).

Material y métodos. Se recogen los datos de los pacientes diagnosticados de enfermedad de Fabry de forma certera mediante la determinación de la enzima alfa galactosidasa A en suero y/o leucocitos y si los niveles son bajos, la confirmación por el estudio genético. Han sido identificadas 18 personas afectas de las que realizamos estudio a siete, un varón y seis mujeres. Presentamos a continuación el resultado del seguimiento en los últimos dos años mediante una exploración otorrinológica basal y cada seis meses así como una audiometría basal y anual para el control estricto de todos ellos y en especial aquellos bajo TSE.

Resultados. Los síntomas identificados son: S. vertiginoso en un paciente, acúfenos y rinitis en otro. Aunque lo más característico es la hipoacusia de tipo neurosensorial de inicio brusco que empeora progresivamente en dos de los pacientes con TSE. La paciente mujer ha precisado implantación de prótesis auditiva en el oído derecho en abril del 2004 y está pendiente de implante coclear. En el caso del paciente varón en el oído derecho tiene una pérdida del 100% y en el oído izquierdo también ha precisado prótesis auditiva a principios del 2005 aunque se ha estabilizado desde el inicio del TSE.

Discusión. En la actualidad existe un 30-40% de las hipoacusias neurosensoriales que tras una investigación exhaustiva no se llega al diagnóstico etiológico. Es importante por ello, llamar la atención del especialista porque un 50% de los enfermos de Fabry presentan síntomas auditivos.

Conclusiones. La enfermedad de Fabry es una entidad rara y grave con un abanico clínico muy variado y que se modifica con la edad pero con posibilidad de revertir las manifestaciones clínicas e histopatológicas con el TSE.

V-152

PIELONEFRITIS XANTOGRANULOMATOSA: EXPERIENCIA DE DIEZ AÑOS EN UN HOSPITAL COMARCAL

E. Peñalver, B. Alcaraz, N. Cobos, M. Tomás, M. Artero, A. Rodríguez, M. Jiménez y R. Vilaplana

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

Objetivos. Conocer las características epidemiológicas y clínicas de los pacientes con Pielonefritis Xantogranulomatosa (PX) diagnosticados en el servicio de medicina interna de nuestro hospital entre los años 1997-2007.

Material y métodos. Se analizaron retrospectivamente las historias clínicas de los pacientes con diagnóstico anatomopatológico de PX en los últimos 10 años. Las variables analizadas fueron la edad, el sexo, los factores predisponentes o enfermedades renales asociadas, las manifestaciones clínicas, pruebas complementarias previas al diagnóstico y el tratamiento.

Resultados. Se recogieron 6 casos de PX en este período, 2 varones y 4 mujeres con edades comprendidas entre 35 y 78 años. Cinco de los casos tenían litiasis renal, 2 de ellos infecciones urinarias de repetición, un paciente tenía un carcinoma urotelial y sólo uno era diabético. La clínica que motivó el ingreso fue la fiebre en 3 de los casos, un paciente ingresó por hematuria y dolor en fosa renal, otro por anuria y en un caso se objetivó un absceso a nivel glúteo que finalmente produjo una fistulización. La ecografía mostró hidronefrosis en 5 de los casos y en la radiología de abdomen se visualizaron cálculos en todos los casos menos en uno (cuatro de ellos mostraron cálculos coraliformes). La urografía se realizó en 4 de los pacientes mostrando anulación funcional en 3 de ellos y efecto masa con compresión en 1 caso. El TAC solo se realizó en 2 enfermos, observándose en uno de ellos litiasis bilateral y en otro múltiples imágenes quísticas con atrofia del parénquima. La RMN fue realizada en un caso mostrando imágenes de líquido entre planos de glúteo izquierdo, llegando a zona subcutánea y con un trayecto líquido que parece fistulización y que llega hasta zona posterior de fosa renal izquierda, con cuña líquida perinefrítica, y con un riñón con litiasis y dilatación de cálculos. En los urocultivos realizados se aislaron: *E. coli* (1 caso), *P. aeruginosa* (1 caso). En el cultivo del absceso glúteo se

aisló *Proteus mirabilis*. El diagnóstico fue postquirúrgico en la mayoría de los casos (5) y el tratamiento fue nefrectomía en 5 de los casos y nefroureterectomía en el restante. Todos ellos evolucionaron favorablemente una vez realizado el tratamiento quirúrgico.

Discusión. La pielonefritis xantogranulomatosa es una entidad poco frecuente, de presentación clínica variada, que requiere un alto índice de sospecha y cuyo diagnóstico definitivo es anatomopatológico. En muchos de los casos descritos se asocian a litiasis renal, diabetes mellitus, infecciones urinarias de repetición y manipulaciones urológicas.

Conclusiones. La PX es una enfermedad muy poco frecuente, con clínica dispar y que precisa un alto nivel de sospecha para su diagnóstico preoperatorio. Destacamos su asociación con la litiasis renal en nuestra serie y la fistula en plano muscular de región glútea como complicación inusual así como la utilidad de la RMN para el diagnóstico de la misma.

V-153

AUMENTO DE CONSUMO DE FÁRMACOS ANTIDEPRESIVOS EN PACIENTES PLURIPATOLÓGICOS

J. Reveriego Blanes, F. Guerrero Igea, M. Rey Rodríguez, P. Retamar Gentil y M. Aguayo Canela

Servicio de Medicina Interna A. Hospital Virgen Macarena, Sevilla.

Objetivos. Conocer la prevalencia de consumo de antidepresivos en pacientes pluripatológicos.

Material y métodos. Diseño transversal. Muestra de pacientes de población demandante de la consulta de Medicina Interna, obtenidos mediante un muestreo consecutivo. Se registraron las siguientes variables: edad; sexo; patología asociada, presencia o no de paciente pluripatológico (según criterios definidos por el SAS, con dos o más de un total de 7 categorías diagnósticas: A, B, C, D, E, F, G). Se anotó en todos los pacientes el consumo o no de fármacos antidepresivos. Estadística: comparación de variables cualitativas. Regresión logística, tomando al consumo de antidepresivos como variable dependiente.

Resultados. Se analizó una muestra de 201 pacientes (edad media: 61,6 ± 15) (40,3% hombres y 59,7% mujeres), de los cuales 44 eran pacientes pluripatológicos (21,9%). El 20,5% de los pacientes pluripatológicos (N = 9) consumían fármacos antidepresivos, frente al 9,6% en los no pluripatológicos (p < 0,01). En el análisis de regresión logística múltiple se detectó una asociación entre paciente pluripatológico y consumo de antidepresivos, con independencia de la edad o el sexo.

Discusión. Los resultados muestran un mayor consumo de antidepresivos en los pacientes pluripatológicos, en probable relación con el efecto sumatorio de estrés provocado por sus enfermedades crónicas.

Conclusiones. Los resultados indican que en el paciente pluripatológico existe un aumento del consumo de antidepresivos. Estos enfermos tienen una carga de estrés aumentada, en probable conexión con sus patologías crónicas. Por ello es importante un estrecho control de posibles interacciones medicamentosas, así como los efectos secundarios de los antidepresivos, teniendo en cuenta su pluripatología y polimedicación.

Tabla 1. Asociación entre consumo de antidepresivos y paciente pluripatológico. Regresión logística (n = 201) (V-153).

Variable	Odds ratio	IC 95%	Valor de p
Edad	0,99	0,96 - 1,02	NS
Sexo (mujer/hombre)	1,88	0,73 - 4,86	NS
Pluripatológico	2,84	1,01 - 7,39	< 0,035

V-154

HIPOCALCEMIA Y CALCIFICACIÓN DE GÁNGLIOS BASALES ¿SÍNDROME DE FAHR?

M. Bonilla Hernández, A. Tejada Evans, J. Mosquera Lozano, J. Peña Somovilla y R. Daroca Pérez

Servicio de Medicina Interna. Hospital San Pedro. Logroño, La Rioja.

Objetivos. La hipocalcemia es un trastorno metabólico de instauración aguda o crónica, que se clasifica según su etiología. Cursa con

manifestaciones de predominio neuromuscular y cardiovascular. La hipocalcemia crónica se asocia a calcificaciones tisulares. De forma infrecuente se produce calcificación de los ganglios basales. En 1930 fue descrita por Fahr la asociación de calcificación de los ganglios basales y síntomas neuropsiquiátricos, lo que se conoce como Síndrome de Fahr.

Material y métodos. Descripción de dos casos de hipocalcemia y calcificación de ganglios basales atendidos en el Hospital San Pedro de Logroño en el año 2006.

Resultados. Caso 1: varón de 24 años que por caída accidental presentó traumatismo craneoencefálico. Exploración y fenotipo normal. Análítica: función renal normal, Calcio 7,2 mg/dl, Fósforo 7 mg/dl, Magnesio 2,1 mg/dl, PTH intacta 120 pg/ml (10-69) TAC craneal: calcificaciones diseminadas en áreas subcorticales y en los ganglios basales así como en hemisferios cerebelosos. Diagnóstico: Pseudohipoparatiroidismo tipo II. Caso 2: Varón de 32 años, con antecedentes de epilepsia generalizada en tratamiento con Ácido Valproico, con buen control clínico. Hipocalcemia repetida en analíticas previas. Exploración: normal. Análítica: función renal normal. Calcio 4,1 mg/dl, Fósforo 8,8 mg/dl, Magnesio 1,9 mg/dl, PTH < 3 pg/ml TAC craneal: extensas calcificaciones de ganglios basales, hemisferios cerebelosos y diversas áreas corticales y subcorticales, de localización bilateral y simétrica. Diagnóstico: Hipoparatiroidismo primario.

Discusión. La calcificación de los ganglios basales es infrecuente y puede clasificarse según su etiología. La causa más prevalente responde a los trastornos del metabolismo del calcio que en algunas series alcanzan el 60% de los casos. Las manifestaciones más frecuentes asociadas a la calcificación de los ganglios basales son de tipo psiquiátrico (alteraciones del comportamiento y deterioro intelectual) y neurológico (movimientos extrapiramidales, crisis epilépticas, síndrome cerebeloso, hipertensión intracraneal). En los pacientes con causa identificada para esta anomalía debe efectuarse el tratamiento específico. En los casos idiopáticos ha de seguirse tratamiento sintomático. El término Síndrome de Fahr acuñado en 1930 describía entonces la mera asociación de calcificación de los ganglios basales y alteraciones neuropsiquiátricas. Actualmente se han descrito varias enfermedades que cursan con estas características. Por lo cual, el término Síndrome de Fahr debería utilizarse únicamente para aquellos casos congénitos e idiopáticos.

V-155

PATOLOGÍA DEL INMIGRANTE SUBSAHARIANO. EXPERIENCIA EN UN SUBGRUPO DE PACIENTES INGRESADOS EN NUESTRO HOSPITAL

G. Rubio Rodríguez, M. Bethencourt Feria, J. Romero Pérez, F. Martín Hernández, E. Rubio Roldán,

A. Torres Vega, M. López Gámez y P. Láynez Cerdeña

Sección de Medicina Interna. Complejo Hospital Universitario Ntra. Sra. de Candelaria. Santa Cruz de Tenerife, Santa Cruz de Tenerife.

Objetivos. Describir la incidencia de las diferentes enfermedades (y sus complicaciones) en un subgrupo de pacientes.

Material y métodos. Revisamos retrospectivamente las historias clínicas de un subgrupo de 59 inmigrantes subsaharianos ingresados en nuestro Hospital por diferentes motivos.

Resultados. La edad media era de 27 años, todos varones, la mayor parte de ellos de Senegal (15). Entre las causas más frecuentes de ingreso estaban las infecciones, siendo la malaria por *Plasmodium falciparum* la más prevalente (14 casos), con buena evolución tras tratamiento en todos los casos. Se asistió a una epidemia de fiebre tifoidea con 5 casos (siendo todas las cepas sensibles a penicilinas, quinolonas y cotrimoxazol), uno de ellos muy grave, con perforación intestinal que requirió abordaje quirúrgico. Registramos 3 casos de tuberculosis pulmonar activa, siendo una de las cepas resistente a INH, y otra a INH y RIF. Contabilizamos 24 deshidrataciones (13 hipernatremias, y 11 hipoosmolares o normonatremias). Documentamos 19 casos de rabdomiolisis, 7 de ellas con CPK > 14.000 U/L, en relación estadísticamente significativa con deshidratación hipernatremica, viajes prolongados y erosiones múltiples en las nalgas. Tres pacientes tuvieron síndrome compartimental en miembros que requirieron fasciotomía, y amputación de extremidades en sólo 1 caso. Tuvieron insuficiencia renal aguda 18 pacientes, requiriendo hemodiálisis prolongada sólo 2 de ellos. Hubo 2 éxitos, ambos con alteraciones hidroelectrolíticas, deshidratación severa, y fallo multiorgánico.

Discusión. Casi la cuarta parte de los pacientes ingresó por malaria con buena evolución en todos ellos con los tratamientos convencionales. No se registró ninguna cepa de *Salmonella typhi* multiresistentes *in vitro*, hecho descrito en África por otros autores. De los 3 casos de tuberculosis activa se demostró resistencias a fármacos tuberculostáticos en 2 de las cepas, al provenir los pacientes de áreas con alta prevalencia de resistencias. El 40% de los pacientes (24 de 59) presentaban deshidratación, siendo hipernatremias curiosamente sólo 13 casos, aunque con una altísima incidencia de rabdomiolisis, siendo este factor diferenciador de otras descripciones a nivel nacional.

Conclusiones. Las enfermedades observadas en los pacientes han sido de origen infeccioso (malaria, tuberculosis, fiebre tifoidea,...), deshidrataciones, insuficiencia renal aguda prerrenal, muchas veces asociadas a miositis, y rabdomiolisis.

V-156

RABDOMIOLISIS EN INMIGRANTES SUBSAHARIANOS. NUESTRA EXPERIENCIA

G. Rubio Rodríguez, M. Bethencourt Feria, J. Romero Pérez, F. Martín Hernández, E. Rubio Roldán,

A. Torres Vega, M. López Gámez y P. Láynez Cerdeña

Servicio de Medicina Interna. Complejo Hospital Universitario Ntra. Sra. de Candelaria. Santa Cruz de Tenerife, Santa Cruz de Tenerife.

Objetivos. Describir la incidencia y evolución de las rabdomiolisis en pacientes inmigrantes subsaharianos ingresados en nuestro Hospital durante los años 2006-2007.

Material y métodos. Revisamos retrospectivamente las historias clínicas de un subgrupo de inmigrantes subsaharianos ingresados en nuestro Hospital que presentaron rabdomiolisis y sus complicaciones.

Resultados. Analizamos las historias clínicas de 59 inmigrantes subsaharianos ingresados por diferentes motivos. La edad media era de 27 años, todos varones, la mayor parte de ellos de Senegal (15). Documentamos 19 casos de rabdomiolisis, 7 de ellas con CPK > 14.000 U/L, y presentando una relación estadísticamente significativa con la presencia de deshidratación hipernatremica, viajes prolongados y erosiones múltiples en las nalgas. Tres pacientes tuvieron síndrome compartimental en miembros que requirieron fasciotomía, y amputación de extremidades en sólo 1 caso. No hubo éxitos. No se encontró ningún caso de anemia de células falciformes, ni de miopatía hereditaria.

Discusión. La relación entre rabdomiolisis y deshidratación o alteraciones hidroelectrolíticas ya era conocida, mientras que con la presencia de erosiones múltiples en nalgas probablemente sea debida a traumatismo muscular repetido en dicha zona, por los viajes prolongados sentados en los cayucos. No encontramos síndrome compartimental en nalgas, ni relación con casos de malaria. De todas maneras creemos que la causa de la rabdomiolisis no es única sino probablemente sea parte de una constelación de factores. Sin embargo no encontramos ningún caso de trombosis venosa profunda, que hubiese podido estar en relación con el hacinamiento y la hipomovilidad en dichas embarcaciones durante su viaje a las Canarias.

Conclusiones. Las rabdomiolisis presentadas por nuestros pacientes se relacionaron con deshidratación hipernatremica, así como viajes prolongados y erosiones múltiples en las nalgas, factores estos diferenciadores de otras descripciones tanto a nivel nacional como internacional.

V-157

EFICACIA DEL TRATAMIENTO CON INFLIXIMAB EN DOS PACIENTES CON FORMAS GRAVES DEL SÍNDROME DE BEHÇET

N. Muñoz Roca N, S. Santamaría Fernández, M. Ayala,

M. Chávez, G. Uribarri, N. Macías, E. De Ramón

y M. Camps

Unidad de Enfermedades Autoinmunes. Servicio de Medicina Interna Complejo Hospitalario Carlos Haya, Málaga.

Objetivos. Describir los resultados del tratamiento con Infliximab en dos casos de Síndrome de Behçet con evolución tórpida a pesar de terapia convencional con esteroides e inmunosupresores.

Material y métodos. Caso 1: mujer de 46 años con aftas bucales y genitales de repetición y eritema nodoso. En la evolución del proceso presentó debilidad y parestias en miembros inferiores. En la RMN craneal se observaron lesiones de la vía piramidal derecha (imágenes hiperintensas en T2 y captadoras de contraste en cápsula interna-tálamo y pedúnculo cerebral) y en el SPECT defectos en la función cortical, con múltiples zonas de hipofunción. Se diagnosticó de Neuro-Behçet con afectación intra-axial. Tras tratamiento con Ciclosporina A y Prednisona a dosis altas, la situación se estabilizó, pero un año más tarde presentó un nuevo episodio de afectación neurológica con hemiparesia izquierda, incontinencia de esfínteres, facial central izquierdo y fiebre, iniciándose un nuevo ciclo de tratamiento combinado sin superar el proceso. Pasado un año, la paciente presentó un nuevo brote neurológico con síndrome vertiginoso, diplopía e incremento del déficit motor, con incapacidad para caminar y mantenerse de pie. Se instauró entonces tratamiento con Infliximab (Remicade®) a dosis total de 300 mg, cada 3 semanas, en 4 ocasiones y posteriormente con intervalos de 8 semanas en otras 2 ocasiones, con lo que la paciente mejoró su situación neurológica y se resolvieron las alteraciones de la RMN y el SPECT. Actualmente la enferma puede deambular con un andador y es independiente para las actividades básicas de la vida diaria. Caso 2: mujer de 44 años con aftosis recurrente, genital y oral, pustulosis y vasculitis cutánea, y eritema nodoso, tratada con Prednisona a altas dosis y Ciclosporina A (4 mg/kg peso). Siete meses más tarde, presentó un brote de su enfermedad con afectación poliarticular y cutánea, por lo que se aumentó la dosis de Ciclosporina A, sin éxito. Posteriormente, desarrolló un episodio de pancolitis hemorrágica fulminante que requirió colectomía total con ileostomía. Pasados tres meses, la paciente necesitó una reintervención por shock séptico secundario a necrobiosis en relación con una sobreinfección de su Pioderma Gangrenoso y la presencia de un absceso peri-ileostomía que obligó a cambiar el lugar de la ileostomía del flanco derecho al izquierdo. Un mes más tarde desarrolló nuevamente una lesión de Pioderma Gangrenoso en la segunda ileostomía, motivo por el que se inició tratamiento con Infliximab (Remicade®) a dosis total de 300 mg en las semanas 0, 2, 4, 8 y 10, obteniendo una rápida mejoría y cicatrización total en 4 semanas. Pasadas 12 semanas de este tratamiento, volvieron a aparecer pequeñas lesiones de Pioderma Gangrenoso que se resolvieron al reinstaurar la terapia con Infliximab.

Conclusiones. El Infliximab (Remicade®) puede ser un tratamiento eficaz para el manejo de las formas graves e inusuales del Síndrome de Behçet.

V-158 PSEUDOMIXOMA PERITONEAL: DESCRIPCIÓN Y EVOLUCIÓN DE UNA SERIE DE CINCO CASOS

M. Santa-Olalla González¹, F. López García¹, J. Ruiz Maciá², E. González Escoda¹, M. Hernández Ros¹, J. García García¹, I. González Cuello¹ y J. Custardoy Olavarrieta¹

¹Servicio de Medicina Interna, ²Servicio de Anatomía Patológica. Hospital de la Agencia Valenciana de Salud Vega Baja. Orihuela, Alicante.

Objetivos. El pseudomixoma peritoneal (PMP) es una patología poco frecuente 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 tienen tendencia a la recidiva. Comunicamos cinco casos de PMP diagnosticados en nuestro hospital.

Material y métodos. Revisión de cinco casos diagnosticados de PMP en el Hospital Vega Baja de Orihuela (Alicante) durante el período 1998-2007. Describimos las principales características clínicas, diagnóstico y tratamiento.

Resultados. Se recogieron cinco pacientes de los que cuatro fueron mujeres (80%). El rango de edad en el momento de diagnóstico fue de 54-74 años (edad media: 63,2 años). La forma clínica de presentación más frecuente fue la palpación de una masa abdominal, que se mani-

festó en cuatro pacientes (80%). El quinto caso debutó de forma atípica con una metrorragia postmenopáusicas. Otras manifestaciones clínicas fueron: síndrome constitucional (60%), anemia (40%) y pirosis/dispepsia (40%). Un paciente presentó una insuficiencia renal aguda obstructiva por compresión del propio tumor. La presencia de marcadores tumorales positivos fue irregular (principalmente Ca 125 y CEA). Las pruebas de imagen (ECO, TC y/o RM) eran compatibles con la demostración de una masa quística de tamaño variable entre 9 y 22 cm de diámetro, habitualmente tabicada y de gran tamaño. El 80% presentaban líquido libre abdominal de características mucinosas. En todos ellos el tratamiento de elección fue la cirugía radical del tumor, con citorreducción de implantes peritoneales. En tres casos (60%) el PMP recidivó (dos pacientes a los 3 años y el otro a los 9 años). En todos fue necesaria una nueva intervención quirúrgica reductora del tumor; uno de ellos está en espera de recibir quimioterapia intraperitoneal. Histológicamente cuatro pacientes presentaban adenomucinosos y en un paciente se evidenció un tipo histológico mixto.

Conclusiones. Los datos de nuestra serie coinciden con las ya publicadas en que el PMP es más habitual en el sexo femenino y a partir de la sexta década de la vida y que las manifestaciones más frecuentes son la masa abdominal y el síndrome constitucional. Nuestros casos presentan, además, unas características muy peculiares que queremos destacar: Las pruebas de imagen inicialmente sugerían un tumor ovárico en el caso de las mujeres; sin embargo la anatomía patológica demostró que en la mayoría de los casos se trataban de tumores originarios del apéndice, tal y como recientemente se ha descrito en la literatura. El desarrollo de insuficiencia renal aguda obstructiva por compresión en un caso y la presentación de inicio con síntomas ginecológicos en una paciente (situaciones excepcionales previamente descritas en la literatura). La escasa utilidad de los marcadores tumorales para el diagnóstico. La recidiva tardía justificable por el tipo histológico: los tres casos presentaban adenomucinosos, que es la que se relaciona con un mejor pronóstico. Aunque el tratamiento no está bien definido, la experiencia de Sugarbaker, sugiere que la cirugía citorreductora seguida de quimioterapia hiper-térmica intraperitoneal es la que proporciona mejores resultados.

V-159 VALORACIÓN DEL ESTADO NUTRICIONAL EN LA EPOC A. Castuera Gil¹, E. Calvo Lasso de la Vega¹, I. García Sánchez², J. de Miguel² y C. Pérez de Oteyza²

¹Servicio de Urgencias, ²Servicio de Medicina Interna. Hospital General Universitario Gregorio Marañón. Madrid.

Objetivos. Determinar la prevalencia de malnutrición (por defecto, desnutrición y por exceso, sobrepeso-obesidad) entre los pacientes con Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica (EPOC), y establecer la relación existente entre la presencia e intensidad de malnutrición y la gravedad de la EPOC.

Material y métodos. Se incluyeron 100 pacientes ingresados en el Servicio de Medicina Interna y Neumología con el diagnóstico principal de EPOC. Se recogieron antecedentes personales, causa de ingreso, espirometría, peso, talla, IMC, medidas antropométricas (pliegues, perímetros, e índice cintura-cadera). Se analizó su composición corporal por impedancia eléctrica (AIB) determinando masa grasa, magro, agua corporal total, intra y extracelular, índice meta (impedancia a 50 kHz/IMC) y densidad corporal. También parámetros nutricionales de laboratorio: albúmina, proteínas y otras. Se agruparon los pacientes según gravedad de la EPOC (Grupo 1: leves con FEV1 entre 50-70%, Grupo 2: moderados con FEV1 ≤ 50 y > 30 y grupo 3: severos con FEV1 ≤ 30). Se realizó análisis estadístico mediante SPSS 11.5.

Resultados. Se analizaron 100 pacientes, 87 varones (87%); Edad media del total de la muestra fue de 71,12 años, (DT: 9,37), mediana 74. Los pacientes del grupo 3 o de mayor severidad presentaron una edad menor que el resto. Según el IMC, se clasificó a los pacientes en las siguientes categorías: normopeso (IMC < 20), sobrepeso (IMC = 25-29,9), obesidad (IMC = 30-40), obesidad mórbida (IMC > 40), desnutrido (IMC < 20). Un elevado porcentaje presentó obesidad-sobrepeso: 54 pacientes (54%), y un 16% (16 pacientes) presentaba desnutrición. El IMC disminuye a menudo que aumenta la gravedad de la EPOC (Grupo 1 o leve: IMC: 28,3, grupo 2 o moderado: IMC: 26,62, grupo 3 o severo: IMC: 23,65), aunque no se establecieron diferencias estadísticas. Sí se encontraron diferencias esta-

distintamente significativas ($p = 0,05$) entre el tipo de EPOC (bronquitis crónica o enfisema) y las categorías nutricionales según el IMC mediante chi-cuadrado, con mayor grado de desnutrición en los enfisematosos. El grupo de pacientes más severos presentó menor % de masa grasa y mayor porcentaje de magro ($p > 0,05$). La albúmina y la prealbúmina presentaron valores similares en todos los grupos. Por antropometría, los pacientes con mayor severidad tuvieron menor perímetro de la cintura y menores valores del pliegue tricúspital ($p > 0,05$ y $p = 0,07$, respectivamente mediante ANOVA).

Discusión. Según el IMC, los pacientes ingresados en Medicina Interna y Neumología de nuestro hospital son en su mayoría varones mayores de 75 años. Además la mayoría de ellos presentan sobrepeso-obesidad aunque nos encontramos un 16% de desnutridos con un IMC < 20 . Los parámetros de laboratorio sobreestiman el grado de desnutrición, siendo sensibles y poco específicos, por lo que no constituyen métodos adecuados de valoración nutricional. Por el contrario, los parámetros antropométricos presentan una buena correlación con el IMC a la hora de valorar la malnutrición. El análisis por impedancia bioeléctrica permite ampliar el estudio nutricional mediante el análisis de los compartimentos corporales determinando el magro y de forma indirecta la grasa. Tanto la antropometría como el AIB constituyen métodos adecuados de valoración nutricional con cifras menores a medida que aumenta la gravedad de los pacientes. **Conclusiones.** La malnutrición en pacientes con EPOC es muy elevada, con sólo 30% de normopeso según el IMC. Además se observa un aumento de la desnutrición relacionado con la gravedad del EPOC, según antropometría e impedancia bioeléctrica lo que indica la importancia de realizar una adecuada valoración nutricional a los pacientes ingresados, en particular a aquellos con EPOC por ser una patología muy prevalente en los pacientes hospitalizados.

V-160

PROGRAMA DE FARMACOVIGILANCIA EN MEDICINA INTERNA: REACCIONES ADVERSAS MEDICAMENTOSAS GRAVES EN PACIENTES CON PSORIASIS TRATADOS CON EFALIZUMAB

M. Atienza¹, J. Varela², J. Torelló³, D. Rangel³, I. Martín-Garrido¹, L. Rivero², E. Calderón² y J. Castillo³

¹Servicio de Medicina Interna, ²Servicio de Medicina Interna. CIBER Epidemiología y Salud Pública, ³Farmacología Clínica (Centro Andaluz de Farmacovigilancia). Hospital Virgen del Rocío. Sevilla.

Objetivos. La psoriasis (PS) es una enfermedad inflamatoria común, persistente y recidivante de la piel que puede asociarse a una importante morbilidad y en cuya patogénesis se han implicado diversas citoquinas como el factor de necrosis tumoral. Recientemente, las terapias biológicas se han incorporado como tratamientos alternativos potencialmente eficaces en los casos graves. La implantación de un programa de farmacovigilancia en el Servicio de Medicina Interna ha permitido detectar reacciones adversas medicamentosas (RAM) graves en pacientes con PS tratados con efalizumab (EF) los cuales presentaron una respuesta paradójica con empeoramiento de la sintomatología. Los objetivos de este estudio fueron: 1) Estimar la incidencia de ingresos por PS en nuestra área hospitalaria atribuibles al tratamiento con EF. 2) Calcular la incidencia de esta RAM entre los pacientes expuestos a EF en dicha área hospitalaria. 3) Describir las características clínicas de los casos detectados.

Material y métodos. 1) Análisis del CMBD de nuestro hospital (septiembre 2003-abril 2005; 20 meses período pre-EF) y (mayo 2005-diciembre 2006; 20 meses período post-EF), de los casos en los que el motivo de ingreso fue empeoramiento de PS por cualquier causa (CIE-9 = 696,1) y supervisión de la historias clínicas para establecer los casos atribuibles a este fármaco. Los casos identificados fueron notificados al Centro Andaluz de Farmacovigilancia (CAFV) y la relación de causalidad se estableció mediante la aplicación del algoritmo de Karch-Lasagna modificado que es el utilizado en el Sistema Español de Farmacovigilancia (SEFV). 2) Cálculo de incidencia entre los expuestos, a partir de los casos validados y de los datos de prescripción de EF del área hospitalaria referida facilitados por la Unidad de Farmacia del Distrito Sanitario Sevilla.

Resultados. 1) A través del programa de farmacovigilancia de nuestro servicio se identificaron 3 casos; a estos se sumaron 2 nuevos casos de empeoramiento de PS asociado a EF identificados tras ana-

lizar los datos del CMBD y revisar las historias clínicas. La incidencia de ingresos por empeoramiento de PS encontrada en nuestro hospital fue: en el período pre-EF (3,3/105 ingresos); media estancia hospitalaria = 4,75 días (DE: 2,06); en el período post-EF (5,9/105 ingresos); media estancia hospitalaria = 11,8 días (DE: 2,06); diferencia media estancia entre ambos períodos: 7,05; $p = 0,0016$; SED = 1,42; IC95% (3,7-10,4). La incidencia respecto a los ingresos (sin CMA) con criterio diagnóstico mayor (CDM) "piel, tejido subcutáneo y mama" fue: período pre-EF 7,6/1.000 ingresos; período post-EF 18,1/1000 ingresos. El empeoramiento de la PS fue el primer diagnóstico dermatológico de posible causa farmacológica que motivó ingreso hospitalario por delante del eritema polimorfo. 2) Estimamos que el 5,1% (5/99) de los pacientes tratados con EF en nuestra área hospitalaria presentaron un empeoramiento de PS lo suficientemente relevante como para motivar su ingreso. 3) Las principales características de los 5 casos evaluados fueron: todos requirieron ingreso hospitalario; edad/sexo (37/H, 46/H, 56/H, 72/H, 46/M), en un paciente la RAM apareció durante el tratamiento con EF (período de exposición en días: 60-90); en los otros cuatro la RAM apareció tras suspender el fármaco (período post-retirada en días: 9, 17, 24, 1-31). **Conclusiones.** El empeoramiento de PS asociado a EF, es con frecuencia un cuadro clínico grave que motiva ingreso hospitalario, pudiéndose presentar durante el tratamiento o tras su retirada. La notificación espontánea generada a partir de la puesta en marcha de un programa de farmacovigilancia y su complementación con la supervisión sistemática de potenciales casos a partir del CMBD, junto con los datos de prescripción del área, ha permitido disponer de forma ágil de datos de incidencia de una RAM grave y de especial interés clínico dado que supone un empeoramiento de la patología de base asociado a una de las nuevas terapias biológicas autorizadas para el tratamiento de la PS.

V-161

RENTABILIDAD DE LAS PRUEBAS DIAGNÓSTICAS EN EL SINCOPE

L. Morillo Blanco, G. García García, R. Morales Gómez, D. Magro Ledesma, J. Arrebola García, J. Ramos Salado y J. Redondo López

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

Objetivos. Analizar las características clínicas, comorbilidades y la rentabilidad de las pruebas diagnósticas de los pacientes ingresados en nuestro servicio con el diagnóstico de síncope.

Material y métodos. Estudio descriptivo retrospectivo a través de los informes de alta de los pacientes ingresados en nuestro servicio con el diagnóstico de síncope desde el 1 de mayo de 2006 al 31 de mayo de 2007. Se definieron síncope y sus casos de acuerdo a las guías de la Sociedad Europea de Cardiología (2004).

Resultados. Se incluyeron 107 pacientes, 56 hombres (52,3%) y 51 mujeres (47,7%), con una media edad de $69,96 \pm 14,71$ (22-93 años) y estancia media de $7,10 \pm 4,56$. Las comorbilidades más frecuentes fueron: HTA (55%), enfermedad neurológica (33,6%), arritmias (17,8%), diabetes mellitus (17,8%), cardiopatía isquémica (15%), enfermedad psiquiátrica (14%), insuficiencia cardíaca (8,4%). Del total de pacientes, 57 tomaban hipotensores, 26 diuréticos, 10 antiarrítmicos, 5 antiparkinsonianos y 4 nitratos. En cuanto a la forma de presentación, el dolor fue el factor desencadenante en un 4,7% de los casos, al igual que el ejercicio; la tos y la micción, ambas en un 3,7%, en el resto no hubo claros desencadenantes. Casi en la mitad de los pacientes (47,7%) el síncope ocurrió en bipedestación. En 59 pacientes se produjeron complicaciones, siendo 11 los que sufrieron traumatismo grave. Las alteraciones metabólicas eran poco frecuentes o ausentes y un 22,4% de los pacientes presentaban anemia. Las pruebas realizadas y los resultados figuran en la tabla 1. Se llegó al diagnóstico etiológico en el 72,9% de los casos, de los cuales los más frecuente fue el vasovagal (26,2%) y el cardiológico (18,7%).

Discusión. En nuestro estudio la causa fue desconocida en el 27,1% de los casos. La historia clínica, la exploración y el electrocardiograma son fundamentales para el diagnóstico de la mayoría de los pacientes. Es de destacar la baja prevalencia de síncope neurológicos y sin embargo el amplio uso de las pruebas neurológicas con una baja rentabilidad diagnóstica. La prueba de mayor rentabilidad diagnóstica en el estudio fue el electrocardiograma.

Conclusiones. 1) La historia clínica y la exploración física proporcionan el diagnóstico en un gran número de casos (sincope vasovagal, situacional e hipotensión ortostática), permitiendo seleccionar las pruebas más eficientes para otros casos. 2) Se abusa de la realización de pruebas de muy escasa rentabilidad diagnóstica que prolonga la estancia media y los costes. 3) No hemos encontrado diferencias importantes con respecto a otros estudios revisados en la literatura.

Tabla 1. Pruebas realizadas y aportación al diagnóstico (V-161).

Pruebas	Realizadas	Patológicas	Diagnósticas
EKG	104 (97,2%)	59 (55,1%)	14 (13,1%)
Ecocardiograma	52 (48,6%)	36 (33,6%)	3 (2,8%)
Holter	39 (36,4%)	32 (29,9%)	7 (6,5%)
Eco-Doppler TSA	38 (35,5%)	32 (29,9%)	5 (4,7%)
TAC tórax	9 (8,4%)	7 (6,5%)	7 (6,5%)
Mesa basculante	1 (0,9%)	1 (0,9%)	1 (0,9%)
EEG	38 (35,5%)	25 (23,4%)	2 (1,9%)
TAC cráneo	67 (62,6%)	38 (35,5%)	3 (2,8%)
RM cerebral	12 (11,2%)	10 (9,3%)	3 (2,8%)

V-162

TUMORES DEL ESTROMA GASTROINTESTINAL: CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS DE PACIENTES DIAGNOSTICADOS EN 2007

A. Torres Do Rego, T. Fernández Amago, A. del Castillo Rueda, E. Bello Martínez, D. Micheloud y L. Álvarez-Sala Walther

Servicio de Medicina Interna 2B. Hospital General Universitario Gregorio Marañón. Madrid.

Objetivos. El tumor del estroma gastrointestinal (gastrointestinal stromal tumors: GIST) suele tratarse de un hallazgo en el curso de una operación o una necropsia debido a su evolución clínica inespecífica y en ocasiones asintomática. El objetivo de este trabajo es comunicar las características clínicas de los pacientes diagnosticados de GIST en una sección de medicina interna de un hospital de tercer nivel durante el año 2007. El GIST es el tumor mesenquimal más frecuente del tracto gastrointestinal con una incidencia anual entre 11 y 14,5 por millón de ciudadanos y una prevalencia de 129 por millón, siendo la localización más frecuente la gástrica (55-60%), seguida de intestino delgado (20-30%), intestino grueso (10%) y, por último, esófago (5%).

Material y métodos. En una Unidad de 20 camas de Medicina Interna con más de 1.000 ingresos anuales, hemos diagnosticado durante 2007, hasta la fecha de remitir el informe, tres pacientes de GIST, en colaboración con las unidades de urgencias, endoscopia digestiva, radiología, cirugía general y anatomía patológica. En el diagnóstico diferencial de paciente ingresados que acuden a urgencias por dolor o masa abdominal, sangrado y/o anemia u obstrucción o perforación intestinal, el diagnóstico de GIST aparece tras eliminar otras causas más frecuentes que justifican el ingreso.

Resultados. Presentamos tres pacientes, una mujer de 48 años y dos varones de 66 y 76 años. Los motivos de ingreso respectivos fueron dolor abdominal con perforación de intestino delgado, dolor abdominal y rectorragia con obstrucción intestinal a nivel de colon ascendente y, en el último paciente, masa en hipocondrio izquierdo que simulaba una gran esplenomegalia y que dependía de la curvatura mayor gástrica. Se trata de localizaciones respectivas en yeyuno (tamaño 3 cm), colon ascendente (tamaño 7 cm) y estómago (tamaño 20 cm). El cuadro clínico de la mujer fue un abdomen agudo, mientras que el de los dos varones asoció un síndrome constitucional.

Discusión. El GIST es un tumor con características clínicas inespecíficas, que puede debutar como un abdomen agudo, síndrome constitucional con falsa esplenomegalia y obstrucción intestinal, que requiere un diagnóstico anatomopatológico y estudio de extensión para plantear alternativas terapéuticas como resección quirúrgica con tratamiento adyuvante con quimioterapia o radioterapia y, si son irresecables o con metástasis, tratamiento con imatinib (inhibidor de

tirosin-cinasa). Nuestros pacientes presentan las tres localizaciones que se describen como más frecuentes.

Conclusiones. El GIST es un tumor que se debe incluir en el diagnóstico diferencial de patología abdominal asociada con dolor y/o tumoración abdominal, con o sin síntomas asociados, y que precisa un diagnóstico precoz ya que uno de los factores pronósticos es su tamaño y su tratamiento es la resección quirúrgica.

V-163

HISTORIA DE UNA GUARDIA: EXPERIENCIA DE UN DESBORDADO R1 EN LA CONSULTA Nº 2

S. Romero, J. Gutiérrez, R. Arjona, J. Andrey, P. Jiménez, J. Puerto, C. Asencio y F. Gómez

Servicio de Medicina Interna. Hospital Universitario Puerto Real. Puerto Real, Cádiz.

Objetivos. De todos es conocido que la labor de los MIR-R1 que en principio debería ser formativa se ha traducido en labor puramente asistencial para parchear carencias del Servicio de Urgencias. Presentamos 24 horas de un R1 en Urgencias con el objetivo de analizar su actividad asistencial, patologías y síndromes que asiste e interconsultas a especialistas.

Material y métodos. Estudio descriptivo clínico-epidemiológico de los pacientes atendidos en la consulta nº 2 del Servicio de Urgencias durante 24 horas de guardia por residente R1 de Medicina Interna un día de verano.

Resultados. Pacientes atendidos: 35. Edad: 57% entre 25-65 años, 8,17% entre 1-5 años y entre 75-85 años. Sexo: 57% mujer; 42,85% hombre. Triage: nivel III 65,7%, II 8,57%. Población: 68,5% del Área Sanitaria (Chiclana 37%, Puerto Real 14%), 25% incluye otras provincias andaluzas (8,5%), resto de España (14,28%) y Extranjero (2,85%). Motivo consulta: 26,4% digestivos (náuseas-vómitos-diarrea-fiebre-20,5%), 17,6% ORL, 17,6% dolor torácico, 8,8% genitourinarios, 8,8% neurológico, 5,8% disnea. Antecedentes Personales: 64% no patología de base, 23,5% pluripatológico, 30% fumador, 14,7% HTA, 8% Oncológico, 5,8% de DM, EPOC e ICC. Pruebas Complementarias: 65% analíticas, 50% Radiología simple (30% Rx torax), 15% EKG, 5,8% TAC cráneo. Juicios diagnósticos: 20,5% Digestivos (4 GEA, 2 dolor abdominal no agudos, 1 brote EII); 17,6% ORL, 14,7% osteoarticular (4 dolor muscular, 1 gota); 14,7% respiratorio (3 IVR, 1 derrame pleural), 8% genitourinario (2 ITU, 1 colico nefrítico), 5,8% neurológico (1 ACVA, 1 crisis epiléptica), 5,8% FOD, 8% miscelánea. Destino: 77% altas domiciliarias (24 ambulatorio), 20% ingresos (4 en planta, 3 observación de estos 1 en UCI), 3% Alta voluntaria/no acude. Interconsultas: Total 12 (35%): 5 M. Interna (4 ingresan), 3 ORL (2 CCEE), 1 Pediatría (observación), 2 MUH (observación), 1 Oftalmología (CCEE). Estancia media: 60% 2-4 h, 25% 4-6 h, 10% < 2 h, 5% 6-8 h.

Discusión. Según se contempla en el libro de formación de residentes, aquellos de primer año han de realizar guardias en el Servicio de Urgencias para su formación. Salvo excepciones, la experiencia previa en materia de Urgencias de residentes de primer año es muy escasa. El estrés y la carga asistencial que supone tal tarea desborda la responsabilidad que un residente de ese año puede afrontar. La variedad de patologías, las enfermedades en edades extremas de la vida (en hospitales con única puerta de entrada a Urgencias- como es nuestro caso), los niveles I-II según sistema español de triage, la falta de apoyo en la toma de decisiones tutorizadas (ante la carga asistencial global del Servicio y falta de personal dedicado a ello): ponen de manifiesto la necesidad de un personaje que formado para tal tarea colaborara en solventar los problemas de la práctica clínica diaria, siendo el R1 un inquieto colaborador con ansias de formarse en dicha labor.

Conclusiones. Para una mejor formación (que no deformación) los MIR R1 durante la labor asistencial en una guardia deben de contar con el apoyo y disponibilidad de al menos un médico coordinador o referente que les oriente en la toma de decisiones clínicas correctas y en términos de eficacia. Ello se traduciría en una mejora de la atención a los pacientes y en una mejor gestión de los recursos disponibles y sobretodo, en una mejor formación de los MIR. En nuestro hospital se acaba de desarrollar el perfil de dicho médico en el que la formación como internista lo capacita para una atención integral del paciente, aunque aún nos encontramos en vías de mejora.

V-164

SÍNDROME DE CUSHING: EVALUACIÓN RETROSPECTIVA EN NUESTRA PRÁCTICA CLÍNICA

E. Arroyo Masa¹, M. Martínez Giles¹, J. Vázquez Labrador¹, M. Arroyo Masa², J. Díaz Pérez de Madrid³, D. Magro Ledesma¹ y M. Pérez Miranda¹

¹Servicio de Medicina Interna, ²Servicio de Urgencias, ³Servicio de Endocrinología. Complejo H. Universitario de Badajoz. Badajoz.

Objetivos. Descripción de las características epidemiológicas y clínicas, pruebas diagnósticas y tratamiento de los pacientes con SC de causa no yatrogénica.

Material y métodos. Análisis retrospectivo de 30 casos de SC, diagnosticados entre 1993 y 2006. Se registraron variables epidemiológicas, clínicas, analíticas, radiológicas y terapéuticas.

Resultados. La edad media fue de 44,70 años (rango 19- 66 años), representando la población femenina el 80% (24 casos). El tiempo transcurrido desde el inicio de los síntomas hasta el diagnóstico fue de 12,7 meses. Los motivos de ingreso: estudio de hipercortisolismo (19 casos) y mal control metabólico de HTA y/o DM (5 casos). Entre las manifestaciones clínicas destacaban la obesidad centripeta (90%), aumento de peso (76,7%), fascies luna llena (73%), HTA (72%), giba de búfalo (50%), hirsutismo (50%), alteraciones menstruales (43%) y DM (40%). Veintitrés casos (75,7%) correspondieron a SC ACTH dependiente y 7 casos (23,3%) a SC ACTH independiente. Entre los primeros, 22 casos (92,3%) de enfermedad de Cushing: 15 casos (50%) de microadenomas hipofisarios, 6 casos (20%) macroadenomas y 1 caso (3,3%) de silla turca vacía, sin evidencia radiológica de tumor hipofisario; y un caso (3,3%) de secreción ectópica de ACTH secundario a carcinoma pulmonar. Los casos de SC ACTH independiente: 13,3% (4 casos) adenomas suprarrenales; 3,3% (1 caso) carcinoma suprarrenal y 6,7% (2 casos) hiperplasia suprarrenal macronodular. La media del cortisol libre urinario (CLU) en 24 horas fue 741,66 mcg/24 h, (rango: 142-3100 mcg/24 h) y la media del cortisol plasmático (CP) basal de 25,56 mcg/dl (rango: 1,6- 600). La media de ACTH plasmática fue $83,6 \pm 124$ pg/dl ($11,56$ pg/dl en los casos de SC ACTH dependiente frente a $7,66$ pg/dl en los SC ACTH independientes). Con respecto a los test de supresión, no hubo supresión tras test con 1 mg dexametasona (DXM) oral del CP, realizado en 13 pacientes; tras 8 mg de DXM nocturna oral hubo supresión del CP en 9 pacientes con EC, de 15 casos donde se realizó, no existiendo tal supresión en el caso de secreción ectópica de ACTH. De los 8 casos de EC en los que se realizó test de supresión con 7 mg DXM intravenosa, hubo supresión del CP en 6 de ellos (75%). El test de metopirona se realizó en 25 pacientes (83,3%) y el cateterismo de senos petrosos inferiores (CSPi) en el 16,6% (5 pacientes) siendo diagnóstico de EC en 4 casos. En relación con las pruebas de imagen: TAC cráneo se realizó en la mitad de los pacientes (16,7% normal, en el 13,3% microadenoma y en el 20% macroadenoma); RMN cráneo en 26 casos (26,7% normal, 33,3% microadenoma, 20% macroadenoma y 6,7% silla turca vacía); TAC abdomen en el 70% de los casos (normal: 23,3%; adenoma suprarrenal: 20% e hiperplasia suprarrenal: 26,7%); TAC tórax en 40% (solo un caso patológico) y en 3 pacientes gammagrafía con osteoscán, siendo positiva en un caso. Recibieron tratamiento con ketoconazol el 86,7%, con una dosis media de 582 mg/día; se sometieron a cirugía transfenoidal el 60% (12 pacientes); a radioterapia transfenoidal 5 pacientes (25%) y a cirugía abdominal el 71,4% (5 pacientes). En 9 pacientes hubo recidiva tras cirugía. Las medias de CLU de 24 horas, CP y ACTH plasmática tras tratamiento con Ketoconazol y tras cirugía disminuyeron significativamente en la mayoría de los casos. En 4 casos se objetivó insuficiencia suprarrenal como efecto secundario farmacológico.

Discusión. Nuestros datos coinciden con lo publicado en la literatura (mayor prevalencia de EC, sexo femenino, hábito cushingide, dosis media Ketoconazol). Para el diagnóstico diferencial del SC se requieren múltiples pruebas bioquímicas y estudios radiológicos. Difiere de lo descrito en la literatura médica, el mayor número de recidivas.

Conclusiones. La enfermedad de Cushing fue la forma más común de SC. Ninguna prueba por separado nos permite un diagnóstico de seguridad. El ketoconazol consigue control adecuado del hipercortisolismo.

V-165

EVALUACIÓN DEL CONTENIDO Y FUNCIONAMIENTO DE LOS CARROS DE REANIMACIÓN DISPONIBLES DURANTE UNA GUARDIA DE MEDICINA INTERNA EN UN HOSPITAL GENERAL DE ESPECIALIDADES

F. Brun Romero, D. García Gil, J. Benítez Macías, E. De Sande Nacarino, M. Coussinou Toscano y D. Selma Santamaría

Sección de Cuidados Críticos y Urgencias. Hospital Universitario Puerto Real. Puerto Real, Cádiz.

Objetivos. Evaluar el contenido de los carros de RCP de las distintas unidades clínicas del Hospital y su adecuación a las guías establecidas.

Material y métodos. Estudio realizado en el Hospital Universitario Puerto Real, hospital general de especialidades que atiende a una población próxima a 285.000 habitantes y dispone de unas 400 camas. Durante una guardia se revisaron de forma consecutiva todos los carros de reanimación cardiopulmonar (RCP) ubicados en las distintas plantas del Hospital. Para su valoración se confeccionó una hoja de recogida de datos que se dividió en 5 apartados: 1) material para la apertura de la vía aérea y ventilación, 2) material para soporte circulatorio, 3) fluidoterapia, 4) medicación, y 5) material para tratamiento eléctrico. En cada apartado se analizó la presencia de los distintos materiales como presente, ausente o incompleto. Los datos son proporcionados como número absoluto (porcentaje).

Resultados. Se revisaron los carros de RCP de 18 unidades clínicas, no existiendo el mismo en cuatro (Consultas Externas, Exploraciones Especiales, Medicina Preventiva y Rehabilitación). Globalmente, la presencia del material estimado como necesario no llegó al 50% (47,7%), existiendo de forma incompleta en el 5,7%. Los apartados más completos fueron el 1) y el 2), con 62,6% y 63,5% de material presente y 11,0% y 6,4% de incompleto, respectivamente. La medicación necesaria sólo alcanzó el 50,2% de la prevista, mientras que la presencia de material eléctrico y fluidoterapia sólo llegó al 34,5% y 27,1%, respectivamente. Individualmente, los resultados fueron los siguientes en función del apartado: 1) el lubricante y la guía de tubo endotraqueal estaban presentes en el 100%, seguidos de de jeringas (94,4%), vendas de gasa (83,3%) y pinza de Magill de adulto (83,3%). El laringoscopio con el juego de palas, tubos endotraqueales y Cánulas de Guedel sólo estaban completos en el 61,1%, 33,3% y 55,6% de los carros (incompleto en el 27,8%, 44,4% y 27,8%) respectivamente; 2) los materiales más completos fueron la llave de 3 pasos (94,4%), el compresor elástico (88,9%), agujas IM e IV (88,9%), el sistema de goteo (81,3% completo y 18,8% incompleto) y el juego de catéteres venosos periféricos (72,2% completo y 16,7% incompleto). El catéter venoso central y guantes estériles sólo se encontraron en el 50% de los carros analizados; c) la sueroterapia existente en la mayoría de los carros fue bicarbonato 1M 250 cc, suero fisiológico isotónico 0,9% 500 cc y suero glucosado 5% 500 cc, presentes en el 50%, 50% y 44,4% respectivamente. Otras presentaciones de distinto tamaño y suero Ringer lactato sólo se encontraron en menos del 25%; d) midazolam (88,9%), atropina (88,9%) y adrenalina (66,7% completo y 22,2% incompleto) se encontraron en la mayoría de carros, mientras que la lidocaína 5%, amiodarona, naloxona y flumazenilo se encontró en menos del 50%; e) monitor desfibrilador sólo se encontró en el 38,9%, gel conductor en el 50% y papel de electrocardiograma en el 33,3%. Se tardó un máximo de 10 min. en la revisión de cada carro.

Discusión. Aunque el tiempo empleado en la mayoría de casos no llegó a los 10 minutos, el equipamiento global de los carros de RCP revisados no llegó al 50% del material descrito en las guías, siendo especialmente deficiente en el apartado de fármacos antiarrítmicos y tratamiento eléctrico (aspectos fundamentales en el tratamiento de una parada cardiorrespiratoria). El material necesario para la apertura de la vía aérea, ventilación y soporte circulatorio está habitualmente presente, con frecuencia se encontraba incompleto. Los resultados de nuestro estudio indican que es preciso establecer las estrategias y controles adecuados para mejorar el estado del material necesario para una reanimación cardiopulmonar.

Conclusiones. 1) El estado, tanto en lo referente a contenido como a funcionamiento, de los carros de RCP se puede comprobar en un corto espacio de tiempo. 2) En nuestro hospital, la dotación de los

carros de RCP disponibles en las distintas unidades era en un número elevado de casos deficiente.

V-166

ESTUDIO DESCRIPTIVO DEL PERFIL DE LOS PACIENTES ANTIAGREGADOS Y ANTICOAGULADOS EN UN SERVICIO DE MEDICINA INTERNA EN UN PERÍODO DE 6 MESES

R. Álvarez Pérez, R. Morales Gómez, V. Bejarano Mogel, F. Díaz Muñoz, D. Magro Ledesma y J. Arrébola García
Servicio de Medicina Interna. Hospital Infanta Cristina, Badajoz.

Objetivos. Analizar las características de los pacientes ingresados en nuestro Servicio de Medicina Interna que reciben tratamiento antiagregante o anticoagulante al alta.

Material y métodos. Revisión retrospectiva de 123 pacientes tratados al alta con terapia antiagregante o antiagregante, de un total de 294 pacientes ingresados, en nuestro servicio desde el 1 de enero de 2007 hasta el 14 de junio del 2007. Para ello revisamos los informes de alta de nuestra base de datos informatizada utilizando el programa estadístico SPSS 12.0 para Windows. Evaluamos las características clínicas, la idoneidad del tratamiento así como la terapia utilizada. Para establecer los criterios de indicación correcta e incorrecta se utilizaron las recomendaciones de las últimas guías sobre anticoagulación y antiagregación.

Resultados. De los informes revisados, 123 (41,8%) fueron dados de alta con tratamiento antiagregante (47%), anticoagulante (50%) o ambos (3%). La edad media es de 76,9 años, de los cuales el 54,2% son hombres y el 45,8% mujeres. La estancia media fue de 10,6 días. De los pacientes antiagregados, el 85% recibieron ácido acetil salicílico, el 13% clopidogrel y sólo 1, doble antiagregación. De los anticoagulados el 75% tomaba acenocumarol, el 22% heparina de bajo peso molecular y el 3% ambos. Entre los que se pinchaban heparina de bajo peso molecular, la indicación más frecuente fue la fibrilación auricular no valvular en mayores de 65 años o con otros factores de riesgo embolígeno que normalmente se iban de alta con ella, a la espera de comenzar la anticoagulación oral. Las indicaciones más frecuentes para la antiagregación fueron: accidente cerebro vascular (55%), angor inestable o infarto agudo de miocardio (32%), mientras que el 8% no tenían indicación de antiagregación. La dosis de ácido acetil salicílico utilizada para el tratamiento del angor inestable o infarto agudo de miocardio fue en todas las ocasiones de 100 mg/día, mientras que para el tratamiento del accidente cerebro vascular se utilizó 100 mg/día en un 27% y el 73% restante fueron tratados con 300 mg/día. Las indicaciones más frecuentes para la anticoagulación fueron la fibrilación auricular (60%), tromboembolismo pulmonar (12%) y prótesis tanto biológicas como metálicas (14%), mientras que el 3% no tenían una indicación clara para la anticoagulación. Los motivos de ingreso más frecuentes fueron: disnea (39%), accidente cerebro vascular (19,5%), cuadro catarral (15,4%), dolor torácico (13,8%). Los diagnósticos al alta más frecuentes fueron: accidente cerebro vascular (21%), insuficiencia cardíaca congestiva (20%), enfermedad pulmonar obstructiva crónica (20%), fibrilación auricular (9,7%) y angor inestable o infarto agudo de miocardio (6,5%).

Discusión. Los datos más destacados que hemos observado en nuestro estudio son que se trata de una población con edad media de 77 años, sin una clara preferencia de sexo, con importante comorbilidad. Observamos una clara preferencia por ácido acetil salicílico y acenocumarol con respecto a otros fármacos de su categoría. Llama la atención el escaso número de pacientes que se antiagregan o anticoagulan sin indicación precisa para ello. Las indicaciones más frecuentes para la antiagregación fueron el accidente cerebro vascular y el infarto agudo de miocardio con una clara diferencia con respecto a otras, y la fibrilación auricular en el caso de la anticoagulación.

Conclusiones. Debido a que se trata de una población con una edad media elevada y con importante comorbilidad asociada, los criterios tanto de antiagregación como de anticoagulación deberían ser individualizados, dentro de unas indicaciones concretas, debido al riesgo de complicaciones hemorrágicas de ambos tratamientos. Comparando nuestro estudio con otros similares revisados de la literatura, vemos que se cumplen de manera aceptable estos requisitos, ya que hay muy pocos pacientes en los que no haya una indicación clara de tratamiento.

V-167

DESCRIPCIÓN DE LAS INTOXICACIONES POR INSECTICIDAS ORGANOFOSFORADOS

E. Sanjurjo¹, J. Currás², L. El Messaoudi³, M. Atarés² y O. Artieda²

¹Servicio de Medicina Interna, ³Servicio de Urgencias. Fundació Sanitària d'Igualada F.P. Igualada, Barcelona. ²Servicio de Urgencias. Hospital de la Ribera. Alzira, Valencia.

Objetivos. El uso de insecticidas organofosforados (IOF) sin la existencia de unas medidas de seguridad adecuadas, conlleva un elevado riesgo de intoxicación. El objetivo del estudio es describir las intoxicaciones por IOF atendidas en nuestro hospital en los últimos dos años.

Material y métodos. Análisis retrospectivo de las intoxicaciones por IOF durante los años 2003-2005. Se han recogido los datos epidemiológicos (día y hora de atención, profesión), toxicológicos (tipo de tóxico, vía de entrada, tiempo de exposición), clínicos (motivo de consulta y exploración física), analíticos (niveles de colinesterasa), tratamiento administrado y evolutivos (destino al alta).

Resultados. Se han detectado 36 pacientes con una edad media de 46 años, y de los que 35 eran varones. El 90% de los casos fueron considerados como de prioridad 1 o de atención inmediata (en menos de 20 minutos). La distribución anual fue: 2003, 13 casos, 2004, 14 casos y 2005, 9 casos. De estos, 17 casos fueron atendidos en primavera y 15 en verano. El 80% de los pacientes eran agricultores y la vía de absorción fue cutánea y respiratoria, mientras que se detectaron 2 tentativas de suicidio por consumo de IOF por vía oral. Los pacientes presentaron con más frecuencia náuseas, vómitos y/o diarrea en 24 casos, mareo en 13, mal estar general en 10 y debilidad muscular en 3. La frecuencia cardíaca media fue de 65 + 16 (extremo de 30 a 90 latidos por minuto). Los niveles medios de colinesterasa fueron de 4.112 U/L (extremos 0-10.543, normalidad 5.300-14.500 U/L). La mitad de los pacientes precisaron administración de atropina y el 63% de pralidoxima. Se procedió al alta desde urgencias en 22 ocasiones, precisando ingreso en sala de medicina interna en 9 y en UCI en 5. No se registró ningún caso mortal.

Conclusiones. La intoxicación por IOF tiene una distribución estacional, afecta a varones que se dedican a la agricultura y se produce a través de la inhalación y del contacto cutáneo con el agente. Si bien tiene una escasa mortalidad en nuestra serie, más de la mitad de los pacientes precisan tratamiento antidótico e ingreso hospitalario.

V-168

CUESTIONARIO EPOC Y MEDICINA INTERNA. RESULTADOS SOBRE 107 RESPUESTAS CONSECUTIVAS

J. Barquero Romero y el Grupo EPOC de la SEMI
Servicio de Medicina Interna. Hospital Perpetuo Socorro, Badajoz.

Objetivos. Hemos querido conocer aspectos generales de la opinión de los internistas sobre la EPOC y valorar los conocimientos sobre la misma.

Material y métodos. Se diseñó una encuesta de 12 preguntas, cada una de ellas con 5 opciones de respuesta, que se incluía dentro de un documento con franqueo en destino y que requería del entrevistado sus datos de sexo, edad, lugar de trabajo, tipo de actividad y rango o nivel asistencial; fue entregada a través de la visita médica de los laboratorios Almirall® para su contestación de forma anónima, voluntaria y no remunerada. También se incluía la posibilidad de su contestación a través de la página Web "asirespiramos. Com" abierta al efecto por la casa farmacéutica. La recogida de datos se hizo durante 2006. Los datos fueron tabulados en Excel® y trabajados con el programa estadístico G-stat®.

Resultados. 107 cuestionarios. 80 (75%) hombres y 27 (25%) mujeres. Mediana de edad 43 (Qi-Qs: 36-50) años. Por categoría: médico Adjunto 78%, Residentes 11%, Jefe Clínico 8% y Jefe Servicio 3%. Por tipo de hospital, 42% h. Universitario, 27% h. general no universitario, 27% h. comarcal y 5% actividad privada. Tenían actividad en planta de hospitalización un 85%, en consultas un 33%, en urgencias 6% y en corta estancia 5%. A la pregunta 1 ¿Crees que la EPOC es una enfermedad que reúne características para la atención integral por parte de los internistas? Si el 100%. A la pregunta 2 ¿Cuántos pacientes con EPOC has atendido en tu última semana de

trabajo normal: más de la mitad 3-6 al día. La pregunta 3 "Señala el perfil más adecuado para la mayoría de los pacientes con EPOC que atiendes habitualmente" el perfil mayoritariamente elegido fue varón, mayor de 65 años y ex-fumador. La pregunta 4 "El/los principal/es factor/es etiológico/s de la EPOC son: mayoritariamente seleccionada la opción "humo del tabaco". La cuestión 5 ¿Cuál es la dosis acumulada de tabaco en paquetes-año de un paciente que ha fumado dos paquetes diarios entre los 17 y los 67 años?) cuya respuesta sería 100 paq/año mostró pocas respuestas acertadas, mientras que la cuestión 6 "Un paciente con EPOC presenta disnea que le obliga a pararse tras caminar unos pocos minutos por terreno llano. ¿Qué nivel de disnea le otorgarías según la escala del *British Medical Research Council* (MRC)?" cuya respuesta correcta sería Grado 3, fue correctamente evaluada por el 70%. La pregunta 7 "En tu práctica clínica habitual, ¿sueles realizar espirometría antes de establecer el diagnóstico de EPOC?, respondiendo positivamente a la misma el 90%, así mismo, a la pregunta 8 "El espirómetro más próximo a tu lugar de trabajo habitual está 90% en su propio Centro. En el reconocimiento del VEMs como parámetro espirométrico fundamental para el diagnóstico (la pregunta 9 que decía textualmente "El diagnóstico de EPOC requiere de la constatación de una obstrucción poco/nada reversible al flujo de aire durante la espirometría. ¿Qué parámetro espirométrico es el fundamental? fue hecho correctamente por el 58%; un 24% eligieron la opción del VEMS. La pregunta 10 ¿De las siguientes medidas cual es la única que ha demostrado mejorar la supervivencia en la EPOC?": La opción correcta "dejar de fumar" fue elegida por casi todos los participantes. La pregunta 11 "¿Cuál es el nombre del sistema de evaluación pronóstica utilizada para el EPOC y que incluye 4 parámetros? Fue elegida la opción correcta "BODE" por el 60% (un 31% eligió "El único factor pronóstico para la EPOC es el VEMs". La pregunta 12 "En relación al tratamiento de la EPOC: modifica el curso de la enfermedad" la opción "oxigenoterapia" fue la más elegida. En una escala donde el nivel de conocimiento se clasifica en muy bajo (menor o igual del 20%), moderado (20-50%), alto (50-70%) y muy alto (mayor del 70%) se analizaron un grupo VP (valoración del paciente, preguntas 4, 5, 6 y 9 y 11) alcanzado el nivel de ALTO; un Grupo MT (manejo terapéutico, preguntas 10 y 12) con nivel MUY ALTO y finalmente un grupo CG (conocimiento global = VP + MT) con una puntuación alto. **Conclusiones.** La EPOC es reconocida como una enfermedad del ámbito del internista. El perfil del paciente es el que cabía pensar: varón, mayor y con historia tabáquica. El nivel de conocimientos sobre la enfermedad es alto. Conflicto intereses: Colaboración logística de laboratorios Almirall®.

V-169

ACTITUD TERAPÉUTICA Y DESTINO DESDE URGENCIAS EN LA INTOXICACIÓN AGUDA POR INSECTICIDAS ORGANOFOSFORADOS

E. Sanjurjo¹, L. El Messaoudi², M. Atarés³, O. Artieda³ y J. Currás³

¹Servicio de Medicina Interna, ²Servicio de Urgencias. Fundació Sanitària d'Igualada F. P. Igualada, Barcelona. ³Servicio de Urgencias. Hospital de la Ribera. Alzira, Valencia.

Objetivos. A pesar de que los efectos tóxicos de los insecticidas organofosforados (IOF) se conocen desde hace más de 50 años, no existen por el momento parámetros que nos permitan predecir qué pacientes presentan intoxicaciones más graves o cuándo se van a desarrollar complicaciones tardías.

Material y métodos. Estudio retrospectivo de las intoxicaciones por IOF durante los años 2003-2005. Se han recogido los datos epidemiológicos (día y hora de atención, profesión), toxicológicos (tipo de tóxico, vía de entrada, tiempo de exposición), clínicos (motivo de consulta y exploración física), analíticos (niveles de colinesterasa), tratamiento administrado y evolutivos (destino al alta). Se han comparado los pacientes que precisaron ingreso hospitalario frente a los que fueron dados de alta a domicilio desde el Servicio de Urgencias (SU).

Resultados. Se han observado tres grupos de pacientes: Grupo A (alta desde el SU, n = 22), Grupo B (ingreso en sala convencional, n = 9) y Grupo C (ingreso en una Unidad de Cuidados Intensivos, n = 5). Se encontraron diferencias significativas en relación a la existencia de afectación muscular: 4% en el Grupo A, 33% en el Grupo B (p = 0,06) y 60% en el Grupo C (p = 0,01), presencia de síncope: 0% en

el Grupo A, 22% en el Grupo B (p = 0,07) y 60% en el Grupo C (p = 0,003), y en la frecuencia cardiaca, 50+23 en el Grupo C, 67 + 12 en el Grupo A y 66 + 12 en el Grupo B (p = 0,04). Se administró atropina en el 30% de los pacientes del Grupo A, 66% en el Grupo B (p = 0,11) y 100% en el Grupo C (p = 0,009), y pralidoxima en el 9%, 55% (p = 0,01) y 100% (p = 0,0003) respectivamente. La concentración de colinesterasa plasmática (CP) fue de 6.281 en el Grupo A, 2.701 en el Grupo B (p = 0,004) y 232 en el Grupo C (p = 0,0001 y p = 0,021 respectivamente).

Conclusiones. La combinación de clínica nicotínica o de afectación del sistema nervioso central, la presencia de bradicardia, la necesidad de tratamiento con antidotos y unos niveles de CP disminuidos son factores que predicen el ingreso hospitalario en la intoxicación por IOF.

V-170

GAMMAPATÍAS TRICLONALES. ANÁLISIS DE 12 PACIENTES

M. López-Cano Gómez¹, C. García Zubiri¹, R. García Madero¹, M. Gil Navarro¹, P. Tutor-Ureta¹, P. Laguna del Estal¹, M. Yebra Bango¹ y F. Díaz Espada²

¹Servicio de Medicina Interna, ²Servicio de Inmunología. Hospital Universitario Puerta de Hierro. Madrid.

Objetivos. Describir las características clínicas de 12 pacientes con gammapatía triclonal.

Material y métodos. Se revisó el archivo de gammapatías clonales del Servicio de Inmunología del Hospital Puerta de Hierro entre los años 1977 y 2007. Se detectaron por técnica de electroforesis/inmunofijación, 1324 casos de los que 12 eran triclonales (1%). Se analizaron las historias clínicas de estos pacientes.

Resultados. De los 12 pacientes 8 eran hombres y 4 mujeres, con edades comprendidas entre 5 y 77 años (mediana 54). Tres habían sido diagnosticados de gammapatía triclonal de significado indeterminado (MGUS), 2 de Mieloma Múltiple (MM), 1 de Macroglobulinemia de Waldenström (MW), 1 de leucemia linfocítica crónica (LLC) y 5 tenían asociadas otras enfermedades neoplásicas: 1 sarcoma de partes blandas, 1 trombocitosis esencial (TE), 1 leucemia mieloide crónica (LMC) y 2 leucemia mieloblástica (LMA). Los pacientes con MGUS estaban asintomáticos y el resto presentaba los síntomas y datos analíticos de la enfermedad asociada. La composición de las paraproteínas fue: MGUS (IgMk + IgGl + IgGk, IgMk triclonal e IgGk + IgMl), MM (IgGl + IgGk + IgGk e IgAk triclonal), MW (IgMl + IgMk + IgGk), LLC (IgGk + IgGk + IgMl), sarcoma (IgGk + IgMk + BJJ), TE (IgGk + IgGk + IgAk), LMC (IgGk + IgMk + IgMl), LMA (IgMk + IgGl + IgGl e IgGk + IgGl + IgAl). Todos presentaban por nefelometría leve aumento de una de las inmunoglobulinas implicadas, excepto uno de los pacientes con MM, (la evolución del otro se comenta más adelante), que tuvo un aumento franco de la IgA, y el paciente con MW y dos de los pacientes con MAGUS que presentaban elevación importante de IgM. En ningún paciente se detectó paraproteína en la orina y sólo los pacientes con MM presentaban descenso de las inmunoglobulinas normales. En cuanto al momento de la detección de la paraproteína en relación con la enfermedad asociada o su tratamiento, es destacable que en el caso del paciente con sarcoma se documentó 15 meses después del comienzo del tratamiento con quimioterapia (QM) y radioterapia, en uno de los pacientes con LMA 4 meses después del comienzo del tratamiento con QM pero antes del trasplante de médula ósea (TMO), y en el otro paciente con LMA y en de la LMC 4 y 3 meses respectivamente tras el TMO. Es de especial interés la cronología de uno de los pacientes con MM ya que al comienzo fue diagnosticado de gammapatía monoclonal IgGk y sólo 4 meses después del TMO se detectó la paraproteína triclonal y la del paciente con LLC que tras QM y posterior tratamiento con anti-CD52, se detectó 6 meses después una paraproteína diclonal y 3 meses más tarde la paraproteína triclonal.

Conclusiones. La detección en el laboratorio de gammapatías triclonales es excepcional. El componente más frecuente es IgG kappa. La tasa de las inmunoglobulinas anormales suele ser poco elevada. En nuestra serie se observó un elevado porcentaje de pacientes con procesos mieloproliferativos asociados y era frecuente que pocos meses antes de la detección de la paraproteína triclonal, los enfermos hubieran sido tratados con TMO y/o QM con o sin anticuerpos monoclonales, siendo la patogenia especulativa, pero probablemente relacionada con el proceso de reconstitución inmune.

V-171

PREVALENCIA DE ANTICUERPOS CITOPASMÁTICOS ANTINEURÓFILOS EN ADICTOS A COCAÍNA**V. Manzano Gamero¹, F. Jarilla Fernández¹, C. Hidalgo Tenorio¹, J. Jiménez Alonso¹, L. Jáimez² y J. Amador³**¹Servicio de Medicina Interna, ²Análisis Clínicos e Inmunología, ³Servicio de Otorrinolaringología. Hospital Universitario Virgen de las Nieves. Granada.

Objetivos. Ante el hallazgo de anticuerpos citoplasmáticos antineurófilos (ANCA) en un paciente con lesión de línea media (LMD) adicto a cocaína y la dificultad del diagnóstico etiológico de dichas lesiones, nos proponemos analizar la prevalencia de estos anticuerpos en pacientes consumidores de cocaína.

Material y métodos. Estudio transversal descriptivo de comienzo junio/2007. Los pacientes han sido reclutados de forma consecutiva y proceden del Centro Provincial de Drogodependencia y la Unidad de Desintoxicación Hospitalaria de Granada. Se les realiza una única entrevista que incluye historia clínica exhaustiva en la que se recogen las siguientes variables: género, edad, patologías asociadas, historia de la adicción a cocaína y consumo de otros tóxicos, existencia de síntomas (ORL, cardiológicos, respiratorios, digestivos, neurológicos o metabólicos) y exploración física. Estudios complementarios: hemograma, bioquímica, sedimento y tóxicos en orina, proteinograma, inmunoglobulinas, ANCA, ECG, radiografía de tórax y exploración otorrinolaringológica protocolizada.

Resultados. El 91,7% (23/25) fueron hombres y 8,3% (2/25) mujeres. La edad media fue de 30,63 ± 6,86 años (en un rango de entre 20 y 47 años). Las vías de administración empleadas para el consumo de la cocaína fueron esnifada 64% (16/25), fumada 8,3% (2/25) y varias 25% (6/25). El tiempo medio de consumo fue de 82,06 ± 60,85 meses y la cantidad media consumida fue de 5,6 ± 3,8 gr/sem. 87,5% (22/25) asociaban tabaquismo, 64% (16/25) consumo de alcohol, 16,7% (6/25) cannabis, 8,3% (2/25) heroína y 12,5% (3/25) cannabis más heroína. 18,8% (5/25) presentaban rinorrea, 37,5% (9/25) rinorrea y sensación de taponamiento, y 31,3% (8/25) estaban asintomáticos. La exploración ORL fue normal en todos salvo en 1 que tenía perforación del tabique nasal. Los ANCA sólo fueron positivos en dicho paciente, que presentaba una lesión de línea media (1/25).

Discusión. El consumo de cocaína es más frecuente en hombres alrededor de la década de los treinta, utilizan principalmente la vía esnifada y la mitad de ellos presentan síntomas otorrinolaringológicos, sin hallazgos en la exploración ORL. Los pocos estudios que asocian el consumo de cocaína a la presencia de ANCA incluyen solamente cocainómanos con LMD, lo que dificulta el diagnóstico diferencial con otras enfermedades, como son las vasculitis (1). En nuestro estudio el único paciente con ANCA positivos fue un adicto a cocaína con LMD, lo que podría deberse a un efecto inmunológico localizado de la cocaína sobre las estructuras de la línea media, fenómeno que en un principio no parece producirse cuando se administra por vía sistémica o fumada. (1) Trimarchi M, Gregorini G, Facchetti F, Morassi ML, Manfredini C, et al. Cocaine-induced midline destructive lesions. *Medicine (Baltimore)* 2001;80(6):391-404.

Conclusiones. Existen indicios a favor de que el consumo de cocaína vía esnifada podría simular una vasculitis tipo Wegener localizado, hecho que al parecer no sucede cuando se utilizan otras vías de administración. Para confirmar estos datos son necesarios estudios prospectivos con mayor casuística y tiempo de seguimiento.

V-172

VALOR PRONÓSTICO DEL ESTADO NUTRICIONAL EN ALCOHÓLICOS**E. González Reimers, E. García Valdecasas, M. Sánchez Pérez, R. Pelazas, F. Santolaría Fernández, J. González Pérez, M. Durán Castellón y A. Martínez Riera**

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

Objetivos. El consumo crónico de alcohol se asocia a varias enfermedades potencialmente mortales. El pronóstico a medio plazo de estos pacientes viene determinado por el progresivo desarrollo de insuficiencia hepática e hipertensión portal, procesos infecciones intercurrentes, traumatismos/accidentes, pancreatitis aguda, otros procesos,

y desde luego, el estado nutricional. El objetivo del presente estudio es analizar el valor pronóstico a medio/largo plazo de una serie de variables relacionadas con función hepática, consumo de alcohol, datos analíticos y composición corporal (por DEXA) en alcohólicos.

Material y métodos. En el presente trabajo hemos realizado un estudio de composición corporal mediante densitometría de cuerpo completo en 77 pacientes alcohólicos varones (25 cirróticos), comparándolos con 31 controles de igual edad y sexo. Hemos analizado además el valor pronóstico de estos parámetros en 71 de estos 77 pacientes que pudieron ser seguidos durante un total de 88 meses; durante este período fallecieron 23 pacientes (mediana = 42 meses). **Resultados.** Los pacientes presentaban menor masa magra que los controles a todos los niveles, destacando brazo izquierdo (t = 2,66), miembro inferior izquierdo (t = 4,77) y derecho (t = 4,88) y masa magra total (t = 2,4); en cambio no encontramos diferencias en lo que respecta a la masa grasa. Los cirróticos mostraban menor masa magra en miembro superior derecho (t = 3,62) e izquierdo (t = 3,39) que los no cirróticos. Fallecieron durante el período de seguimiento 22 pacientes; los fallecidos tenían menor masa magra que los controles a todos los niveles, destacando brazo izquierdo (t = 3,67) y derecho (t = 3,6) y masa magra total (t = 2,8), pero, de los parámetros que valoran grasa, solamente el área grasa en miembro superior derecho fue inferior (t = 2,33, p < 0,05 en todos los casos). Las curvas de Kaplan y Meyer demuestran diferencias de supervivencia, significativas tanto mediante el log-rank como el Breslow para la masa magra (clasificada en cuartiles) en la mayoría de los lugares analizados, destacando miembro superior derecho. Mediante análisis de regresión de Cox, se observó que el primer parámetro que guardaba relación con la supervivencia fue la masa magra en MS derecho, por delante de otros como protrombina, albúmina, ascitis.

Discusión. Este estudio subraya la importancia pronóstica del estado nutricional, en especial de la masa magra, que puede considerarse como una estimación de la reserva proteica. Una reserva proteica disminuida probablemente refleje una defectuosa capacidad de adaptación a situaciones de estrés que demanden un incremento de la síntesis de reactantes de fase aguda, factores de coagulación o mediadores inflamatorios, incremento al que un individuo malnutrido no puede hacer frente.

Conclusiones. Por lo tanto, el estado nutricional, y en particular el descenso de la masa magra es un factor pronóstico muy importante en el alcohólico.

V-173

ATROFIA CEREBRAL EN EL ALCOHÓLICO**E. García Valdecasas, E. González Reimers, M. Sánchez Pérez, M. Durán Castellón, M. Monedero Prieto, D. García Rosado, C. Rodríguez López y M. Rodríguez Gaspar**

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

Objetivos. La atrofia cerebral es un hallazgo común en alcohólicos, de etiología multifactorial, en el que intervienen el propio consumo de etanol, la malnutrición calórica proteica o déficits nutricionales específicos asociados, el fracaso hepático como tal, o tal vez, los cambios hormonales o del perfil de citocinas asociados a la hepatopatía alcohólica. El objetivo del presente trabajo es analizar la relación existente entre la atrofia cerebral cuantificada por medio del TAC craneal y los parámetros referidos anteriormente.

Material y métodos. Se han estudiado 36 alcohólicos, 10 de ellos cirróticos, a los que se les practicó un TAC craneal y se les midió en plasma los niveles de *insulin-like growth factor 1* (IGF-1), interleucina (IL) -6, IL-8, IL-10, TNF alfa, PTH, estradiol, testosterona libre y corticosterona. En el TAC se calcularon los índices de Evans, Huckmann, cella media, bicaudado, bifrontal y ventricular, y el diámetro del tercer ventrículo; además se procedió a la valoración nutricional subjetiva (VNS), dinamometría, medida del pliegue tricipital y perímetro braquial, y evaluación de la función hepática.

Resultados. Hemos encontrado que los pacientes presentaban marcada alteración de todos los índices comparados con 12 controles, pero relaciones escasamente significativas con los otros parámetros analizados [IGF-1, dinamometría y años de consumo con el índice bifrontal (p < 0,025 en todos los casos); PTH e índice de Evans (r = 0,36, p = 0,032); VCM y cella media (p < 0,05)]. No guardaron relación con los niveles de citocinas.

Discusión. La pobre relación de la función hepática, citocinas y estado nutricional con la atrofia cortical sugiere que otros factores tal vez micronutrientes, tipo de bebida (?) puedan jugar un papel en el desarrollo de la atrofia cerebral del alcohólico.

Conclusiones. Por lo tanto, si bien la atrofia cerebral es frecuente e intensa en el alcohólico, su relación con función hepática, citocinas, estado nutricional y hormonas es pobre.

V-174

LA MUTACIÓN JAK2V617F EN EL DIAGNÓSTICO DE LA POLICITEMIA VERA

J. Figueira Coelho, S. Lourenço, P. Mendonça, C. Loureiro y A. Murinello

Servicio de Medicina I. Hospital de Curry Cabral. Lisboa, Portugal.

Objetivos. La Policitemia vera es una enfermedad mieloproliferativa rara (2-10: 1.000.000) que se caracteriza por la proliferación de los tres linajes celulares de la sangre. Con frecuencia el diagnóstico se hace de forma accidental antes de la ocurrencia de los fenómenos trombóticos y hemorrágicos que suelen ser sus principales complicaciones. El descubrimiento, en 2005, de la mutación JAK2V617F, que se halla en más del 95% de los casos de Policitemia vera, ha abierto la puerta a nuevas formas de diagnóstico y tratamiento, que actualmente se basa en la flebotomía y hidroxiurea. El objetivo de este trabajo es evaluar la eficacia de los criterios de diagnóstico de Policitemia vera y determinar si la determinación de la mutación JAK2V617F puede ayudar en el diagnóstico cuando dichos criterios no se cumplen en su totalidad.

Material y métodos. Estudio comparativo de 2 casos de Policitemia vera diagnosticados en el 2006. En cada proceso se analizó la presencia de los criterios de diagnóstico según el *Polycythaemia Vera Study Group* (PSVG), Organización Mundial de Salud (OMS) y *British Committee for Standards in Haematology* (BSCH), así como la presencia de la mutación JAK2V617F.

Resultados. Caso clínico nº 1: paciente de 80 años, sexo femenino, sin historia de enfermedad trombótica o hemorrágica previa, admitida por hipertensión arterial, prurito, acúfenos y cefaleas. Presentaba una masa eritrocitaria > 32 mL/kg, hemoglobina > 16,5 g/dL, hematocrito > 56%, saturación de oxígeno arterial > 92%, plaquetas > 400 × 10⁹, fosfatasa alcalina neutrofilica > 100, vitamina B₁₂ sérica > 220 pg/mL, niveles de eritropoietina bajos, médula ósea hiperplásica con hiperplasia de las tres series celulares y ausencia de evidencia de eritrocitosis secundaria, cumpliendo criterios de diagnóstico según PVSG, OMS y BCSH. La mutación JAK2V617F fue positiva. El control hematológico se logró con flebotomía y hidroxiurea. Caso clínico nº 2: paciente de 72 años, sexo femenino, sin antecedentes de enfermedad trombótica o hemorrágica previa, con hipertensión arterial. Presentaba saturación de oxígeno arterial > 92%, plaquetas > 400 × 10⁹/L, fosfatasa alcalina neutrofilica > 100, niveles de eritropoietina bajos, médula ósea hiperplásica y hiperplasia de las tres series y evidencia de eritrocitosis secundaria, lo que no permitió un diagnóstico según los criterios considerados. La mutación JAK2V617F fue positiva. Dos meses después de la primera evaluación la paciente cumplía los criterios hematológicos. Se inició terapia con hidroxiurea, con un buen control de la enfermedad.

Conclusiones. Los criterios de diagnóstico propuestos en la literatura no siempre permiten el diagnóstico de Policitemia vera, por lo que la determinación de la mutación JAK2V617F puede ayudar en estos pacientes.

V-175

ESTUDIO RETROSPECTIVO DE HIPERCALCEMIAS A LO LARGO DE 3 AÑOS EN EL HOSPITAL GENERAL DE SEGOVIA

A. Carrero Gras¹, G. Estrada Trigueros², M. Cepeda González¹, I. León Gaitán¹, E. Martínez Moreno¹, B. García López¹, E. Ferreira Pasos¹ y M. Cantera Mortua²

¹Servicio de Medicina Interna, ²Servicio de Neumología. Hospital General. Segovia.

Objetivos. Describir las hipercalcemias en un Hospital de tercer nivel en los últimos 3 años para conocer las distintas etiologías y describir

el patrón epidemiológico, centrándonos en la descripción de la hipercalcemia tumoral, que es la que mayoritariamente ingresa en nuestro servicio.

Material y métodos. Estudio retrospectivo descriptivo de los años 2004, 2005 y 2006. Como fuente de obtención de datos se han utilizado todas las historias clínicas que en este periodo incluyeron la hipercalcemia como diagnóstico principal o secundario. Se solicitaron al Servicio de codificación de nuestro hospital. Con los datos obtenidos se completó un protocolo diseñado a tal efecto, igual para todos los casos. Se dividieron los casos según la etiología: 1) Nefrológica: incluía insuficiencia renal crónica e hiperparatiroidismo (HPT) secundario. 2) Endocrinológica: HPT primarios. 3) Tumorales: tumor de órgano sólido y hematológico y 4) Otras causas.

Resultados. Se revisaron treinta historias clínicas, las frecuencias según la etiología fueron: 1) Nefrológica: ocho casos (26,6%), 2) Endocrinológica: tres casos (10%), 3) Tumoral: diecisiete casos (56,6%) de los cuales once (43,3%) corresponden a tumores de órgano sólido y seis (20%) a hematológicos, 4) Otras causas: dos casos (6,6%). Del total, trece casos (43,3%) ingresaron en Medicina Interna, detallamos los resultados: cinco mujeres (38,5%) y ocho hombres (61,5%), con una media de edad de 65 años, desviación estándar de 12,94. La media del calcio sérico fue 12,58 mg/dl, desviación estándar: 1,52. De media estuvieron ingresados diecisiete días, desviación estándar: 19,03. Once casos fueron de etiología tumoral (84,6%) de los cuales en seis pacientes (54,4% del total de procesos tumorales) se trató de tumores primarios (dos páncreas, dos de pulmón, uno de esófago y uno de próstata); en cinco casos (46,6%) se trató de tumores metastásicos en el momento del ingreso (los cinco casos con metástasis pulmonares, uno de ellos además óseas). Con respecto a los dos pacientes restantes, uno de ellos fue diagnosticado de sarcoidosis y en la última paciente no se pudo llegar a un diagnóstico concluyente aunque las sospechas iniciales fueron la neoplásica. Fallecieron siete pacientes (53%) por causa directamente relacionada con el proceso de base. Nueve pacientes (el 69%) presentaron síntomas al ingreso relacionados con la hipercalcemia y a once (el 85%) se les puso tratamiento para la misma en función de la cifra de calcio, por orden de frecuencia: tres pacientes (23,1%) recibieron corticoides, cinco (38,5%) bifosfonatos, ocho (61,5%) diuréticos y diez (76,9%) sueroterapia.

Discusión. La hipercalcemia es el trastorno metabólico más frecuente en los pacientes oncológicos, se puede dar hasta en el 10-20%, sin tratamiento es potencialmente mortal. Aparece asociado con más frecuencia a las neoplasias de órgano sólido como las pulmonares, y hematológicas como el mieloma múltiple. Las hipercalcemias tumorales se producen por aumento de resorción ósea y deterioro de la excreción renal, favoreciéndose por factores como la inmovilización entre otros. El diagnóstico puede ser difícil por la variedad de síntomas que presenta: renales, osteomusculares, neuropsiquiátricos, digestivos y electrocardiográficos, siendo preciso un inicio precoz del tratamiento para mejorar el pronóstico (desde sueroterapia hasta bifosfonatos en las hipercalcemias graves).

Conclusiones. La causa más frecuente de hipercalcemia en nuestro hospital fue la tumoral con más de la mitad de los casos, y dentro de éstos predominaron los tumores de órgano sólido. Destaca el cáncer de pulmón, como tumor primario y metastásico fundamentalmente. Es una entidad que conlleva una alta mortalidad en los casos con enfermedad tumoral de base, y ensombrece el pronóstico. Pese a disponer de criterios unificados a la hora de instaurar el tratamiento, no siempre se cumplió en nuestro medio, tratando pacientes con hipercalcemia leve, como graves. Debemos tenerla en cuenta en todo paciente oncológico, para diagnosticarla de forma temprana e instaurar el tratamiento indicado en función de las cifras de calcio.

V-176

POLINEUROPATÍA AMILOIDÓTICA FAMILIAR (PAF). A PROPOSITO DE 3 CASOS

C. Nadal¹, T. Bosch¹, M. Fullana², N. Ribas¹, G. Samperiz¹ y J. Forteza-Rey¹

¹Servicio de Medicina Interna. Hospital Son Dureta. Palma de Mallorca, Illes Balears. ²Servicio de Medicina Interna. Hospital Comarcal d'Inca. Inca, Illes Balears.

Objetivos. La PAF o enfermedad de Andrade es una amiloidosis sistémica hereditaria. Se caracteriza por la afectación preferente del sis-

tema nervioso periférico sensitivo, motor y autonómico. Existe una mutación del gen de la transtirretina (TTR). Objetivo: realizar un estudio descriptivo de 3 pacientes diagnosticados de PAF.

Material y métodos. Estudio descriptivo de 3 pacientes diagnosticados de PAF en el servicio de Medicina Interna de nuestro hospital en los últimos 5 años. Analizamos las variables: edad, sexo, enfermedades de base, clínica, diagnóstico, tratamiento y evolución.

Resultados. Caso 1: mujer de 25 años natural de Mallorca. Anexectomía derecha por teratoma quístico. Madre y abuela materna con PAF. Consulta en mayo/2002 por sdr constitucional de 2 años de evolución, vómitos y cambio en el hábito deposicional. Parestesias en calcetín. E. física: parestesias en miembros inferiores. Analítica, Rx tórax, abdomen y ecografía abdominal sin alteraciones. ECG: ritmo sinusal. Gastroscopia: alteración motilidad gástrica. Biopsia duodenal: positiva para amiloide. EMG: polineuropatía axonal sensitivo-motora leve. Orina 24 h: no proteinuria. Ecocardiograma: normal. Genética: portadora heterocigota de mutación Val30Met, detección de TTR Val30met por ELISA positivo. Candidata a trasplante hepático realizándose en abril/03. Buena evolución clínica posterior con persistencia de la clínica neurológica. Caso 2: mujer de 48 años natural de Mallorca. Histerectomía y ooforectomía bilateral por metrorragias. No a. familiares de interés. Consulta en agosto/06 por sdr constitucional y vómitos de 3 meses de evolución. Incontinencia de esfínteres y parestesias en MMII de un año de evolución. E. física: parestesias en miembros inferiores. Analítica: hemoglobina 7,9, VCM 81, urea 94, creatinina 2,9, proteínas totales 55, albúmina 25, ferritina 138. RX tórax y abdomen normales. Ecografía abdominal: hidronefrosis con dilatación pielocalicial bilateral. TAC abdominopélico: hidronefrosis bilateral moderada. Orina de 24 h: sdr nefrótico, aclaramiento de creatinina de 41 ml/min. Inmunología básica normal. Crioglobulinemia tipo II. Serologías VHB y VHC negativas. EMG: polineuropatía axonal sensitivo-motora severa de predominio motor. Ecocardiograma: hipertrofia concéntrica severa biventricular. Biopsia rectal: positiva para amiloide. Genética: portadora heterocigota de mutación Val30Met, detección de TTR Val30Met por ELISA positivo. En lista de espera para doble trasplante hepático y renal. Estudio familiar: 2 portadores asintomáticos. Caso 3: varón de 66 años natural de Mallorca. HTA. No antecedentes familiares de interés. Consulta en diciembre/06 por sdr constitucional, parestesias en guante y calcetín de 18 meses de evolución. EMG (previo): polineuropatía axonal predominio sensitivo moderada-severa. E. física: atrofia muscular severa con parestesias en guante y calcetín. Analítica con vit. B₁₂ y ácido fólico normales. RX tórax y TAC tóraco-abdominal normales. Ecocardiograma: hipertrofia concéntrica de VI, i. aórtica II/IV. EMG: polineuropatía axonal sensitivo-motora severa. Genética: portador heterocigoto de mutación Val30Met, detección de TTR Val30met por ELISA positivo. Biopsia rectal positiva para amiloide. Tratamiento sintomático-conservador. Estudio familiar: un portador asintomático.

Discusión. La PAF se ha incluido entre las enfermedades raras debido a su baja prevalencia. El foco endémico mallorquín es el quinto en el mapa epidemiológico mundial de la enfermedad precedido por Portugal, Japón, Suecia y Brasil. El trasplante hepático es actualmente el único tratamiento etiopatogénico de la PAF.

Conclusiones. La PAF es una entidad poco conocida y plurisintomática confundiendo a menudo con otras enfermedades siendo difícil su diagnóstico. El retraso diagnóstico suele ser habitual realizándose en ocasiones en estadios avanzados de la enfermedad.

V-177

PANCREATITIS AGUDA ALITIÁSICA EN UN SERVICIO DE MEDICINA INTERNA. RETROSPECTIVA DE 3 AÑOS

S. Lourenço, J. Figueira Coelho, A. Pires, P. Mendonça, C. Loureiro y A. Murinello

Servicio de Medicina I. Hospital de Curry Cabral. Lisboa, Portugal.

Objetivos. La pancreatitis aguda es una enfermedad con muchas fisiopatologías posibles. La mayoría de las veces se trata de una situación benigna, pero en ocasiones puede resultar de gran gravedad. El conocimiento de sus aspectos clínicos puede ayudar a mejorar la terapia.

Material y métodos. Estudio retrospectivo de los pacientes ingresados durante los años de 2004 a 2006 con diagnóstico de pancreatitis aguda en un servicio de Medicina Interna con 28 camas.

Resultados. De un total de 1123 ingresos 30 (2,7%) han sido de pacientes con diagnóstico de pancreatitis aguda alitiásica. La edad media de los pacientes fue de 51,3 años y la mayoría (63,3%) eran del sexo masculino. La duración media del ingreso fue de 8 días. El estudio de los factores etiológicos demostró una gran importancia del alcohol, ya que 63,3% de los pacientes tenían historia de un consumo moderado/elevado. En 3 pacientes se admitió una causa tóxica y en otros 3 causa metabólica (hipertrigliceridemia). En 10 pacientes se identificó al menos un episodio previo de pancreatitis. En el momento del ingreso la queja más frecuente era el dolor abdominal. El valor medio de amilasa era de 868 IU/L y de lipasa 1.323 IU/L. En la admisión todos los pacientes hicieron una ecografía abdominal en la que se identificó alguna alteración en un 50%. Durante el ingreso 53,3% de los pacientes hicieron una tomografía computada con contraste intravenoso para controlar la enfermedad. Las colecciones líquidas peripancreáticas fueron el hallazgo más común. La terapia incluyó ayuno, rehidratación intravenosa, analgésicos y, en el 30% de los casos, antibióticos. En cuanto al análisis de los criterios de Ranson 46,7% presentaban al menos 2 criterios en admisión, en cuanto que a las 48 h esa cifra se elevaba al 56,7%. Uno de los pacientes falleció y tres se mantuvieron en vigilancia por formación de pseudoquistos.

Conclusiones. El abordaje terapéutico de la pancreatitis sigue siendo, ante todo, de soporte, por lo que el diagnóstico precoz, el reconocimiento de los factores de riesgo y la vigilancia de las potenciales complicaciones sigue siendo esencial para el manejo más adecuado de estos pacientes.

V-178

LÍNEAS DE HARRIS Y ESTATURA EN RELACIÓN CON EL CONSUMO DE ALCOHOL DURANTE EL CRECIMIENTO

E. González Reimers, M. Durán Castellón, J. González Pérez, F. Santolaria Fernández, E. Rodríguez Rodríguez, A. Pérez Ramírez, J. Alvisa Negrín y R. Ros Vilamajó

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

Objetivos. Las líneas de Harris se observan como líneas transversales de mayor opacidad radiológica en la diáfisis de huesos largos. Aunque se discute su patogenia, clásicamente han sido interpretadas como indicadoras de un episodio de stress nutricional durante el crecimiento. A partir de observaciones anecdóticas, de las que se desprendería que podían haber un aumento de líneas de Harris en individuos que hubieran comenzado a beber alcohol antes de los 18 años, y basados en el conocido efecto inhibitorio del alcohol sobre el crecimiento óseo diseñamos el presente estudio con el objetivo de determinar si el consumo de alcohol durante la niñez/adolescencia se asociaba a menor estatura y/o a la aparición de líneas de Harris en la tibia derecha.

Material y métodos. Se practicó radiografía de tibia derecha a 175 individuos (en su mayoría pacientes ingresados o ambulatorios), determinando también la estatura. Se recogió en la anamnesis si habían bebido alcohol, cuándo habían empezado a hacerlo, si habían padecido durante la niñez/adolescencia hambre o alguna enfermedad prolongada.

Resultados. Los hombres que comenzaron a beber durante el crecimiento presentaron una talla más corta que aquéllos que no hicieron (t = 3,65, p < 0,001); las diferencias no fueron significativas en mujeres (t = 0,95). Ni la percepción de hambre durante el crecimiento ni la enfermedad se asociaron a diferencias en estatura. El consumo de alcohol durante el crecimiento se asoció significativamente a la presencia de líneas de Harris ($\chi^2 = 15$, p < 0,001, Odds ratio (OR) = 3,39, intervalo de confianza (IC) = 1,81-6,33), y esta asociación fue más marcada entre el hecho de tener 2 o más líneas de Harris y consumo de alcohol durante el crecimiento ($\chi^2 = 23,19$, p < 0,001, OR = 6,04, IC = 2,79-13,11) o 3 o más líneas ($\chi^2 = 15,93$, p < 0,001, OR = 7,41, IC = 2,47-22,21). El haber padecido hambre durante el crecimiento se relacionó también con 2 o más líneas ($\chi^2 = 4,66$, p = 0,031, OR = 2,055, IC = 1,065-3,965), pero no así la enfermedad. Mediante análisis multivariante se demostró que sólo el consumo de etanol durante el crecimiento se asoció a la presencia de líneas de Harris.

Conclusiones. El consumo de alcohol antes de cumplir 18 años de edad se asocia a la formación de líneas de Harris y a una menor estatura.

V-179

ESTUDIO DE FACTORES ASOCIADOS A LA PRESENCIA DE ENGROSAMIENTO PLEURAL EN UNA SERIE DE 92 PACIENTES CON DERRAME PLEURAL TUBERCULOSO

J. Sarrapio¹, C. Alemán¹, R. Segura², T. Soriano¹, E. Ruiz¹, J. Surinach¹, J. Alegre¹ y T. Fernández de Sevilla¹

¹Servicio de Medicina Interna, ²Bioquímica Clínica. Hospital General Vall d'Hebron - Área General. Barcelona.

Objetivos. Estudio de los factores clínicos, analíticos, microbiológicos y parámetros de inflamación aguda y su relación con la evolución a engrosamiento pleural residual (EPR) a los seis meses del diagnóstico de una serie de 92 pacientes diagnosticados de pleuritis tuberculosa.

Material y métodos. Se realizó un estudio prospectivo de 92 pacientes diagnosticados de pleuritis tuberculosa separados en tres grupos en función de la ausencia EPR, presencia de EPR leve (> 2 mm) o severo (EPR > 10 mm). El EPR fue definido por la presencia de un engrosamiento superior a 2 mm en la radiografía posteroanterior del tórax a nivel de la intersección de la pared lateral del tórax y del diafragma. Se consideró EPR severo si era superior a 10 mm. Se analizaron parámetros clínicos, microbiológicos y bioquímicos habituales (glucosa, proteínas, recuento celular diferencial, LDH y ADA). Además, se realizaron determinaciones de elastasa polimorfonuclear, factor de necrosis tumoral alfa (TNF- α), interleuquina 8 (IL-8), y factor de crecimiento transformante beta (TGF- β).

Resultados. El estudio incluyó 92 pacientes, de los cuales 48 no presentaban EPR (52,2%), 31 pacientes presentaban EPR leve (33,7%) y sólo 13 EPR severo (14,1%). El tamaño de derrame pleural, el cultivo del líquido pleural, la determinación de pH, glucosa, proteínas y LDH, número de leucocitos y linfocitos fueron similares en los tres grupos, no encontrándose diferencias estadísticamente significativas. Tampoco se hallaron diferencias significativas en los parámetros de inflamación aguda, elastasa, TNF-TNF- α , IL-8, TGF-TNF- β entre los diferentes grupos estudiados.

Conclusiones. 1) El engrosamiento pleural residual es una complicación frecuente del derrame pleural tuberculoso, aunque sólo presentan un EPR severo un 14,1% de los pacientes. 2) No se han encontrado diferencias clínicas, bioquímicas ni microbiológicas en los grupos estudiados. Tampoco se encontró ningún tipo de relación en los parámetros de inflamación aguda y la presencia de EPR.

Tabla 1. Factores asociados a EPR severo (V-179).

	No EPR	EPR leve	EPR severo	p
Elastasa	319	524,5	206,5	NS
TNF	159,3	148	147	NS
IL-8	116	63	54	NS
TGF	10433,4	12811,2	7342,8	NS

V-180

MORTALIDAD A LARGO PLAZO DE LOS PACIENTES INGRESADOS CON SÍNDROME DE ABSTINENCIA ALCOHÓLICA (SAA)

J. Campos¹, L. Roca¹, P. Barros¹, A. Acevedo², F. Gude² y A. González-Quintela¹

¹Servicio de Medicina Interna, ²Unidad de Epidemiología Clínica. Hospital Clínico Universitario. Santiago de Compostela, A Coruña.

Objetivos. Las formas graves de síndrome de abstinencia alcohólica (SAA) constituyen un problema frecuente en nuestra comunidad. Existen algunos datos acerca del pronóstico a corto plazo (mortalidad intra-hospitalaria) del SAA, pero no existen, en nuestro conocimiento, datos sobre el pronóstico vital a largo plazo de estos pacientes. Investigar el pronóstico vital a largo plazo de los pacientes que ingresan en el hospital con SAA.

Material y métodos. El estudio se basa en el análisis de una cohorte de 1265 individuos ingresados en el Complejo Hospitalario Universitario de Santiago entre 1996 y 2006 en cuyo informe de alta figura se el diagnóstico de SAA (incluye por tanto aquellos que ingresaron por el SAA como aquellos que lo desarrollaron durante el ingreso hospitalario por otro motivo). La edad mediana de los sujetos en el

momento del diagnóstico era 49 años (intervalo, 18-89 años). Un total de 1085 (85,8%) eran varones. El seguimiento mediano fue de 34 meses (intervalo 0-121 meses). Se analizó la supervivencia acumulada mediante curvas de Kaplan-Meier, utilizando el test *Log-rank* para comparaciones entre grupos. Para el análisis multivariante se empleó un modelo de riesgos proporcionales de Cox.

Resultados. Se observó una marcada mortalidad en la cohorte, siendo la supervivencia acumulada menor del 75% a los 5 años y menor del 50% a los 10 años en el global de la muestra. En un modelo multivariante, los factores basales asociados de forma positiva, significativa e independiente con mortalidad en la cohorte fueron la edad, el sexo masculino, la creatinina sérica, la bilirrubina sérica y la alteración del tiempo de protrombina. Las cifras séricas basales de transaminasas (AST y ALT) y de GGT no se asociaron con mortalidad en los pacientes con SAA.

Conclusiones. Los pacientes con SAA presentan una elevada mortalidad a medio-largo plazo. La disfunción hepatocelular y la disfunción renal son factores independientes de mortalidad en los pacientes con SAA.

V-181

SÍNDROME HEMOFAGOCÍTICO REACTIVO A LINFOMA: APORTACIÓN DE 2 CASOS

J. García-García¹, J. Ruiz Maciá², J. Gregori Colomé¹, I. González Cuello¹, I. Sánchez Rodríguez¹ y F. López García¹

¹Servicio de Medicina Interna, ²Servicio de Anatomía Patológica. Hospital de la Agencia Valenciana de Salud Vega Baja. Orihuela, Alicante.

Objetivos. El SHF es una entidad infrecuente caracterizada por histiocitosis reactiva con fagocitosis de elementos hematopoyéticos, acompañada por datos clínicos y paraclínicos de citopenia, linfadenopatías y hepatoesplenomegalia. Puede ser familiar o secundario a otras patologías. Aportamos 2 casos de SHF secundario a neoplasia linfóide.

Material y métodos. Caso 1. Mujer de 64 años con antecedentes de cardiopatía reumática. Ingresó por dolor abdominal y fiebre de 2 meses. Exploración: TA 90/60, T^a 37,9 °C. Auscultación cardíaca: soplo sistólico. Palpación abdominal dolorosa, sin visceromegalias. Hemograma: leucocitos 1420/mm³ (N 960), Hb 8,6 g/dL, plaquetas 17.000/mm³. Bioquímica: CA125 282 U/mL, FA 980 U/L, triglicéridos 312 mg/dL, ferritina 7696 mcg/L. Hemostasia: TP 43%, fibrinógeno 453 mg/dL. Hemocultivos negativos. Ecocardiografía normal salvo IM leve. Gastroscopia: atrofia vellositaria compatible con celiaquía. TC toraco-abdomino-pélico: derrame pleural derecho y dudosas adenopatías mesentéricas. Biopsia de médula ósea: hipocelular con presencia de un infiltrado histiocitario con hemofagocitosis, diseritropoyesis y micromegacariocitos todo compatible con un síndrome mielodisplásico hipocelular. Biopsia hepática: colangitis con infiltrados neutrofilicos. Durante todo el ingreso el paciente permaneció con fiebre, recibiendo tratamiento antibiótico y antifúngico de forma empírica. Ante la sospecha de un proceso autoinmune se inició tratamiento con prednisona a la dosis de 1 mg/kg/día e indometacina, persistiendo picos febriles ocasionales. Después de 2 meses de ingreso la paciente falleció por una neumonía por *Legionella*. La necropsia fue diagnóstica de un linfoma angiogénico NK tipo nasal esplénico y mesentérico (Eber +), con SHF secundario. Caso 2. Varón de 35 años, natural de Ecuador, con antecedentes de paludismo. Consultó por melenas, sensación distérmica, sudación nocturna, edema palpebral, disfonía y epistaxis de 10 días de evolución. Exploración: TA 90/40, T^a 39 °C, hipertrofia parotídea, edema palpebral y hepatomegalia. Hemograma: leucocitos 2.200/mm³ (N 1.070), Hb 7,2 g/dL, plaquetas 88.000/mm³. Bioquímica: LDH 1.200 U/L, ferritina 3.900 mcg/L, beta2microglobulina 7.070 U/L. Hemostasia: TP 30%, fibrinógeno 63 mg/dL. Gota gruesa: no hemoparásitos. Gastroscopia: lesiones petequeiales esofágicas y úlcus duodenal. El TC toraco-abdomino-pélico mostró múltiples focos de consolidación parenquimatosa pulmonar bilaterales, derrame pleural, hepatoesplenomegalia prominente sin LOEs y engrosamiento difuso de la pared del colon ascendente, transverso y descendente compatible con proceso linfomatoso con afectación pulmonar, intestinal y hepatoesplénica. Broncoscopia: carina ensanchada, no biopsiándose por coagulopatía. Durante el ingreso se evidenció una adenopatía retroauricular y subcutánea derecha; la PAAF

mostró unos linfocitos medianos con núcleos escotados con cromatina blástica y frecuentes mitosis; en la dermis habían infiltrados linfocitos perivascularmente y perianexiales con hemofagocitosis. El diagnóstico fue de un linfoma T angiocéntrico compatible con linfoma NK de tipo nasal. A los 10 días del ingreso, dos días después del diagnóstico anatómico-patológico, el paciente falleció.

Discusión. El SHF da lugar a una proliferación de linfocitos T activados y macrófagos con hemofagocitosis que afecta a médula ósea, ganglios, hígado, bazo y SNC y produce una activación incontrolada del sistema inmune con compromiso de los mecanismos defensivos frente a las infecciones. Se ha descrito una forma familiar o primaria y otra secundaria a infecciones, colagenosis, neoplasias y fármacos; en menos del 20% la etiología es maligna. El síndrome cursa con fiebre, visceromegalias, adenomegalias, exantema, ictericia, edemas, diátesis hemorrágica y encefalopatía y en las pruebas de laboratorio citopenias, hipofibrinogenemia, y aumento de transaminasas, bilirrubina, triglicéridos, ferritina, LDH y del receptor soluble de IL-2. En las formas secundarias, las medidas de soporte y el tratamiento de la enfermedad de base son lo fundamental. Cuando esto no es suficiente se inicia tratamiento con corticoides y etopósido. El pronóstico es malo en los pacientes con neoplasia y depende de la variedad histológica del tumor.

V-182

EL SOPORTE NUTRICIONAL EN EL ÁMBITO DE LA HOSPITALIZACIÓN A DOMICILIO

L. Chicharro¹, M. Planas¹, C. Pérez-Portabella¹, C. Vélez² y A. San José²

¹Unitat de Suport Nutricional, ²Hospitalització a Domicili. Hospital General Vall d'Hebron - Àrea General. Barcelona.

Objetivos. Analizar las características clínicas de los pacientes, atendidos en el domicilio por complicaciones específicas del soporte nutricional que reciben.

Material y métodos. Estudio descriptivo, observacional y retrospectivo de los pacientes atendidos por la Unitat de Suport Nutricional (U.S.N.), en el ámbito de la Hospitalització a Domicili (H. A. D), desde el 1 de Setiembre del 2006 hasta la actualidad. Se analizan las siguientes variables: nº ingresos; edad; sexo; nº episodios/paciente; enfermedad de base; tipo de soporte nutricional (SN) (enteral por sonda de ostomía o nutrición parenteral); motivo de atención; duración de ésta y procedimiento realizado. Adicionalmente, la comorbilidad asociada; la capacidad física y la de autosuficiencia mediante los índices de Charlson, Karnofsky y de Barthel, respectivamente.

Resultados. Se han analizado 147 ingresos correspondientes a 101 pacientes (media: 1,45 episodios/enfermo): 47 H/54 M; edad media: 76 ± 8 años (rango 22-93 años). 92 (91,1%) pacientes recibían SN por ostomía (de gastrostomía: 88 y de yeyunostomía: 4) y 9 (8,9%) nutrición parenteral en el domicilio. La enfermedad de base subyacente fué, entre los pacientes portadores de sonda de ostomía: patología neurológica degenerativa o secuelas de AVC en 85 (92,4%) pacientes; neoplasias de cabeza-cuello y tracto digestivo superior en 7 (7,6%) pacientes. Entre los pacientes con nutrición parenteral domiciliaria, 2 padecían citopatía mitocondrial; 3 pseudo-obstrucción intestinal crónica; 1 SIDA; 1 cirugía bariátrica complicada y 2 patología neoplásica diseminada con carcinomatosis peritoneal. El motivo que justificó la atención hospitalaria domiciliaria fué: en el 72,3% (73/101) de los pacientes, recambio de sonda de alimentación -urgente en 73,2% de las ocasiones y electiva en el 38,8% restante-; complicaciones infecciosas y/o metabólicas del SN en el 16,8% (17/101); adiestramiento del programa de nutrición parenteral domiciliaria en el 1,9% (2/101) y seguimiento nutricional en el 8,9% (9/101) restante. La duración media del ingreso en la H. A. D. fue de 3,7 ± 2,2 días (2,2 ± 1 días en los pacientes con nutrición enteral y de 5,2 ± 3,4 días en los de nutrición parenteral). El procedimiento médico realizado fué: en 87 de las ocasiones (59,8%), recambio de sonda de alimentación; en 6 (4,1%) cambio de pauta nutricional -enteral o parenteral-; en 4 de los episodios (2,7%) instauración de tratamiento antibiótico endovenoso; en 3 pacientes (2%) se indicó traslado al Servicio de Urgencias por la gravedad de la patología evidenciada: 1 TEP, 1 obstrucción intestinal y 1 deshidratación. En el 47 de los episodios restantes, la actuación médica fue de soporte. (asesoramiento y confirmación de praxis correcta en la administración del SN). El índice de comorbilidad de Charlson

medio fue de 1,3 puntos y los índices de Karnofsky y de Barthel medios de 62,5 y 40,3, respectivamente debiendo destacar que, entre los pacientes con nutrición parenteral éstos fueron de 1,6, 85, 83 respectivamente.

Discusión. Los pacientes que reciben SN enteral por sonda de ostomía o parenteral domiciliarias se caracterizan por presentar un alto grado de discapacidad que se les ocasiona evidentes dificultades de desplazamiento. El programa H. A. D. posibilita proporcionar, en el domicilio del paciente, los cuidados específicos del hospital.

Conclusiones. En los pacientes que reciben soporte nutricional, la atención hospitalaria domiciliaria permite resolver las complicaciones habituales del soporte nutricional enteral por sonda de ostomía y del parenteral evitando las visitas al Servicio de Urgencias así como las molestias inherentes al desplazamiento de los pacientes severamente discapacitados.

V-183

SEGURIDAD Y RENTABILIDAD DE LA BIOPSIA HEPÁTICA PERCUTÁNEA CON MARCADO ECOGRÁFICO EN PACIENTES CON HEPATITIS CRÓNICA VÍRICA E INFECCIÓN VIH

J. Campos Franco, R. López Rodríguez, N. Mallo González, R. Alende Sixto, A. González Quintela y J. Torre Carballeda

Servicio de Medicina Interna. Hospital Clínico Universitario. Santiago de Compostela, A Coruña.

Objetivos. La biopsia hepática continúa representando el gold standard para el estudio de las enfermedades hepáticas. Sin embargo, es una técnica no exenta de complicaciones aún en manos experimentadas. El objetivo del presente estudio es describir las complicaciones y el rendimiento diagnóstico de las biopsias hepáticas percutáneas con marcado ecográfico realizadas en pacientes con infección VIH y hepatitis crónicas víricas realizadas en un servicio de Medicina Interna.

Material y métodos. Durante el período 1995-2006 se realizaron en nuestro Servicio un total de 1.287 biopsias hepáticas percutáneas con marcado ecográfico de las cuales 103 (8%) correspondieron a pacientes con coinfección VIH y VHC, VHB o ambos. Se utilizó la técnica de Menghini con marcado ecográfico previo del lugar de punción efectuado por los mismos facultativos que realizaron la biopsia. Se recogieron las complicaciones mayores y menores habidas, y el rendimiento de la prueba (obtención o no de tejido hepático diagnóstico). **Resultados.** No hubo mortalidad en nuestra serie. No se registraron complicaciones mayores (hemorragias, punción de otras vísceras o hematomas hepáticos). Presentaron complicaciones menores (sincope vagal) dos pacientes (1,9%), todos ellos varones. En todos los casos se obtuvo material suficiente para el diagnóstico (rendimiento de la prueba 100%).

Conclusiones. La biopsia hepática percutánea con marcado ecográfico en los pacientes con hepatitis crónica vírica e infección VIH es un procedimiento con una elevada rentabilidad diagnóstica y una baja tasa de complicaciones en manos expertas.

V-184

TUMORES NEUROENDOCRINOS. CASUÍSTICA EN UNA UNIDAD DE ESTANCIA CORTA

J. Campos Franco, R. López Rodríguez, N. Mallo González, R. Alende Sixto, A. González Quintela y J. Torre Carballeda

Servicio de Medicina Interna. Hospital Clínico Universitario. Santiago de Compostela, A Coruña.

Objetivos. Los tumores neuroendocrinos son neoplasias relativamente infrecuentes. El objetivo de este estudio es analizar la frecuencia, forma de presentación, tipo y supervivencia de los pacientes con tumores neuroendocrinos diagnosticados en nuestra unidad.

Material y métodos. Se revisaron los informes de alta de los pacientes hospitalizados en nuestra unidad de estancia corta durante el período 1995-2006 con el diagnóstico de "tumor neuroendocrino". Se recogieron la edad, sexo, motivo de ingreso, presencia de metástasis hepáticas, tipo de tumor y supervivencia.

Resultados. Durante el período de estudio ingresaron en nuestra unidad un total de 9,606 pacientes de los cuales se diagnosticaron de tumores neuroendocrinos 13 pacientes (9 hombres, 4 mujeres) (0,1%), con una edad media de 61 años (rango 24-87 años). La estancia media fue de 9,5 días (rango 3-26 días). El motivo de consulta en 11

pacientes (85%) era dolor abdominal y síndrome general. En el momento de realizar este estudio todos los pacientes excepto uno habían fallecido (mortalidad 92%). La supervivencia media tras el diagnóstico fue de 240 días (rango 25-930 días). El diagnóstico se obtuvo por biopsia hepática en 12 de los 13 pacientes (92%). Respecto al origen del tumor, en ocho casos el origen era pancreático, en tres casos pulmonar; en los restantes el origen era intestinal y gástrico.

Conclusiones. Los tumores neuroendocrinos representaron una causa infrecuente de ingreso en nuestra unidad. Destacar que 12 de los 13 pacientes presentaban metástasis hepáticas múltiples en el momento del diagnóstico, lo cual probablemente se asocie con la elevada mortalidad observada en esta pequeña serie.

V-185

PREVALENCIA E HISTORIA NATURAL DE LA NEFROPATÍA INDUCIDA POR CONTRASTE EN PACIENTES INGRESADOS. RELACIÓN CON PARÁMETROS ANALÍTICOS

A. Moreno Fernández¹, J. Del Valle Gutiérrez¹, V. Gracia Lorenzo¹, J. Rodríguez López¹, B. Otero Perpiñá¹ y J. Flordelis la Sierra²

¹Servicio de Medicina Interna, ²Servicio de Medicina de Cuidados Intensivos. Hospital 12 de Octubre. Madrid.

Objetivos. Conocer la prevalencia de la nefropatía inducida por contraste (NIC) en pacientes hospitalizados, encontrar factores favorecedores y establecer la utilidad de determinadas terapéuticas profilácticas recomendadas.

Material y métodos. Se incluyeron en el estudio pacientes ingresados en el Servicio de Medicina del Hospital 12 de octubre sometidos a una técnica radiológica con empleo de contraste intravenoso. En todos los pacientes recogimos los antecedentes, las constantes vitales, la analítica elemental y el electrocardiograma el día de la técnica, a las 24 y 72 horas después. Calculamos la tasa de filtración glomerular mediante la fórmula de Cockcroft-Gault. Los criterios de nefropatía por contraste (NIC) fueron elevación de 0,5 mg/dl en la creatinina sérica (o elevación > 25% de la creatinina basal) en las primeras 72 horas de la exposición al contraste, sin otra causa que lo justifique. Para el análisis de datos empleamos el SPSS.

Resultados. Incluimos de forma consecutiva 44 pacientes. La edad media del grupo fue de 68 años, con predominio ligero de varones, ligero sobrepeso e hiperglucemia sin otras alteraciones relevantes. La prevalencia de NIC fue del 22,7%. Fue mayor en los pacientes diabéticos ($p = 0,042$) y en los que tuvieron IMC elevado (0,002), hiperuricemia (0,045) o hematuria ($p = 0,007$) basal y similar para el resto de variables. En los pacientes con NIC el recuento plaquetario (0,004) y el potasio sanguíneo (0,008) fueron menores y la eliminación de potasio a las 24 y 72 horas fue significativamente menor. El porcentaje de NIC con hidratación oral (30%) fue superior al encontrado con hidratación intravenosa (16,6%) aunque las diferencias no fueron significativas ($p = 0,472$). También el porcentaje con contraste no iónico (25,9%) fue mayor que el que se observó con contraste iónico (16,7%) pero las diferencias tampoco fueron significativas ($p = 0,702$). A las 72 horas, las medias de creatinina en pacientes con y sin nefropatía fueron similares, indicando que este trastorno es reversible a corto plazo.

Discusión. La frecuencia de nefropatía por contraste en nuestro grupo es similar a la reseñada en la literatura. Suele ser un problema reversible aunque puede conllevar cierta problemática. Ciertos factores se asocian con su desarrollo como la DM, el índice de masa corporal elevado (obesidad), la hiperuricemia, la hematuria previa y el recuento de plaquetas disminuido. Por tanto, cuando estén presentes en los pacientes seremos extremadamente cautelosos al realizar la técnica. Es importante señalar que algunos de ellos no han sido previamente descritos en la literatura. El trastorno fue menos frecuente, sin significación estadística, probablemente por el escaso número de pacientes, en los pacientes que recibieron hidratación con suero y usaron contrastes no iónicos. Por tanto, recomendamos instaurar dichas terapéuticas sobre todo en los pacientes con las alteraciones relacionadas con el trastorno. Llama la atención la ausencia de asociación con la insuficiencia renal previa, sugiriendo que cuando esta es leve la administración de contraste es inocua. No encontramos explicación clara para las alteraciones encontradas en la eliminación de potasio.

Conclusiones. La frecuencia de NIC es una alteración prevalente en población hospitalizada, sobre todo en presencia de ciertas situacio-

nes de riesgo (diabetes, obesidad...) por lo que en su presencia se debería extremar las precauciones. La hidratación y el empleo de contrastes no iónicos parecen disminuir el problema, por tanto serían siempre recomendados, sobre todo en presencia de factores de riesgo asociados. Son necesarios estudios futuros para conocer mejor este problema y descubrir medidas capaces de minimizarlo.

V-186

INFARTO RENAL AGUDO: UNA ENTIDAD INFRADIAGNOSTICADA CON PRONÓSTICO INCIERTO

P. Safont, E. López, X. Robert, P. Wikman, A. Martínez, M. Botas, M. Toledano y R. Andrés

Servicio de Medicina Interna. Hospital Universitari Sant Joan d'Alacant. Sant Joan d'Alacant, Alicante.

Objetivos. Analizar los casos de infarto renal atendidos en nuestro centro para poder establecer los aspectos que puedan ayudar a distinguir entre las dos causas principales (cardioembólico/aterotrombótico), con el fin de poder aplicar el tratamiento correcto en cada caso. **Material y métodos.** Hemos realizado una revisión de los casos de infarto renal en nuestro hospital desde el año 2000 hasta 2007, dividiéndolos según su origen cardioembólico (con fibrilación auricular) y aterotrombótico (con signos de vasculopatía aterosclerótica).

Resultados. Hemos encontrado 11 casos durante este período. La media de edad era 68,5 años, y el síntoma principal fue el dolor abdominal en 5 casos (45,5%), en los otros 6 pacientes el infarto renal supuso un hallazgo casual. 7 pacientes (63%) presentaron fallo renal, y en otros 7 casos se evidenció elevación de la LDH por encima de 400. El diagnóstico se estableció por TAC en 9 pacientes (1 de ellos se sospechó previamente con Eco-Doppler), gammagrafía renal en 1, y en otro caso se alcanzó por arteriografía. Se estableció un origen cardioembólico en 5 pacientes (los que presentaban fibrilación auricular o lesiones de válvula mitral), aterotrombótico en 4 (diagnosticados de vasculopatía aterosclerótica, habiendo presentado otros eventos isquémicos), secundario a traumatismo abdominal en un caso y disección aórtica en otro. Se aplicaron distintos tratamientos: anticoagulación en 7 pacientes y cirugía vascular en un caso, el cual había presentado una disección aórtica. En 3 pacientes se recurrió a tratamiento específico para su patología de base, sin que fuera preciso administrar anticoagulación. El pronóstico fue favorable en 8 pacientes y 2 fallecieron. Se desconoce la evolución de un caso.

Discusión. El infarto renal agudo es una entidad raramente descrita en la literatura. Su origen es embólico, bien secundario a fibrilación auricular, o bien a la ruptura de placas de ateroma. Su tratamiento difiere según su etiología: en el primer caso se debe recurrir a la anticoagulación, mientras que en el segundo son útiles las estatinas y los corticoides. Establecimos dos grupos: uno formado por los pacientes con etiología cardioembólica y el otro por los casos con vasculopatía aterotrombótica, no encontrando diferencias en cuanto al sexo, edad o datos de laboratorio. Siete pacientes recibieron tratamiento anticoagulante (4 del primer grupo y 3 del segundo), ya que en un principio no se sospechó en ningún caso la etiología aterotrombótica. Encontramos diferencias relevantes relacionadas con el pronóstico: sobrevivieron los 5 pacientes del primer grupo, mientras que 2 pacientes del segundo fueron éxitos. **Conclusiones.** El infarto renal agudo es una entidad a menudo infradiagnosticada. Es importante un alto nivel de sospecha en todo paciente anciano con dolor abdominal, hematuria, elevación de la LDH y disfunción renal, y no se debe anticoagular sin haber descartado previamente el origen aterotrombótico. Por ello resulta de gran importancia establecer la etiología de forma adecuada, ya de ella va a depender tanto la actitud terapéutica como el pronóstico.

V-187

PACIENTES DIAGNOSTICADOS DE AGUDIZACIÓN DE EPOC INGRESADOS EN MEDICINA INTERNA

E. Mena, G. Donaire, J. Navarro, J. Recio, J. Suriñach, J. Alegre, A. Segura y T. Fernández de Sevilla

Servicio de Medicina Interna. Hospitals Vall D'hebron. Barcelona.

Objetivos. 1) Conocer el porcentaje que suponen los ingresos por agudización de EPOC respecto al total de ingresos en una planta de medicina interna en nuestro medio. 2) Conocer las características clínicas y de comorbilidad de los pacientes diagnosticados de agudización de

EPOC ingresados en un Servicio de Medicina Interna. 3) Conocer la tasa de reingresos y las características de dichos pacientes.

Material y métodos. Estudio descriptivo en el que se revisan las altas de pacientes ingresados en nuestro Servicio de Medicina Interna, entre el 1 septiembre de 2006 y el 31 de diciembre de 2006, y se seleccionan los que presentan diagnóstico al alta de agudización de EPOC. Se analizan las características epidemiológicas (edad, sexo), estadio de EPOC según la clasificación GOLD, comorbilidad: anemia (definida por Hb < 12 g/dl.), insuficiencia renal crónica (definida por una creatinina > 1,3 mg/dl) y diabetes mellitus. Se analizan también ingresos previos por agudización de EPOC (tres meses previos), así como los reingresos en los 3 meses posteriores al alta.

Resultados. Se revisan los diagnósticos al alta de un total 243 enfermos, 17 de los cuales presenta diagnóstico de agudización de EPOC (7%). En cuanto a las características epidemiológicas presentaban una edad media de 75 años, y un 94,5% eran varones (16 de 17). Respecto a la clase funcional, se encontraban en estadio II de la GOLD, 3 de los 17 pacientes (17,6%), en estadio III se encontraban 4 pacientes (23,5%) y 8 de los 17 presentaban un estadio IV (47%). En el caso de dos pacientes no se recogían estos datos en la historia clínica. En cuanto a la comorbilidad, presentaban anemia 6 de los 17 pacientes (35%), 4 de los 17 tenían insuficiencia renal crónica (23,5%) y estaban diagnosticados de diabetes mellitus 4 pacientes (23,5%). En cuanto a los ingresos previos habían ingresado 7 de 17 pacientes (41,1%), 8 no habían ingresado y de 2 de los pacientes no conocemos ingresos previos. En los tres meses posteriores al alta (entre diciembre de 2006 y marzo de 2007) habían reingresado un total de 4 pacientes (23,5%). De éstos 3 se encontraban en estadio IV de la GOLD y 1 en estadio II. La mitad de ellos presentaba anemia, así como insuficiencia renal que se mostró en el 50% de ellos. Sólo 1 paciente de estos 4 estaba diagnosticado de diabetes mellitus. Ningún paciente fue éxito durante el ingreso ni en los tres meses posteriores.

Conclusiones. 1) La agudización de EPOC supuso un 7% del total de ingresos en una planta de medicina durante el período de tres meses estudiado. 2) Las características obtenidas nos muestran un paciente varón de edad avanzada en estadio IV de la GOLD. 3) De entre las tres comorbilidades estudiadas la que más frecuentemente apareció en nuestros enfermos fue la presencia de anemia que se encontró en un 35%, mientras que la insuficiencia renal y la diabetes se asociaron en un 23,5%. 4) El porcentaje de ingresos en los 3 meses previos fue elevado (41%). 5) El porcentaje de reingresos en los 3 meses siguientes fue de 23,5%, en los que encontramos un porcentaje mayor que en el total de estadio IV de la GOLD, una frecuencia mayor de anemia e insuficiencia renal y menor frecuencia de diabetes mellitus.

**V-188
FACTORES PRONÓSTICOS EN EL CÁNCER DE ORIGEN DESCONOCIDO**

M. Fernández Cotarelo¹, J. Guerra Vales¹, J. Llenas García¹, M. Fernández Ruiz¹, F. Colina² y J. De la Cruz³

¹Servicio de Medicina Interna, ²Servicio de Anatomía Patológica, ³Unidad de Epidemiología Clínica. Hospital 12 de Octubre. Madrid.

Objetivos. Analizar los factores pronósticos de supervivencia en el cáncer de origen desconocido.

Material y métodos. Estudio de cohortes retrospectivo de los casos codificados como Cáncer de Origen desconocido por el Registro de Tumores del Hospital Universitario 12 de octubre entre el 1 de enero de 1999 y el 31 de diciembre de 2003.

Resultados. Se analizaron 308 pacientes con cáncer de origen desconocido en el período de cinco años estudiado. 198 pacientes (64,3%) eran varones, y la edad media fue de 68,2 años (rango 32-98). La mediana de supervivencia global fue de 2,1 meses (IC 95% 1,7-2,6), y la probabilidad de supervivencia fue de 31,4% a los seis meses del diagnóstico (IC 95% 25,7-37,1) y del 21,7% al año (IC 95%: 16,5-26,9). La edad mayor de 70 años al diagnóstico se asoció a un peor pronóstico (*Hazard ratio* 1,3, IC 95% 1,0-1,8, p < 0,05), así como la afectación de dos o más órganos por el tumor (HR 1,3, IC 95% 1,1-1,8, p < 0,05). No se encontraron diferencias en cuanto al sexo del paciente. La presentación clínica como adenopatías se asoció a un mejor pronóstico, así como la histología de carcinoma epidermoide (p > 0,05). Los niveles elevados de fosfatasa alcalina, albúmina y los marcadores tumorales CEA, CA 19,9 y CA 15,3 se asociaron a un peor pronóstico (HR 1,8, 1,9, 1,5, 1,7 y 2,4, respectivamente, p < 0,05). Recibir cualquier tipo de tratamiento incrementó significativamente la supervivencia en todas las histologías y todas las presentaciones clínicas (HR 0,38, IC 95% 0,22-0,65). Otros factores analizados (afectación hepática o pulmonar, niveles de LDH) no influyeron en la supervivencia.

Discusión. El cáncer de origen desconocido se asocia a una pobre supervivencia, peor en pacientes no seleccionados procedentes de Registros de Tumores, como en este trabajo. Se han confirmado factores pronósticos conocidos (edad, extensión tumoral, histología, presentación clínica, tratamiento) y se han identificado factores nuevos (marcadores tumorales) cuya interpretación clínica está por conocer.

Conclusiones. El análisis de los casos de cáncer de origen desconocido permite identificar factores pronósticos de supervivencia en estos pacientes, ayudando así al planteamiento diagnóstico y terapéutico de cada caso.

**V-189
INFLUENCIA DEL SEXO Y LA EDAD EN LA ESTIMACIÓN SUBJETIVA DEL PESO**

M. González Sanz¹, A. Azcárate Villalón², S. Ibañez del Agua³ y C. Suárez Fernández²

¹Servicio de Medicina Interna, ²Servicio de Endocrinología, ³Servicio de Dermatología. Hospital Universitario de la Princesa. Madrid.

Objetivos. Determinar la influencia del sexo y la edad en la estimación subjetiva del peso de nuestros pacientes.

Material y métodos. Estudio transversal en 92 pacientes, ingresados en el Sº de Medicina Interna-Infecciosas del Hospital Universitario de la Princesa. Criterio de inclusión: que el paciente pudiera mantenerse de pie, sin ayuda, sobre una báscula convencional. El peso se expresó en kilogramos. Se realizaron 3 estimaciones de peso: subjetiva por cada uno de los 3 investigadores, tras inspeccionar al paciente; referida por el propio paciente; objetiva mediante báscula (peso real). Para medir la discrepancia comparamos las medias de pesos estimados tanto por los tres investigadores como por el propio paciente con

Tabla 1. (V-189).

	Muestra	Diferencia peso	IC95%	p
< 60 años n = 14	A-PR	-2,22 ± 12,23	(-9,28; 4,84)	0,509
	B-PR	-2,01 ± 11,34	(-8,55; 4,54)	0,519
	C-PR	0,85 ± 8,42	(-4,01; 5,77)	0,712
	Pac-PR	0,46 ± 6,55	(-3,32; 4,24)	0,798
60-80 años n = 18	A-PR	0,60 ± 10,64	(-4,68; 5,89)	0,812
	B-PR	-0,72 ± 7,82	(-4,61; 3,16)	0,698
	C-PR	-2,39 ± 8,79	(-6,76; 1,97)	0,264
	Pac-PR	0,35 ± 4,05	(-1,73; 2,43)	0,729
> 80 años n = 18	A-PR	0,51 ± 7,11	(-3,02; 4,05)	0,764
	B-PR	-3,21 ± 7,66	(-7,02; 0,59)	0,093
	C-PR	-3,98 ± 5,41	(-6,67; -1,30)*	0,006*
	Pac-PR	-0,47 ± 3,90	(-2,54; 1,61)	0,638

el peso real mediante una *t* de Student para datos apareados. Se estratificaron los pacientes en tres grupos de edad y por sexo.

Resultados. De entre los 92 pacientes 50 (54,34%) IC (43,62; 65,07) cumplían criterios de inclusión. La edad media era de 70,34 ± 16,59 (33-95). Se estratificó en tres grupos de edad: < 60 años, n = 14, edad media = 64,22 ± 20,41; 60-80 años, n = 18, edad media = 63,84 ± 16,02; > 80 años, n = 14, edad media = 67,27 ± 14,83 (tabla I). En cuanto al sexo, contábamos con 24 varones (48%). El sexo tampoco mostraba ninguna influencia estadísticamente significativa con respecto al peso estimado de manera subjetiva.

Discusión. A pesar de que el sexo y la edad son dos variables por la que hay que corregir en la interpretación de cualquier resultado, en el caso de la estimación subjetiva de peso, no hemos encontrado influencia alguna.

Conclusiones. Aunque la estimación de peso no es una práctica clínica adecuada, debemos saber que la edad o el sexo de nuestros pacientes no interfiere en la estimación del peso.

V-190

DIVERTÍCULOS DUODENALES: REVISIÓN DE 28 CASOS
M. Botas Velasco, J. Robert Gates, M. Matarranz del Amo, P. Safont Gasó, M. Gracia Ruiz de Alda, A. Martínez Baltanás, P. Wikman Jorgensen y J. Merino Sánchez
Servicio de Medicina Interna. Hospital Universitario Sant Joan d'Alacant. Sant Joan d'Alacant, Alicante.

Objetivos. Analizar las características epidemiológicas y clínicas de los pacientes ingresados con divertículos duodenales, en el Hospital Universitario de San Juan de Alicante en los últimos 10 años, así como las complicaciones que presentaron y su posterior evolución.
Material y métodos. Hemos revisado la historia clínica de los pacientes con diagnóstico de divertículo duodenal al alta y analizado sus características clínicas, patología asociada y complicaciones.

Resultados. En los últimos 10 años, hemos diagnosticado 28 pacientes con divertículos duodenales. El 53% eran varones y el 47% mujeres con una edad media de 78 años. En el 75% de los casos los divertículos estaban localizados en la segunda porción del duodeno, el 17% en la tercera y el 14% en la primera porción. El 14% de los casos (4 pacientes) resultaron asintomáticos, ya que habían ingresado por otra patología y fue un hallazgo casual. El 86% (24 pacientes) presentaban complicaciones digestivas asociadas, en su mayor parte de la vía biliar (78%, 22 pacientes): colédocolitiasis (6 casos), colelitiasis (6 casos), colangitis (3 casos) y colelititis aguda (3 casos). La pancreatitis aguda recidivante se observó en el 28% de las complicaciones (8 casos). En un caso la clínica de presentación fue masa abdominal a estudio. El 3,5% de los pacientes presentó un episodio de diverticulitis aguda, con respuesta favorable al tratamiento médico. En un alto porcentaje hemos encontrado otras patologías digestivas asociadas; el 39% presentaban hernia de hiato, el 36% divertículos colónicos y el 17% úlcus péptico. El 14% de los casos presentaban patología neoplásica de origen digestivo.

Discusión. Los divertículos duodenales son formaciones saculares. El duodeno es el lugar más frecuente para desarrollo de divertículos de todo el tubo digestivo, después del colon. Su incidencia es menor del 6% en la práctica clínica, aunque en series de autopsias llega al 23%. Su localización más frecuente es el borde medial del duodeno, en la segunda o tercera porción, sobre todo alrededor de la papila mayor. Su tamaño suele ser de 1 a 5 centímetros, aunque pueden alcanzar los 10 cm. Es frecuente su asociación a otras patologías del tracto digestivo, como los divertículos colónicos, hernia de hiato y úlcera péptica. En la mayor parte de los casos, son asintomáticos y su diagnóstico es casual. La sintomatología que más frecuentemente refieren es el dolor abdominal postprandial epigástrico precoz. Las complicaciones son infrecuentes, menos del 5% de los casos. Las más frecuentes son las de vía biliar, las hemorrágicas por ulceración de la mucosa, la diverticulitis y la pancreatitis aguda y crónica. El diagnóstico se basa principalmente en el tránsito con bario, la endoscopia digestiva alta y TAC con contraste. El tratamiento definitivo es la diverticulectomía, aunque en menos del 1% de los casos es necesario.

Conclusiones. Los divertículos duodenales son, por su clínica inespecífica, una patología infradiagnosticada. Las complicaciones de la

vía biliar (26 episodios en 22 pacientes), en nuestra serie, son más frecuentes que lo descrito en la literatura, probablemente en debido a que sólo hemos analizado pacientes ingresados. En los pacientes que acuden por dolor abdominal, debemos descartar la presencia de divertículos duodenales, aún cuando otra patología como colelitiasis esté presente. En el diagnóstico diferencial de masa abdominal, deberíamos incluir los divertículos duodenales, aunque la frecuencia de esta presentación sea muy baja.

V-191

RABDOMIÓLISIS

M. Freire Romero, S. Fernández Conde, P. Barros Alcalde, L. Roca Pardiñas, N. Mallo González y A. Van den Eynde Collado

Servicio de Medicina Interna. Hospital Clínico Universitario. Santiago de Compostela, A Coruña.

Objetivos. Revisar los casos de rhabdomiolisis registrados en nuestro servicio de MIR durante el año 2005.

Material y métodos. Revisión de los pacientes ingresados entre los meses de enero y diciembre de 2005 que presentaron rhabdomiolisis; mostrando las características epidemiológicas de dicho trastorno, su relación con el desarrollo de potenciales complicaciones como la insuficiencia renal y otros trastornos que pueden comprometer la vida del paciente.

Resultados. Se realiza el estudio de 9 pacientes ingresados en el servicio de Medicina Interna por distintas causas y que desarrollan rhabdomiolisis durante su hospitalización, entendiendo como tal la elevación de CK superior a cinco veces el valor normal. 5 de los pacientes eran varones y 4 mujeres, y la edad media de presentación era de 70 años, con un rango comprendido entre los 46 y los 86 años. Los factores desencadenantes fueron: hipotiroidismo, intoxicación etílica, intoxicación farmacológica, convulsión, hipotermia, inmovilización prolongada y sepsis, siendo ésta una de las causas comunes a varios de los casos. Los valores medios de CK fueron de 4742, con un rango comprendido entre 455 y 21483. Las alteraciones electrolíticas más comúnmente asociadas fueron la hiperkalemia, hipocalcemia, hiperfosfatemia y la acidosis metabólica. 7 de los 9 pacientes desarrollaron insuficiencia renal, recuperándose posteriormente la función renal en 8 de ellos con medidas conservadoras; en uno fue precisa la realización de diálisis. A lo largo de su ingreso dos de ellos precisaron continuar el tratamiento en la UCI y solamente un caso resultó éxitus por sepsis y fallo multiorgánico.

Discusión. La rhabdomiolisis se define como un síndrome clínico y bioquímico derivado de una gran variedad de enfermedades genéticas y adquiridas, originado por una lesión en el tejido muscular que a su vez daña la integridad del sarcolema del músculo esquelético, liberándose el contenido de la célula muscular a la circulación (principalmente CK y mioglobina). Es un síndrome de presentación variable y que conlleva al desarrollo de insuficiencia renal en un gran porcentaje de los casos, generando en ocasiones una elevada mortalidad. Las complicaciones son variadas y potencialmente fatales: fallo cardíaco y arritmias, síndrome compartimental, coagulación intravascular diseminada e insuficiencia renal aguda. El tratamiento debe ir encaminado a prevenir la insuficiencia renal, ya que es el factor pronóstico más importante. Se debe iniciar una corrección precoz y enérgica de la volemia, alcalinizar la orina hasta conseguir un pH urinario superior a 6'5 y emplear diuréticos de asa u osmóticos para evitar la precipitación de la mioglobina en los túbulos renales.

Conclusiones. Existen innumerables agentes descritos como factores potencialmente causantes de rhabdomiolisis, debiendo realizar control estricto de la función renal en los pacientes afectados, así como de las principales alteraciones electrolíticas asociadas. En nuestra serie, el sexo más frecuentemente afectado es el masculino y la causa más comúnmente observada es la sepsis. Hemos objetivado evolución hacia insuficiencia renal en la mayoría de los casos, generalmente con recuperación completa posterior a pesar de necesitar medidas de soporte en uno de los pacientes. El objetivo principal es realizar una correcta hidratación y evitar desarrollo de complicaciones que lleguen a amenazar seriamente la vida del paciente.

V-192

APARICIÓN DE HERNIAS EN EL CIRRÓTICO: UNA SEÑAL DE ALARMA PARA EL PACTO ENTRE INTERNISTA Y CIRUJANO: CIRUGÍA ELECTIVA/HEPATOPATÍA COMPENSADA

B. Consola Maroto, S. Montull Morer, A. Soler Sendra, J. Padrós Bou, M. Mijana Casanovas y E. Llargués Rocabrana
Servicio de Medicina Interna. Hospital General de Granollers. Granollers, Barcelona.

Objetivos. Se ha descrito un aumento significativo de complicaciones tras la cirugía abdominal en los pacientes con cirrosis hepática, tanto en cirugía programada como de urgencias. Es por ello que hemos analizado la evolución de las reparaciones herniarias en pacientes cirróticos **Material y métodos.** Estudio retrospectivo de una cohorte de pacientes cirróticos, intervenidos de hernia inguinal, umbilical, o ambas, en un hospital general durante un período de 5 años (2001-2005). Se recogieron los datos demográficos, comorbilidad, tipo de hernia a intervenir y tipo de intervención (electiva o urgente). Se evaluó en el pre y postoperatorio la existencia de descompensación de la hepatopatía en cuanto a parámetros clínicos y analíticos, así como la evolución clínica y la aparición de complicaciones en el peroperatorio y durante los 3 meses postintervención.

Resultados. Se realizó hernioplastia a un total de 13 pacientes (2 M/11 H) afectos de cirrosis hepática (38% alcohólica, 23% VHC + alcohol, 15% VHC, 24% otras) con una edad media de 63 + años (rango: 43-78 a.). En un 85% (11/13) se trataba de hernia inguinal y en un 15% (2/13) de hernia umbilical. La indicación fue de cirugía electiva en 10 pacientes y urgente en tres. En todos los casos se hizo hernioplastia con malla peritoneal. Hubo complicaciones postcirugía en 4 casos (30,7%). En dos de tres casos (75%) con ascitis previa a la intervención hubo complicaciones. En el primer caso fueron: persistencia de la ascitis, HDA grave, encefalopatía, insuficiencia renal y fallecimiento a 4º día. En el segundo caso, reaparición de ascitis y encefalopatía con fallecimiento a los dos meses. En los pacientes sin ascitis previa a la intervención se complicaron 2/11 (18%), uno por aparición de PBE por enterococo y strep. Milleri al décimo día y otro por recidiva de la hernia a los 3 meses.

Discusión. La reparación de hernias abdominales en los pacientes con cirrosis hepática presentó un índice de complicaciones del 31%, porcentaje que se elevó al 75% cuando la intervención se practicó de urgencia y con la presencia de ascitis preintervención. Sólo hubo fracaso de la hernioplastia en un caso (7,6%), el resto de complicaciones se asociaron a descompensación de la hepatopatía. La mortalidad fue del 15,3% por problemas asociados con la hepatopatía y siempre en los casos intervenidos de forma urgente y con ascitis previa. Por todo ello, se recomienda la reparación de las hernias, previa estabilización de la hepatopatía.

Conclusiones. 1) La gran mayoría de intervenciones de hernias abdominales se realizan de forma electiva y en pacientes con cirrosis no descompensada, con buenos resultados al compararlo con otras series. 2) A destacar la importancia del tratamiento de la descompensación previa a la intervención: Aquellas hernioplastias de urgencia y con hepatopatía descompensada tienen peor pronóstico y es necesaria la cooperación estrecha entre internistas y cirujanos.

V-193

EL LEGADO DEL URANIO EMPOBRECIDO: HALLAZGOS ECOGRÁFICOS

A. Rodríguez Sánchez¹, F. Jódar Morente¹, L. Alcalá Mata², J. Trujillo¹, V. Navarro¹, M. Almenara¹, F. Molina¹ y N. Marín¹

¹Servicio de Medicina Interna, ²Servicio de Radiodiagnóstico. Hospital Universitario Médico-Quirúrgico. Jaén.

Objetivos. Evaluación de los hallazgos ecográficos de 53 ex-trabajadores de la Fábrica de Uranio de Andújar (1959-1981) para tratar de resolver las incertidumbres persistentes respecto a los riesgos que para la salud hayan podido derivarse de la inhalación y eventual ingestión de toneladas de polvo con uranio empobrecido.

Material y métodos. Análisis de los hallazgos ecográficos de una cohorte homogénea de 53 ex-trabajadores de minería como parte del protocolo elaborado por un comité de expertos y aplicado por un equipo de clínicos según lo acordado entre el Ministerio de Trabajo del Estado y la Consejería de Salud Andaluza. Grupo control forma-

do por 50 exploraciones ecográficas elegidas al azar de pacientes ambulatorios con una media de edad similar al grupo caso. Test de chi-cuadrado para una significación de 0,05.

Resultados. Probabilidad de que las diferencias sean debidas al azar: alteraciones hepáticas en general (0,36), quistes hepáticos (0,36), granulomas hepáticos (0,42), LOES hepáticas (0,48), alteraciones portales (1,00), alteraciones de la vesícula (1,00), alteraciones de bazo (0,43), alteraciones renales de cualquier etiología (0,27), quistes renales (0,11), alteraciones intestinales (0,62).

Discusión. Tras el estudio comparativo de las cohortes uranio-control, no hemos encontrado diferencias que nos permitan afirmar que los hallazgos descritos no sean fruto más que del azar. A pesar de todo, el haber utilizado un grupo control de pacientes a los que ya se les presupone alguna patología, lo que motiva la indicación de la prueba, puede haber influido en estos resultados. Dado que creemos que la exposición a polvo de uranio, probablemente radioactivo, no debe ser inocua para la función celular, será necesario un estudio más detallado que confirme o desmienta estos resultados preliminares.

Conclusiones. No hemos detectado diferencias significativas entre ambas cohortes respecto a: alteraciones hepáticas de cualquier naturaleza, quistes hepáticos, granulomas hepáticos, LOES hepática, alteraciones portales, alteraciones de la vesícula de cualquier naturaleza, alteraciones de bazo, alteraciones renales y alteraciones intestinales.

V-194

UN AÑO DE HOSPITALIZACIÓN DOMICILIARIA EN UN HOSPITAL COMARCAL

C. Escrich Monfort, E. Rodado Alabau, E. Chamorro Martí, M. Cardona Ribera, A. Ortí Llavera, L. Castro Vélez, J. Martínez Senmartí y D. Bofill i Montoro

Servicio de Medicina Interna. Hospital de Tortosa Verge de la Cinta. Tortosa, Tarragona.

Objetivos. Descripción de las características de los pacientes usuarios de este servicio. Conocimiento de la procedencia de los mismos al servicio de Hospitalización Domiciliaria. Identificación de las patologías que más frecuentemente se tratan en nuestro servicio.

Material y métodos. Se trata de un estudio descriptivo, longitudinal y retrospectivo que incluye a todos los paciente ingresados en Hospitalización Domiciliaria durante el período comprendido entre noviembre de 2005 y noviembre de 2006. Las variables recogidas fueron la edad y el sexo de los pacientes, la unidad a través de la cual accedían a nuestro servicio, las comorbilidades que presentaban, el diagnóstico por el que ingresaban y los días de ingreso domiciliario. **Resultados.** Durante este período de tiempo se registraron 192 ingresos, 8 de los cuales fueron pacientes que ya habían ingresado en otra ocasión, 5 de ellos por diferente causa. El 59% de los pacientes eran hombres y la edad media fue de 69 años [17-95 años]. Los pacientes accedieron al servicio a través de Urgencias (56%), de las unidades de hospitalización convencional (34%), de la consulta de Atención Inmediata (8%) y de Atención Primaria (2%). El 55% de los pacientes ingresados tienen comorbilidad asociada, principalmente HTA, EPOC, DM y cardiopatía. Los diagnósticos más frecuentes de ingreso fueron los de reagudización de EPOC (33%) y neumonía (23%), seguidos de descompensación de Insuficiencia cardíaca (14,5%), pielonefritis aguda (13,5%), infecciones por gérmenes multirresistentes (9%) y cura de herida quirúrgica (4%). La estancia media de los pacientes durante este período fue de 7,9 días con un máximo de 35 y un mínimo de 1 día.

Discusión. La hospitalización domiciliaria comenzó en nuestro centro en noviembre de 2005 con el objetivo de dar tratamiento médico hospitalario en el domicilio del paciente durante el tiempo que dure su proceso agudo. La mayoría de los pacientes que ingresaron en nuestro servicio procedían de urgencias y de las unidades de hospitalización convencional. Más de la mitad de los episodios fueron motivados por reagudización de EPOC y descompensación de insuficiencia cardíaca. Los pacientes con enfermedades infecciosas agudas incluso producidas por gérmenes multirresistentes también son subsidiarios de tratamiento domiciliario.

Conclusiones. Muchos pacientes con determinadas patologías que habitualmente ingresan en salas de hospitalización convencional podrían recibir tratamiento domiciliario con una evolución clínica satisfactoria.

V-195

USO Y ACTITUDES RESPECTO LA TOMA DE PRODUCTOS NATURALES (PN) EN UN CENTRO DE SALUD DEL INTERIOR DE LA PROVINCIA DE ALICANTE

P. Lafuente¹, V. Giner², R. Beltrán¹, E. Pappalardo¹, M. Esteban², L. Tomás², A. Rhageb² y J. Jover¹

¹Centro de Salud de Cocentaina, ²Servicio de Medicina Interna. Hospital Virgen de los Lirios. Alcoy/Alcoy, Alicante.

Objetivos. Valorar el patrón de consumo de productos naturales (PN) en el ámbito de Atención Primaria (AP) de un área montañosa de la provincia de Alicante.

Material y métodos. A los pacientes que voluntariamente quisieron e independientemente del motivo de consulta a su Centro de Salud, se les aplicó una encuesta sobre el uso de PN elaborada para este fin por nuestro grupo de trabajo.

Resultados. Se han incluido 80 pacientes, 72,3% mujeres con una edad (media \pm desviación típica) de 50 ± 17 años. La toma media habitual de fármacos fue de $1,0 \pm 1,3$ al día. La mayoría de encuestados (48,9%) tenía estudios básicos (sin estudios 8,5%, estudios medios 27,7% y superiores 14,9%). La ocupación laboral más frecuente fue en el sector Servicios (30,4%) y como Ama de casa (36,2%), con residencia habitual en ámbito urbano en el 93,6% de casos. Ningún encuestado era emigrante, y sólo un 2,1% se dedicaba a la Agricultura. El 66% afirmó que los productos naturales son eficaces, mientras que a la pregunta "¿Toma usted sustancias naturales?" respondió positivamente un 77,8% (Tomadores), siendo entre ellos la frecuencia de toma de un 48,6%, 24,3% y 27,0% para las categorías "A veces", "Sí, habitualmente" y "Sí, actualmente los tomo". Los motivos para su toma fueron: "complementan a los fármacos que tomo" (58,6%), "provocan menos efecto secundarios" (27,5%), "son digestivos" (6,9%) y "dan bienestar" (6,9%). El 59,5% de tomadores afirmó que su médico desconoce que toma PN, que los obtiene mayoritariamente de Herboristerías (37,8%) y Supermercados (27%), siendo un 16,2%, 10,8% y 5,4% los que respectivamente los recolectan del campo, los cultivan o compran en Farmacia. La toma media de PN es de $2,4 \pm 1,4$, más del 90% son infusiones sin secundarismos relevantes o interacciones farmacológicas potenciales. Al comparar "Tomadores" con "No tomadores", los primeros son mayores (52 ± 15 vs 43 ± 21 años, p 0,118), habitualmente mujeres (78,4% vs 50%, p 0,075) y trabajan como Ama de Casa, en el Sector Servicios o como Agricultores (p 0,018) (Gráfico). No existen diferencias al considerar número de fármacos diarios (p 0,118), número de diagnósticos basales (p 0,562), estudios (p 0,966), o lugar de residencia (p 0,265).

Discusión. Es importante el consumo de PN en AP, donde se consideran complementarios de los tratamientos farmacológicos y menos tóxicos que estos. A pesar del marcado desconocimiento por parte de los médicos, su consumo no hace esperable significativos efectos nocivos. No existe un patrón identificativo claro del individuo "tomador".

Conclusiones. Los datos obtenidos de esta muestra inicial de AP muestran el considerable consumo de PN y el desconocimiento de los médicos. Sin saber el impacto que pudiera tener sobre cumplimiento terapéutico, los PN generalmente consumidos no parecen potencialmente deletéreo.

V-196

FIBRILACIÓN AURICULAR: MANEJO Y FACTORES DE RIESGO EN UN SERVICIO DE MEDICINA INTERNA

M. Martín Sánchez, L. Morillo Blanco, C. García Carrasco, J. Tiago Silva, D. Magro Ledesma y C. Montero Leal

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

Objetivos. Analizar los casos de fibrilación auricular atendidos en el Servicio de Medicina Interna del H. Infanta Cristina, Badajoz; conocer el perfil clínico, y el manejo de estos pacientes, así como determinar si nuestra práctica clínica se ajusta a las guías clínicas actuales. **Material y métodos.** Estudio observacional-descriptivo, a través de los informes de altas de 100 pacientes ingresados en nuestro Servicio con el diagnóstico de fibrilación auricular desde junio del 2005 hasta junio del 2007. Para el análisis de los datos se utilizó el programa estadístico SPSS 13.0.

Resultados. La edad media de los pacientes era de 75,67 años (\pm 10,47), varones en una 45% y mujeres en una 55%. Entre los antecedentes personales (considerados factores de riesgo para FA) destacan: HTA en un 75%, cardiopatía y DM 41%, Fibrilación auricular crónica 35% y paroxística 19%. Recibían tratamiento para control de frecuencia cardiaca o ritmo un 39%, antiagregación 25% y anticoagulación 27%. Los síntomas más frecuentes que motivaron el ingreso fueron: insuficiencia cardíaca congestiva 54%, dolor torácico en un 18%, ACV 11%. El ECG al ingreso presentaba FA en un 49%. Se realizó Ecocardiograma a un 60% de los pacientes resultando patológico en un 58% (hipertrofia ventricular, dilatación AI y anomalías valvulares graves). El tratamiento más empleado para el control de la frecuencia cardiaca durante el ingreso fue digoxina, seguido por betabloqueantes. Se utilizaron antiarrítmicos sólo en un 15% de los casos. Al alta la mayor parte de los pacientes se fueron tratados con digoxina, betabloqueantes o ambos, 33% antiagregados y 61% anticoagulados. La causa más frecuente de fibrilación auricular fue multifactorial (42%), seguida idiopática (15%). El diagnóstico al alta fue en un 67% Fibrilación auricular permanente o crónica. El motivo más frecuente de no anticoagulación en caso indicado, fue la edad avanzada asociado o no a una mala situación basal del paciente.

Discusión. En nuestro estudio el factor de riesgo más frecuentemente asociado a fibrilación auricular fue la hipertensión arterial, coincidiendo con la mayoría de estudios. Como se puede observar en los resultados, la fibrilación auricular supone una causa importante de descompensación de Insuficiencia cardíaca, y el porcentaje de ictus obtenidos no es muy elevado, debido quizás a que la mayor parte de estos paciente ingresan en el Servicio de Neurología. Un alto número de pacientes a los que se le realiza ecocardiograma, presentan cardiopatía estructural, quizás resultado de la elevada edad de éstos.

Conclusiones. No hemos encontrado diferencias importantes con respecto a otros estudios encontrados en la literatura, salvo quizás en el bajo porcentaje de cardioversión que realizamos.

V-197

NEUMOMEDIASTINO ESPONTÁNEO: UNA ENTIDAD POCO FRECUENTE. EXPERIENCIA DURANTE 12 AÑOS EN UN HOSPITAL DE ESPECIALIDADES DEL SSPA

A. García Egido, M. Escobar Llopart, S. Romero Salado, A. Cristina, J. Puerto Alonso, R. Pedro y G. Francisco

Servicio de Medicina Interna. Hospital Universitario Puerto Real. Puerto Real, Cádiz.

Objetivos. Se define neumomediastino espontáneo (NE) como un síndrome clínico caracterizado por la presencia de aire o gas en el intersticio mediastínico sin que se demuestre traumatismo previo, causa quirúrgica, ni enfermedad pulmonar subyacente. Nos proponemos conocer las características epidemiológicas, clínicas, métodos diagnósticos, tratamiento y pronóstico de estos pacientes.

Material y métodos. Estudio descriptivo y retrospectivo de todos los casos diagnosticados y tratados de neumomediastino espontáneo desde enero 1995 a marzo 2007 en nuestro Hospital tipo B del SSPA de 425 camas, que atiende a una población de 250000 habitantes y una media de 300 urgencias diarias. Para el estudio recurrimos al Servicio de Documentación Médica mediante el conjunto mínimo básico de datos al alta (CMBDA) y diseñamos un protocolo de recogida de datos incluyendo las variables: sexo, edad, factores desencadenantes, síntomas y signos, servicio de ingreso, estancia media de hospitalización, pruebas complementarias realizadas y tratamiento pautado.

Resultados. Se recogieron 8 casos (6 varones y 2 mujeres) con edad media de 19,8 años. En 3 pacientes no se encontró factor desencadenante alguno, en 2 inhalación previa de cocaína, otros 2 esfuerzo físico previo y uno con vómitos intensos. El síntoma de presentación más frecuente fue el dolor torácico (62,5%) seguido de disnea (37,57%), odinofagia (37,5) y disfonía (12,5%). El signo clínico más frecuente fue la crepitación cervical presente en el 87,5% de casos seguidos de taquicardia y taquipnea (14,28% cada uno). Se llegó al diagnóstico con Rx tórax en el 100% de los casos. 5 pacientes ingresaron en Medicina Interna, 2 en Neumología y 1 en Cirugía. El tratamiento fue conservador en todos los casos. Ninguno de ellos presentó complicaciones. La estancia media fue de 5,5 días.

Discusión. En nuestra serie encontramos 2 casos relacionados con la inhalación de cocaína, 1 con vómitos y 2 con el esfuerzo físico. El cuadro clínico de presentación es muy heterogéneo, siendo la presentación inicial más habitual en nuestra serie el dolor torácico aislado, muy similar al recogido en toda las series publicadas. La presencia de signos semiológicos es escasa con respecto a otras series. La incidencia del signo de Hamman fue muy escasa. En el 100% de los pacientes se estableció el diagnóstico definitivo mediante la realización de Rx tórax, utilizada asimismo para el seguimiento evolutivo de estos pacientes. La realización de otras exploraciones complementarias como TAC, esofagograma, EKG o endoscopia, no suele ser necesaria salvo excepciones (pacientes con importante compromiso respiratorio y/o hemodinámica, o ante la sospecha de perforación esofágica). La estancia media de los pacientes ingresados en Medicina Interna fue algo mayor que los ingresados en Cirugía y Neumología (siendo en las 3 ocasiones superior a la estancia media con respecto a otras series publicadas). Todos los pacientes respondieron favorablemente al tratamiento conservador.

Conclusiones. El NE se trata, en general, de un proceso benigno y autolimitado en el tiempo, más frecuente en varones adultos jóvenes, sin factores de riesgo de interés ni enfermedad de base. La presentación clínica es heterogénea, siendo el síntoma de presentación más frecuente el dolor torácico asociado o no a disnea. Para su diagnóstico es necesario un alto índice de sospecha clínica junto a una simple Rx tórax, no siendo necesario otras exploraciones complementarias excepto si existe alta sospecha de neumomediastino secundario. El tratamiento suele ser conservador con resolución espontánea en 1-7 días existiendo estudios que apoyan el tratamiento ambulatorio sin necesidad de ingreso.

V-198

PERFIL DE LOS PACIENTES CON HIPERPROLACTINEMIA VALORADOS EN LA CONSULTA EXTERNA DE MEDICINA INTERNA

S. Domingo González, F. Martos Pérez, J. Aguilar García, I. Escot Cabeza, M. Noureddine López, L. Hidalgo Rojas, M. Martín Escalante y J. García Alegría

Servicio de Med. Interna. Hospital Costa del Sol. Marbella, Málaga.

Objetivos. Analizar las características de los pacientes con hiperprolactinemia (HPRL) valorados en la consulta externa de Medicina Interna de un Hospital general.

Material y métodos. Estudio retrospectivo de los pacientes con HPRL valorados en la consulta externa de Medicina Interna del Hospital Costa del Sol de Marbella (Málaga) durante un período de más de un año y medio (01/01/2006 hasta 01/07/07). Se recogieron los datos a través de un formulario electrónico generador de una historia clínica informática cuyo diagnóstico principal fue la hiperprolactinemia.

Resultados. Durante el período de estudio fueron incluidos 101 casos. El 89% eran mujeres (90 casos) y 11% varones (11 casos) con una edad media de 32 ± 10 años. Se excluyeron del análisis 2 casos de HPRL con prolactina superior de 2500 ng/ml. Los síntomas registrados con más frecuencia fueron: trastornos menstruales 42 casos (43%), síntomas mamarios 37 casos (36%), hipotiroidismo 12 casos (11,8%), hirsutismo 9 casos (8,8%), cefalea 9 casos (8,8%), infertilidad 7 casos (6,9%), impotencia 4 casos (3,9%), acné 3 casos (2,9%) y asintomáticos 28 casos (27,5%). 3 pacientes eran menopáusicas y 6 estaban embarazadas. Etiología: El 21% de los casos se relacionó con el uso de fármacos, 11% por agonistas dopaminérgicos, 7% anticonceptivos orales y el 3% otros (antidepresivos y antihistamínicos). En 8 casos (7,9%) se evidenció macroprolactinemia. 17 casos (16,8%) por microprolactinoma y 3 (3%) por macroprolactinoma hipofisario. Pruebas complementarias: Se realizó RMN hipofisaria en 70 casos (69,6%), en 47 casos fue normal (70,1%). Los niveles medios de prolactina (PRL) pretratamiento fueron $73,2 \pm 31$. Los niveles medios de FSH $7,2$ mU/ml, LH $8,8$ mU/ml, Estradiol 160 pg/ml y Testosterona $0,75$ ng/ml. Tratamiento: 44 casos recibieron tratamiento (43,5%), el 40,2% con cabergolida y sólo 3 casos recibieron bromocriptina. Los niveles medios de prolactina posttratamiento $19,2 \pm 25,2$. No hubo diferencias en el nivel de prolactina pretratamiento entre los pacientes

tratados ($73,2 \pm 5,1$) y no tratados ($69,1 \pm 7,2$). El 67% de los pacientes sintomáticos recibieron tratamiento, sólo 5 pacientes oligosintomáticos fueron tratados. Seguimiento: 15 pacientes (14,7%) fueron dados de alta.

Discusión. Los resultados obtenidos en nuestra serie son similares a los descritos en la literatura. Los pacientes con hiperprolactinemia atendidos en la consulta externa de Medicina Interna son fundamentalmente mujeres jóvenes con síntomas menstruales y el uso de fármacos sigue siendo la causa más habitual, aunque no hay que olvidar la gestación como posibilidad diagnóstica. El uso de pruebas de imagen se realizó en un porcentaje elevado de casos. Y por último, el tratamiento se realizó con más frecuencia con cabergolida en los pacientes sintomáticos.

Conclusiones. 1) La hiperprolactinemia es una entidad que afecta con más frecuencia a mujeres jóvenes. 2) Los síntomas más frecuentes fueron los trastornos menstruales y los síntomas mamarios, aunque un alto porcentaje de pacientes estaban oligosintomáticas. 3) La causa más frecuente en nuestra serie fue el uso de fármacos, fundamentalmente los agonistas dopaminérgicos y los anticonceptivos orales. 4) La RMN de hipófisis se realizó en un alto porcentaje de pacientes. 5) El tratamiento se realizó con más frecuencia en los pacientes sintomáticos, sin diferencia en cuanto a los niveles de prolactina en comparación con los no tratados.

V-199

SÍNDROME HIPEROSMOLAR EN INMIGRANTES

D. García-Rosado, J. Ruiz-Lacabra, C. Rodríguez López, E. González Reimers, J. Viña Rodríguez, E. García-Valdecasas Campelo, M. Durán Castellón y R. Pelazas

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

Objetivos. En tiempos recientes hemos asistido a un continuo flujo de inmigrantes procedentes del continente africano, que son traídos a las islas en embarcaciones menores, sufriendo durante el trayecto hacinamiento, y con frecuencia, hambre y sed intensas, con una alta mortalidad durante el viaje y necesidad de hospitalización a su llegada a la isla. Realizamos un estudio retrospectivo sobre los pacientes ingresados en el Servicio de Medicina Interna. Analizamos las diferentes patologías entre los pacientes que ingresan directamente de la embarcación de los que llegan de los centros de acogida.

Material y métodos. En los últimos 9 meses fueron atendidos en el Servicio de Medicina Interna del HUC 44 pacientes, se recogieron sus datos a través de sus historias clínicas.

Resultados. De los 44 pacientes ingresados en el Servicio de Medicina Interna, 13 de ellos fueron trasladados directamente desde la embarcación en la que arribaron y el resto procedente de centros de acogida. Los directamente trasladados desde la embarcación presentaban con frecuencia (69,2%) un cuadro de celulitis con edema y ulceraciones cutáneas en MMII, con rápida tendencia a la gangrena e infección, de manera que en 3 casos fue necesaria la amputación., mientras que la patología dominante de aquellos que procedían de centros de acogida era un síndrome febril a partir del que se diagnosticó paludismo en 69,2% de casos también. Los pacientes procedentes directamente de la embarcación presentaban hipernatremia ($160,5 \pm 19,5$ meq/l), hiperosmolaridad ($335,0 \pm 48,8$ mosm/kg) y aumento de la CPK-NAC (13.846 ± 18.350 U/l), con diferencias altamente significativas en relación a los remitidos desde centros de acogida. Los trasladados en patera presentaban además aumento del BUN, leucocitos, plaquetas, glucemia, calcemia, BUN y GOT/GPT, pero peor estado nutricional, menor número de linfocitos, mayor acidosis (metabólica) y menor actividad de protrombina que los remitidos desde centros. De los pacientes trasladados directamente desde la embarcación no encontramos diferencias entre aquellos con y sin celulitis, ya que la hipernatremia e hiperosmolaridad estaban presentes en ambos, aunque con una tendencia a ser mayores en los primeros.

Conclusiones. El traslado de estos inmigrantes desde sus países de origen en embarcaciones menores (tipo lancha o cayuco) se asocia a elevada morbilidad, con el riesgo de padecer deshidratación hipernatémica, asociado a celulitis con una gran reacción de fase aguda que puede llevar a la amputación.

V-200 NEUMOPERICARDIO ESPONTÁNEO. A PROPÓSITO DE DOS CASOS

L. Vicente, J. Luengo, N. Pacheco, M. Martín, J. Álvarez, P. Barquilla, P. Diez y A. Costo

Servicio de Medicina Interna. Hospital San Pedro de Alcántara. Cáceres.

Objetivos. El neumopericardio, definido como la presencia de aire en espacio pericárdico, es un cuadro raro pero grave, ya que puede suponer un importante compromiso hemodinámico al provocar taponamiento cardíaco. Su mayor incidencia suele darse en recién nacidos prematuros que precisan ventilación mecánica por distrés respiratorio. En adultos suele asociarse a técnicas invasivas tales como ventilación mecánica, catéteres centrales, neumectomía..., aunque también hay descritos casos espontáneos asociados a situaciones tales como crisis asmática, perforación esofágica, abuso de cocaína, neoplasias.

Material y métodos. Presentación de dos casos de neumopericardio espontáneo y revisión de la literatura.

Resultados. Caso 1: varón de 23 años DM tipo 1 con mal control metabólico que acude a urgencias por náuseas y vómitos copiosos en el contexto de una cetoacidosis diabética secundaria a infección de orina y transgresiones dietéticas en los últimos días. La exploración física era normal a excepción de un roce a nivel esternal coincidiendo con los ruidos cardíacos y respiratorios. En las pruebas complementarias destacaba leucocitosis, signos de deshidratación, acidosis metabólica y cetonuria, así como ondas P negativas en II, III, aVF, V3 y V4, con T negativa en D3 y supradesnivelación de ST en V3 y V4 en el EKG. En la RX de torax se objetivó una silueta cardíaca normal, con una banda de aire a su alrededor, delimitando el pericardio, neumomediastino y pequeño enfisema subcutáneo a nivel cervical derecho. La TAC torácica reveló las mismas alteraciones que la RX. Finalmente en el ecocardiograma se apreció una mala ventana en probable relación con aire intrapericárdico, sin signos de taponamiento. Tras la reposición hidroelectrolítica, la evolución del paciente fue favorable, normalizándose todos los parámetros y con la desaparición del aire pericárdico, mediastínico y subcutáneo. Caso 2: varón de 18 años con antecedentes de sarcoma de Ewing en el humero derecho en remisión completa y portador de un reservóreo venoso en hemitórax derecho. Acude a urgencias por un cuadro de mareo con cefalea intensa y dificultad para el habla sin pérdida de conocimiento. Exploración física normal, salvo roce pericárdico en mesocardio. Pruebas complementarias normales a excepción de la Rx tórax, donde se apreció una línea de aire paracardial izquierda, anterior y posterior, así como una pequeña cantidad de aire en mediastino anterior y superior sin cardiomegalia y con parénquima pulmonar normal; la TAC confirmó las mismas alteraciones radiográficas. En el ecocardiograma se descartó la presencia de taponamiento cardíaco. La broncoscopia y la gastroscopia descartaron la presencia de fistulas. Al igual que en el primer caso la evolución fue favorable con tratamiento conservador.

Discusión. El neumopericardio es una entidad poco frecuente. Entre los casos descritos en la literatura, la causa más frecuente es la relacionada con técnicas invasivas, siendo mucho menos frecuente el neumopericardio espontáneo sin claro factor desencadenante. Los dos casos descritos se tratan de dos varones jóvenes, aparentemente sanos, en los que el hallazgo del aire pericárdico fue casual tras la realización de las pruebas complementarias, pues en ambos cursó de forma asintomática. Ambos evolucionaron de forma similar, reabsorbiéndose progresivamente y sin plantear ninguna repercusión hemodinámica ni clínica, presumiblemente porque ambos eran de pequeña cuantía.

Conclusiones. Aunque el neumopericardio es un trastorno raro, es importante tenerlo presente en aquellas situaciones en las que se produce un aumento de la presión intratorácica así como en las técnicas invasivas por su potencial gravedad.

V-201 DETECCIÓN DE FENCICLIDINA EN ORINA: ¿INTOXICACIÓN REAL O INTERACCIÓN FARMACOLÓGICA?

E. Sanjurjo¹, L. El Messaoudi² y M. Ortuño³

¹Servicio de Medicina Interna, ²Servicio de Urgencias. Fundació Sanitària d'Igualada F. P. Igualada, Barcelona. ³Laboratorio. Hospital de la Ribera. Alzira, Valencia.

Objetivos. La fenciclidina (PCP) o polvo de ángel es una droga de abuso poco consumida en nuestro medio. Además, su detección en

orina es una técnica que puede presentar reacciones cruzadas con metabolitos de algunos fármacos utilizados en la práctica clínica, sobretodo con la venlafaxina. El objetivo del estudio es analizar las características de los pacientes en los que se informó como positiva la detección de PCP en orina en un Servicio de Urgencias.

Material y métodos. Análisis retrospectivo de las historias clínicas de Urgencias de los pacientes con detección positiva de PCP en orina durante los años 1999-2006. Se han recogido los datos epidemiológicos, antecedentes de consumo de drogas y de enfermedad psiquiátrica preexistente y tratamiento, motivo de consulta y el resultado analítico en relación a la detección de drogas de abuso en orina. Se definieron dos grupos en función de la existencia (A) o ausencia (B) de tratamiento previo con venlafaxina.

Resultados. Se han detectado 40 pacientes con PCP en orina positiva, con una edad media de 29,8 años, y 21 eran varones. La distribución anual presentó unos extremos de 2 a 10 casos (2004 y 2002 respectivamente). El 70% de los pacientes presentaban una enfermedad psiquiátrica bajo tratamiento farmacológico y el 50% reconocían haber consumido o consumir de forma habitual algún tipo de droga de abuso. Los motivos de consulta más frecuentes fueron alteraciones psiquiátricas (agitación, psicosis) en el 30%, tentativa de suicidio en 27,5% y clínica neurológica (coma, extrapiramidismo) en el 17,5% de los casos. En el grupo A se incluyeron 21 pacientes, de los que 13 presentaron PCP en orina positiva de forma aislada, y en 8 se detectaron otras drogas de abuso como cocaína (4), cannabis (2), metaanfetamina (2) y anfetamina (1). En relación al grupo B, en 10 casos se detectaron otras drogas de abuso como cocaína (5), cannabis (4), opiáceos (3), anfetaminas y metanfetaminas (2), y 3 estaban bajo tratamiento con antidepresivos (AD) o neurolepticos (NL); y en 9 pacientes se halló sólo PCP en orina de forma aislada, recogiendo por historia clínica tratamiento con NL o AD en 5 pacientes.

Discusión. Se podrían considerar como falsos positivos (FP) los pacientes con PCP en orina de forma aislada y bajo tratamiento con venlafaxina (13), NL o AD (5) ya que se han descrito de forma ocasional reacción cruzada entre PCP y algunos de estos fármacos. Los verdaderos positivos (VP) serían aquellos con PCP aislada (4) y aquellos en los que además de PCP se detectan otras drogas de abuso (7) y que en ningún caso siguen tratamiento con otros fármacos. En el resto de los casos (11), al existir consumo de drogas de abuso y tratamiento farmacológico concomitante es difícil determinar si la positividad de PCP es un FP o un VP.

Conclusiones. El consumo de PCP en nuestro medio es por el momento anecdótico a diferencia de otras drogas de abuso como la cocaína o las anfetaminas. La detección rutinaria de PCP en orina puede dar lugar a errores diagnósticos si no se conocen las interacciones que pueden existir con otros fármacos. En caso de dudas, sería necesario realizar técnicas más específicas para confirmar el consumo de PCP.

V-202 MIELOMA MÚLTIPLE: SITUACIÓN ACTUAL EN ZAMORA

P. García Carbó¹, M. Chimeno Viñas¹, L. Arribas Pérez¹, G. García Benito¹, E. Mayor Toranzo², V. Vela García¹, E. Martínez Velado¹ y F. Martín Cordero¹

¹Servicio de Medicina Interna. Hospital Virgen de la Concha. Zamora. ²Servicio de Medicina Interna. Hospital Clínico Universitario de Valladolid. Valladolid.

Objetivos. El mieloma múltiple (MM) representa el 1% del total de neoplasias y el 10% de las hematológicas. Su incidencia es de 4 casos anuales por cada 100.000 habitantes. La edad media de presentación está en torno 66 años. Su clínica es variable siendo su síntoma más frecuente el dolor óseo mecánico (60%), seguido del síndrome anémico o anemia (32%). Se acompaña de síndrome general en el 20% de los casos. La afectación neurológica más frecuente es la compresión medular en un 5% de los casos, secundaria a aplastamientos vertebrales. En un 30% de los pacientes hay alteraciones radiológicas al ingreso. El objetivo es conocer la situación actual de esta patología en nuestra provincia.

Material y métodos. Estudio transversal observacional de pacientes ingresados en el período marzo 2006/marzo 2007, con diagnóstico inicial de MM, siendo determinado en todos ellos componente monoclonal en sangre periférica. Vamos a analizar las variables edad, dolor

óseo, anemia, sd. constitucional, cuadro infeccioso, hepato y/o esplenomegalia, clínica neurológica, insuf. renal, hipercalcemia, afectación radiológica, subtipo y estadio.

Resultados. Durante dicho período se diagnosticaron un total de 9 MM en Zamora, lo que representa una incidencia anual del 4,7/100.000 habitantes. La media de edad fue de 78,7 años. Tuvimos acceso a 7 de las historias clínicas. En el 100% de los casos se presentaba anemia en el momento del diagnóstico. El dolor presente en el 71%. El 57% de casos presentaron sd. constitucional, mismo porcentaje que presentaron insuf. renal. Sólo un 27% de pacientes presentaron cuadro infeccioso, hipercalcemia o afectación radiológica. En un 14% la esplenomegalia o la clínica neurológica sin encontrar ningún caso de hepatomegalia. El subtipo más frecuente fue el mieloma IgG (4 casos). El estadio de presentación fue el III (72%) y el II (28%).

Discusión. Los resultados obtenidos son similares a los datos publicados anteriormente, salvo en edad media de presentación y en el echo de que todos los pacientes presentasen anemia en el momento de su diagnóstico. La insuficiencia renal tuvo en nuestra serie un peso más importante que lo descrito anteriormente, mientras que la presencia de hepatomegalia o esplenomegalia fue prácticamente incidental. El diagnóstico se llevó a cabo en estadios tardíos de la enfermedad.

Conclusiones. 1) la edad de presentación en nuestra muestra está por encima de la media publicada, probablemente debido al envejecimiento progresivo de nuestra población. 2) todos los pacientes presentaron anemia en el momento de su diagnóstico. La anemia asociada a dolor óseo o sd general debe obligarnos a descartar el MM. 3) la presencia de insuficiencia renal debe ser también tenida en cuenta en el momento del ingreso sobretodo si se asocia a lo anterior. 4) no encontramos diferencias en cuanto a alteración radiológica, hipercalcemia o clínica infecciosa respecto a los datos publicados. 5) la presencia de esplenomegalia o clínica neurológica fue mínima. 6) el diagnóstico de MM se retrasó en la mayoría de los casos como demuestra el estadio tan avanzado al diagnóstico, a pesar de que los pacientes presentaban clínica en la mayoría de los casos desde meses antes.

V-203

REACCIONES ADVERSAS A FÁRMACOS, LA PUNTA DEL ICEBERG. IMPLANTACIÓN DE UN CIRCUITO DE FARMACOVIGILANCIA

R. Qaaneta¹, A. Ruiz¹, L. Canadell², D. Riesco¹, R. Pardo², T. Auguet¹ y C. Richart¹

¹Servicio de Medicina Interna, ²Farmacia. Hospital Universitari de Tarragona Joan XXIII. Tarragona.

Objetivos. Explicar la implantación de un circuito de Farmacovigilancia en un Servicio de M. Interna y sus resultados iniciales.

Material y métodos. De una preocupación especial por la Farmacovigilancia (FGV) y su importancia en la detección, comunicación y prevención de las Reacciones Adversas a Medicamentos (RAM), surgió un grupo de trabajo mixto: farmacéuticos e internistas y planificamos la siguiente estrategia: 1) Conocer la incidencia de RAM en M. Interna (MI) durante 5 años (2001-05) mediante los datos del CMBD. 2) Detectar las RAM ocurridas desde julio a diciembre-06, revisando todos los informes de alta. Para ello se diseñó una ficha de recogida de datos: filiación del paciente, diagnósticos del episodio, datos de la RAM (inicio, duración, fármaco implicado y concomitantes, síntomas, medidas adoptadas, evolución y gravedad) y relación de causalidad (algoritmo de Karrk Lasagna). 3) octubre-06: se presentan en sesión clínica conjunta (Farmacia y M. I) los datos preliminares. 4) enero-07 se evalúan los nuevos datos tras la divulgación del proyecto. 5) Se inicia un sistema de declaración voluntaria con un circuito definido: el internista cuando detecta una RAM, solicita una interconsulta al Grupo de FVG. Se analiza el caso y se incorporan los parámetros a una base de datos. Las RAM no declaradas espontáneamente se siguen investigando mediante la revisión de los informes de alta. 6) Se establece un sistema de retroalimentación de la información, mediante un boletín mensual con información precisa de todas las RAM e información farmacéutica adicional, si se estima oportuno. 7) Los casos graves se comunican a los organismos oficiales mediante la tarjeta amarilla.

Resultados. La incidencia de RAM en el trimestre previo a nuestra intervención fue de 9,9% con respecto a las altas totales. El trimestre siguiente la incidencia detectada fue de 16,6%. Desde que se ha implantado el circuito de declaración voluntaria (1 febrero a 30 de abril-07) se han detectado 119 casos, de los cuales 10 (9,1%) son de declaración espontánea. La media de edad está en 69,5 años y un 53,5% son mujeres. La estancia media de estos pacientes es ligeramente superior a la habitual. Una 1/4 parte de los casos había presentado RAM previa. Han sido de carácter grave un 12,6%, moderadas 37,4% y leves 50%. Los fármacos implicados con más frecuencia son: antibióticos 43%, corticoides 21%, hipotensores/diuréticos 15,12%, AINEs/analgésicos 6,7% y el resto 14,18%. La sintomatología más común es: digestiva 31%, hiper/hipoglucemia 23,5%, cutánea 12,6%, cardiovascular 10,9%, trastorno electrolítico 8,4%, neurológica 7,56%.

Discusión. A grandes trazos y tras nueve meses de proyecto podemos establecer que la incidencia de RAM en los pacientes ingresados en M.I. se halla entre el 9,9% y el 33%, valores ligeramente superiores a la bibliografía consultada (6,7%-15,1%). En relación a las RAM graves nuestros valores coinciden con los declarados en el metanálisis de Lazarou, en torno al 6,7%. Con respecto al impacto de la intervención educativa establecida mediante el programa de sensibilización, podemos valorarlo como satisfactorio ya que ha permitido el incremento en la declaración en general y fundamentalmente de los casos graves.

Conclusiones. 1) Es necesario implementar la creación de pequeños grupos de Farmacovigilancia en los distintos Servicios Hospitalarios, para cuantificar, definir y establecer estrategias que minimicen la aparición de RAM, mejorando así el uso de los medicamentos. 2) Los mecanismos de retroalimentación en la información favorecen la dinámica de los sistemas de Farmacovigilancia.

V-204

EMPLEO DE *HYPERICUM PERFORATUM* (HIERBA DE SAN JUAN) EN EL ÁMBITO DE ATENCIÓN PRIMARIA Y SUS POTENCIALES IMPLICACIONES FARMACOLÓGICAS

R. Gírbés¹, V. Giner², E. Pappalardo¹, R. Beltrán¹, P. Lafuente¹, M. Esteban², S. Martínez² y J. Jover¹

¹Centro de Salud de Cocentaina, ²Servicio de Medicina Interna. Hospital Virgen de los Lirios. Alcoy/Alcoi, Alicante.

Objetivos. Describir el uso de *Hypericum perforatum* (HP) en la población de un Centro de Salud (CS) de nuestra Área y evaluar la potencial relevancia de su consumo teniendo en cuenta su elevado potencial tóxico y de interacción con el metabolismo hepático de numerosos fármacos.

Material y métodos. A los pacientes atendidos en el CS de Cocentaina que voluntariamente quisieron e independientemente del motivo de consulta, se les realizó una encuesta sobre uso de productos naturales elaborada para este fin por nuestro grupo de trabajo. La encuesta constó de un apartado específico para HP.

Resultados. Se han incluido 80 pacientes, 72,3% mujeres con una edad (media \pm desviación típica) de 50 \pm 17 años. La mayoría de encuestados (48,9%) tenía estudios básicos. La ocupación laboral más frecuente fue en el sector Servicios (30,4%) y como Ama de casa (36,2%), con residencia habitual en ámbito urbano en el 93,6% de casos. Ningún encuestado era emigrante, y sólo un 2,1% se dedicaba a la Agricultura. A la pregunta "¿Toma usted sustancias naturales?" respondió positivamente un 77,8%. El 91,5% de la totalidad de la muestra conocía el HP (80% en aquellos que negaban tomar PN). De entre los tomadores de PN un 64,9% afirmaba el consumo de HP, con una frecuencia que etiquetaban como "A veces", "Sí, habitualmente" y "Sí, actualmente los tomo" en un 91,6%, 4,2% y 4,2% respectivamente. En todos los casos la administración era por vía tópica tras elaboración casera, generalmente en forma de aceite, obteniéndose en la mayoría de casos por recolección en el campo (83,3%), siendo otras fuentes de obtención minoritarias la compra en Herboristerías (12,5%) y el cultivo (4,2%). Hemos hallado hasta nueve motivos diferentes para el uso de HP siendo los más frecuentes las quemaduras (42,3%), el uso como hidratante (26,9%) y como analgésico local (26,9%), aunque se describe su uso también en el tratamiento de la otalgia y el prurito vaginal. Para el 92,3% de usuarios de HP, este es eficaz en el tratamiento de las dolencias enumeradas.

Discusión. Hay amplio conocimiento y utilización de HP en la población analizada. El empleo mayoritario es vía tópica y el tipo de patología en que se aplica benigna. Es llamativo el elevado porcentaje de autoabastecimiento del producto por recolección o cultivo.

Conclusiones. A pesar de su amplia difusión no parece que HP suponga un riesgo de toxicidad y/o interacción farmacológica, si bien siempre debe considerarse en nuestro medio en ausencia de respuesta terapéutica a fármacos o en presencia de manifestaciones patológicas no explicables por otras causas.

**V-205
PECULIARIDADES DEL VIAJE EN CAYUCO DESDE EL
ÁFRICA SUBSAHARIANA**

**M. Mohamad Tubio, J. Muñoz de Unamuno, H. Sterzik,
Z. Santos Moyano, L. Calvo, J. Pérez Marín, P. Peña
Quintana y J. Gómez Díaz**

*Servicio de Medicina Interna. Hospital Universitario Insular de
Gran Canaria. Palmas de Gran Canaria (Las), Las Palmas.*

Objetivos. La así llamada inmigración ilegal ha cobrado extraordinaria importancia en los últimos tiempos en Canarias. Los inmigrantes que se embarcan en un cayuco desconocen que, en caso de que consigan sortear a la muerte, el viaje de nueve días desde Senegal hasta Canarias puede dejarles secuelas terribles. La peor es la amputación de sus miembros. Una treintena de los 21.500 jóvenes africanos que llegaron al archipiélago durante las avalanchas del año pasado han tenido que ser sometidos a esa operación. Describir las características clínicas, analíticas y microbiológicas de los pacientes que ingresan en el servicio de Medicina Interna durante el último año así como establecer la hipótesis de factores asociados a tales complicaciones.

Material y métodos. Registro de los pacientes ingresados en el Servicio de Medicina Interna desde el período de mayo de 2006 hasta julio de 2007. Se analizaron los datos en el programa SPSS 12.0.

Resultados. Se describen hasta 13 casos que hayan ingresado en Medicina Interna en este período. Todos varones con edades comprendidas entre 20 y 27 años. Las causas más frecuentes de ingreso siguen siendo la deshidratación, hipotermia, rhabdomiolisis (CPK 197310), insuficiencia renal (Cr 6,3), desnutrición, úlceras y escaras sobre todo en sacro, alrededor de muñecas y maleolos tibiales. Dos casos se han presentado con isquemia distal del primer dedo pie (precisan amputación) y otro con el del quinto. En los cultivos de las úlceras y escaras predominan los gram negativos, enterococos y staphylococos.

Discusión. La travesía desde la costa africana hasta Canarias puede durar hasta nueve días. Al tercero, comienza a escasear el agua. Al sexto día, los inmigrantes sufren los primeros síntomas de deshidratación, que les lleva a un estado de confusión mental. En su locura, olvidan que no saben nadar e intentan saltar por la borda para aliviar el sufrimiento. Algunos lo hacen y se ahogan. Otros son inmovilizados por los patrones: les amarran fuertemente a la borda un brazo y una pierna. Durante tres días, las ligaduras cortan el riego sanguíneo. La acumulación de excrementos cultivan las úlceras y escaras. Por determinar está el probable efecto directo de restos de gasolina plomada (tetraetilo de plomo) como factor implicado en la génesis de las necrosis de los tejidos y probable casos de intoxicación por contacto directo.

Conclusiones. En relación a la cantidad total de inmigrantes que llegan a Canarias en cayucos, son pocos los que sufren complicaciones graves, lo que nos hace pensar la posible existencia de barcos nodriza en la proximidades a las islas. La mayoría sufren deshidratación e hipotermia, al igual que rhabdomiolisis aunque partimos de una CPK alta de base genética. Presencia de úlceras y escaras en manos y pies probablemente tras amarres y en sacro por traumatismos repetidos. La microbiología es atípica a la relacionada con agua salada. Posible asociación del tetraetilo de plomo en la génesis de las úlceras.