

# REVISTA CLINICA ESPAÑOLA

PUBLICACIÓN OFICIAL DE LA SOCIEDAD ESPAÑOLA DE MEDICINA INTERNA

VOLUMEN 206 · EXTRAORDINARIO 1 · OCTUBRE 2006

## LIBRO DE RESÚMENES

**XXVII Congreso Nacional de la Sociedad  
Española de Medicina Interna (SEMI)**

y

**XX Congreso de la Sociedad  
Castellano-Leonesa Cántabra  
de Medicina Interna (SOCALMI)**

Salamanca, 25 al 28 de octubre de 2006



[www.doyma.es/rce](http://www.doyma.es/rce)

INCLUIDA EN CURRENT CONTENTS E INDEX MEDICUS Y EMBASE/EXCERPTA MEDICA

# XXVII CONGRESO NACIONAL DE LA SOCIEDAD ESPAÑOLA DE MEDICINA INTERNA (SEMI)

y

## XX CONGRESO DE LA SOCIEDAD CASTELLANO-LEONESA CÁNTABRA DE MEDICINA INTERNA (SOCALMI)

Salamanca, 25 al 28 de octubre de 2006

### COMITÉ ORGANIZADOR

#### Presidente

Dr. Ángel Sánchez Rodríguez

#### Vicepresidente

Dr. Demetrio Sánchez Fuentes

#### Secretario

Dr. José Ángel Martín Oterino

#### Tesorero

Dr. José Antonio Santos Calderón

#### Vocales

Ávila: Dr. José Manuel Barragán Casas

Burgos: Dr. Carlos Dueñas Gutiérrez

Palencia: Dr. Francisco del Campo del Campo

Salamanca: Dra. Lourdes Mateo Polo

Segovia: Dr. Javier Moreno Palomares

Valladolid: Dr. Juan Carlos Martín Escudero

Zamora: Dr. Luis Miguel Palomar Rodríguez

### COMITÉ CIENTÍFICO

#### Presidente

Dr. Valentín del Villar Sordo

#### Vicepresidente

Dr. José Antonio Riancho Moral

#### Vocales

Dr. Melchor Álvarez-Mon Soto

Dr. Miguel A. Berdun Chéliz

Dr. Juan Carlos Bureo Dacal

Dr. José M.<sup>a</sup> Cepeda Rodrigo

Dr. José V. Fernández Montero

Dr. Vicent Fonollosa Pla

Dr. Pedro C. Jiménez Santana

Dr. José Luis Menéndez Cano

Dr. Manuel Montero Pérez-Barquero

Dr. Roberto Pérez Álvarez

Dr. Demetrio Sánchez Fuentes

Dr. Juan Bautista Vidal Bugallo

# REVISTA CLINICA ESPAÑOLA

PUBLICACIÓN OFICIAL DE LA SOCIEDAD ESPAÑOLA DE MEDICINA INTERNA

## SUMARIO

VOLUMEN 205 · SUPLEMENTO 1 · OCTUBRE 2006

### LIBRO DE RESÚMENES

**XXVII CONGRESO NACIONAL DE LA SOCIEDAD ESPAÑOLA  
DE MEDICINA INTERNA (SEMI)**

y

**XX CONGRESO DE LA SOCIEDAD CASTELLANO-LEONESA  
CÁNTABRA DE MEDICINA INTERNA (SOCALMI)**

Salamanca, 25 al 28 de octubre de 2006

#### COMUNICACIONES ORALES

ENFERMEDADES INFECCIOSAS .....	1
PACIENTE PLURIPATOLÓGICO/EDAD AVANZADA .....	6
GESTIÓN CLÍNICA .....	7
INSUFICIENCIA CARDÍACA .....	9
INFLAMACIÓN/ENFERMEDADES AUTOINMUNES .....	11
OSTEOPOROSIS .....	13
RIESGO VASCULAR .....	14
ENFERMEDAD TROMBOEMBÓLICA .....	19
VARIOS .....	22

#### COMUNICACIONES PÓSTERS

ENFERMEDADES INFECCIOSAS .....	28
PACIENTE PLURIPATOLÓGICO/EDAD AVANZADA .....	98
GESTIÓN CLÍNICA .....	124
INSUFICIENCIA CARDÍACA .....	146
INFLAMACIÓN/ENFERMEDADES AUTOINMUNES .....	162
OSTEOPOROSIS .....	183
RIESGO VASCULAR .....	189
ENFERMEDAD TROMBOEMBÓLICA .....	237
VARIOS .....	254

# PRESENTACIÓN

Queridos amigos:

Se celebra este año 2007, en Salamanca, el XXVII Congreso Nacional de la Sociedad Española de Medicina Interna (SEMI) y el XX Congreso de la Sociedad Castellano-Leonesa Cántabra de Medicina Interna (SOCALMI). El Comité Organizador y el Comité Científico os quieren expresar la más cordial bienvenida y un afectuoso saludo a todos los congresistas, y a los que han hecho posible la realización de esta importante reunión científica.

Confiamos plenamente en que este encuentro entre especialistas en Medicina Interna es un medio cualificado de aportación válida de conocimientos, de actualización, debate, intercambio de información y de dar a conocer nuestro trabajo, experiencias y planteamientos profesionales actuales, para consolidar el crecimiento y la confianza que la Medicina Interna está apuntalando en los últimos años, científica y socialmente.

Este CD recoge las 845 comunicaciones que se van a presentar durante el Congreso, y son el fruto de las inquietudes y colaboración de cientos de compañeros experimentados y en formación, que expresa un importante esfuerzo para potenciar y mejorar progresivamente nuestra especialidad.

Deseamos que el programa elaborado os resulte sugerente y atractivo, y esperamos que este Congreso suponga una agradable experiencia en todos los sentidos y contribuya al continuo avance, en beneficio de los pacientes, de esta importante e imprescindible especialidad de la Medicina.

Os agradecemos muy sinceramente vuestra participación.

**Dr. Valentín del Villar Sordo**  
*Presidente del Comité Científico*

**Prof. Ángel Sánchez Rodríguez**  
*Presidente del Comité Organizador*

# COMUNICACIONES ORALES

## ENFERMEDADES INFECCIOSAS

### A-1

#### DERRAME PERICÁRDICO TUBERCULOSO: EVOLUCIÓN SILENTE A TAPONAMIENTO CARDÍACO DE DIFÍCIL DIAGNÓSTICO

A. López de Guzmán<sup>1</sup>, F. Gutiérrez Marcos<sup>1</sup>, J. López Rodríguez<sup>1</sup>, A. Culebras<sup>1</sup>, J. Hernández Rey<sup>1</sup>, J. García Segovia<sup>2</sup> y M. Longas<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Medicina Interna, <sup>2</sup>Cardiología. Príncipe de Asturias. Alcalá de Henares, Madrid.

**Objetivos.** Presentamos tres casos clínicos de derrame pericárdico tuberculoso, con el objetivo de revisar diferentes aspectos como la rentabilidad de los métodos diagnósticos, indicaciones de tratamiento empírico con antituberculosos y esteroides e importancia de su evolución hacia pericarditis constrictiva; así como su cada vez mayor protagonismo en la etiología del derrame pericárdico.

**Material y métodos.** 1) Mujer de 67 años, natural de Guinea. Paludismo hace 12 años. Ingresó por astenia, tos, disnea y edemas tras regreso de su país. La semana anterior a viajar a Guinea, presentó tos y dolor pleurítico con rx de tórax normal. En la exploración física destaca taquicardia, hipotensión con pulso paradójico. Ingurgitación yugular. Crepitantes inspiratorios bibasales con hepatomegalia. Edemas pretibiales bilaterales. En ecocardiograma derrame pericárdico severo con depósitos de fibrina. El TAC torácico derrame pericárdico e hígado de éstasis. Líquido pericárdico tipo exudado con ADA de 189U/l. Se comenzó tratamiento antituberculoso, pese al cual continúa muy sintomática por lo que se realizó ventana pericárdica. Tras dos meses y con ecocardiograma compatible con pericarditis constrictiva se realizó pericardiectomía. El cultivo de líquido pericárdico fue compatible con *Mycobacterium tuberculosis*. 2) Varón de 69 años, ex-trabajador de fundición. Ingresó por tos, astenia, edemas y disnea. En la exploración física; auscultación cardíaca arritmica, hepatomegalia y edemas. En EKG fibrilación auricular y rx de tórax con cardiomegalia. El ecocardiograma mostró derrame pericárdico y CIA tipo ostium secundum. En TAC torácico, derrame pleural derecho. El líquido pleural con características de exudado y ADA de 49 con biopsia pleural sin alteraciones. El cultivo del esputo fue positivo para *Mycobacterium tuberculosis*. 3) Varón de 62 años, fumador y bebedor importante. Ingresó por tos, astenia y pérdida de peso de un mes. En la exploración física taquicardia y taquipnea con ingurgitación yugular. Presenta roce pericárdico con hepatomegalia. La rx tórax mostraba cardiomegalia global y un EKG con bajo voltaje generalizado. El ecocardiograma confirmó derrame pericárdico severo. Líquido pericárdico con datos de exudado y ADA de 100. El cultivo del líquido pericárdico fue positivo para *Mycobacterium tuberculosis*.

**Resultados.** En los tres casos de derrame pericárdico tuberculoso el diagnóstico fue a través del cultivo del líquido pericárdico y del esputo, pero no por la biopsia.

**Discusión.** La pericarditis tuberculosa representa la segunda causa de taponamiento cardíaco en nuestro medio tras las neoplasias y su incidencia aumenta por la inmigración procedente de países en desarrollo, donde es la causa más frecuente de pericarditis y la segunda de insuficiencia cardíaca tras la valvulopatía reumática. Los síntomas sistémicos son la forma de presentación más frecuente; evolucionan-

do a taponamiento cardíaco en la mitad de los casos. Su principal complicación es la pericarditis constrictiva a pesar del tratamiento; requiriendo pericardiectomía. Un valor de ADA mayor de 35 U/l tiene una sensibilidad del 90% y especificidad del 74%; justificando el tratamiento empírico antituberculoso. Los esteroides no disminuyen el reacumulo de líquido pericárdico tras pericardiocentesis, ni evitan el desarrollo de pericarditis constrictiva ni disminuyen la mortalidad de forma estadísticamente significativa.

**Conclusiones.** 1) Ante el aumento de la población inmigrante procedente de países en vías de desarrollo, ha aumentado la incidencia de tuberculosis como causa de derrame pericárdico en nuestro medio por lo que es importante tener un alto índice de sospecha de esta entidad. 2) Los síntomas sistémicos son su forma de presentación más frecuente, siendo su sospecha fundamental para evitar su evolución silente a taponamiento cardíaco. 3) La sensibilidad de un ADA elevado en líquido pericárdico justifica tratamiento empírico con antituberculosos. 4) La pericarditis constrictiva es su secuela más frecuente, requiriendo realización de pericardiectomía. 5) No existen suficientes evidencias del beneficio empírico de los esteroides, por lo que su uso no está bien establecido en esta entidad.

### A-35

#### DISFAGIA OROFARÍNGEA Y LINFOPENIA SON IMPORTANTES FACTORES DE RIESGO DE MORTALIDAD A LOS 30 DÍAS EN ANCIANOS CON NEUMONÍA

M. Cabré Roure<sup>1</sup>, J. Fernández Fernández<sup>1</sup>, E. Palomera Fanegas<sup>2</sup>, M. Serra-Prat<sup>2</sup> y J. Capdevila Morell<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Medicina Interna. Hospital de Mataró. Mataró, Barcelona.

<sup>2</sup>Unitat de Recerca. Consorci Sanitari del Maresme. Mataró, Barcelona.

**Objetivos.** Estudiar si la presencia de disfagia orofaríngea y la linfopenia son factores relacionados con la mortalidad a los 30 días del ingreso en pacientes ancianos con neumonía adquirida en la comunidad (NAC) hospitalizados en una Unidad geriátrica de agudos de un Servicio de Medicina.

**Material y métodos.** Estudio observacional prospectivo de una cohorte de pacientes > 70 años con NAC reclutados entre enero de 2001 y febrero de 2006. Factores de estudio: edad, sexo, síntomas y signos al ingreso, comorbidades, índice de comorbilidad de Charlson, índice de severidad de la neumonía de Fine (PSI), índice de Barthel (IB) preingreso y al ingreso, Mini Nutritional Assessment (MNA), la disfagia orofaríngea (que se evaluó con el "test del agua"), albúmina, colesterol y linfocitos.

**Resultados.** Se reclutaron 134 pacientes. El 59,7% hombres. Edad media de 84,74 años (DE 6,5). Mortalidad a los 30 días 16,4%. El índice de comorbilidad de Charlson fue de 2,4 (DE 1,43). La puntuación media de PSI de 134,25 (DE 31,8). Clases de riesgo de PSI: II 1,5%, III 6%, IV 38,8% y V 53,7%. IB preingreso 60,3 y al ingreso 37,1. El 27,4% estaban malnutridos (MNA < 17), el 54,7 en riesgo de desnutrición (MNA17-23,5) y bien nutridos 17,9% (MNA > 24). El 55,2% de los pacientes presentaban disfagia orofaríngea. En el análisis univariado los factores asociados a la mortalidad fueron: Barthel preingreso < 40 (OR 3,4 IC 95%: 1,34-8,79), Disfagia (OR 3,28 IC 95%: 1,13-9,5), Delirium (OR 2,6 IC 95%: 1,02-6,6), Urea > 11 mmol/l (OR 4,8 IC 95%: 1,65-13,95) y Linfocitos < 0,8 x 10<sup>9</sup>/l (OR 4,07 IC 95%: 1,4-11,79). En el análisis de regresión logística multivariado se mostraron como factores independientes de

mortalidad: la presencia de disfagia orofaríngea con una OR = 5,39, IC 95%: 1,39-20,86) y la linfopenia  $< 0,8 \times 10^9/l$  con una OR = 7,94, IC 95%: 2,08-30,26).

**Discusión.** En el grupo de pacientes analizados, la presencia de disfagia orofaríngea y la linfopenia, son factores de riesgo de mortalidad a los 30 días en pacientes ancianos hospitalizados por NAC.

**Conclusiones.** En la población anciana que presenta una NAC, debería incluirse como nuevas variables pronósticas la presencia de los trastornos de la deglución y la linfopenia recogida en el momento del ingreso.

#### A-62

### FACTORES PRONÓSTICOS EN UNA COHORTE DE ADOLESCENTES Y ADULTOS CON ENFERMEDAD MENINGOCÓCICA INVASIVA

J. Olalla Sierra<sup>1</sup>, E. Perea Milla<sup>2</sup>, J. Aguilar<sup>1</sup>, I. Escot Cabeza<sup>1</sup> y J. García Alegría<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Medicina Interna, <sup>2</sup>Unidad de Investigación. Hospital Costa del Sol. Marbella, Málaga.

**Objetivos.** Describir el perfil clínico de una población de adolescentes y adultos con enfermedad meningocócica probable o confirmada. Determinar qué factores pronósticos influyen en la mortalidad por Enfermedad Meningocócica Invasiva.

**Material y métodos.** Se recogieron los casos a partir de los diagnósticos codificados al alta (CMBD) en 34 hospitales durante los años 1995-2000 con cualquiera, revisando las historias clínicas y extrayendo de ellas los datos demográficos, recepción de antibioterapia oral extrahospitalaria, analítica de sangre y LCR al ingreso, intervalo síntomas-tratamiento. Se compararon las variables cuantitativas con la prueba *t* de Student y las proporciones con la prueba de Chi cuadrado.

**Resultados.** Se recogieron 167 casos en pacientes con 14 años o más (media de edad 28,88 años IC 95%: 26,07-31,7). La edad de los pacientes que fallecieron fue mayor que la de los que sobrevivieron (39,35 vs 28,08 años,  $p = 0,041$ ). 96 (57,5%) eran mujeres. En 94 casos (56,3%) no hubo un contacto previo con el sistema sanitario, asociándose este hecho a éxitus ( $p = 0,017$ ). Como síntoma aislado, el más frecuente fue la disminución del nivel de conciencia (20,4%), seguido de la fiebre (18%). La disminución del nivel de conciencia se asoció a la presencia de éxitus ( $p = 0,036$ ). Se diagnosticaron 29 casos de sepsis (17,4%), 112 de meningitis o meningococcal meningitis (67,1%) y 26 de formas mixtas (15,6%), asociándose la sepsis a una mayor incidencia de muerte ( $p < 0,0005$ ). Se aisló meningococo B en 47 casos (28,1%) y C en 77 casos (46,1%). El aislamiento provino de sangre periférica en 56 pacientes (33,5%), y de LCR en 128 pacientes (76,6%). Un total de 40 pts (24%) recibieron antibióticos previos al ingreso vía oral. Su uso se asoció a menor proporción de éxitus ( $p = 0,07$ ), no hubo ninguna muerte en estos pacientes. La media del intervalo síntomas-diagnóstico de sospecha fue de 32 h 50 min (IC 95%: 28 h 26 min-37 h 15 min), sin que fuera diferente en los supervivientes y los en los éxitus. Se evidenció la presencia de shock en 6 pacientes (3,6%), con una asociación estadística casi significativa a la presencia de éxitus ( $p = 0,061$ ). Tan sólo dos pacientes (1,2%) desarrollaron un cuadro de coagulación intravascular diseminada (CID), ninguno de ellos falleció. No se registró ningún caso con presencia de necrosis acras o disfunción miocárdica reseñada en la historia clínica. El tiempo medio de estancia en el hospital de los éxitus fue de 67 h 45 min (IC 95%: 1 d 05 h: 52'-4 d 09 h: 38'), vs 14 días y 14 horas de los vivos ( $p = 0,001$ ). La media de temperatura fue de 37,95 °C (IC 95%: 37,75-38,16). Una temperatura mayor de 40 °C se asoció a éxitus ( $p = 0,003$ ). La frec cardíaca media fue de 100 lpm (IC 95%: 95-105), la menor de 60 lpm se asoció a éxitus ( $p < 0,0005$ ). Los leucocitos en sangre periférica de menos de 4.500 células/mm<sup>3</sup> se asociaron a éxitus ( $p = 0,019$ ), también las plaquetas de menos de 125.000 ( $p = 0,021$ ). En LCR, la presencia de menos de 5 leucocitos por mm<sup>3</sup> se asoció a éxitus ( $p = 0,002$ ).

**Discusión.** Como en la mayoría de series publicadas, se confirma que la presencia de una escasa respuesta sistémica en forma de leucopenia, así como la ausencia de meningitis, se asocian a la presencia de éxitus. Las formas más graves se caracterizan también por un menor número de contactos con el sistema sanitario, pero sin diferencia en el intervalo síntomas-diagnóstico de sospecha, lo que puede sugerir que la progresión de la clínica es más rápida a partir de un determinado momento de evolución del cuadro. Por otro lado,

ninguno de los pacientes que recibieron antibióticos orales fallecieron, lo que apoya su papel protector, pero carecemos de una estratificación de la gravedad en los momentos iniciales del cuadro.

**Conclusiones.** 1) La presencia de sepsis como forma clínica o la ausencia de una marcada respuesta inflamatoria sistémica se asocian a la presencia de éxitus por Enfermedad Meningocócica Invasiva. 2) El uso de la antibioterapia oral pudiera jugar un papel protector.

#### A-63

### TRATAMIENTO DE LA INFECCIÓN TUBERCULOSA LATENTE EN PACIENTES QUE RECIBEN FÁRMACOS ANTAGONISTAS DEL FACTOR DE NECROSIS TUMORAL (TNF-ALFA)

S. Martínez<sup>1</sup>, F. Jover<sup>1</sup>, J. Cuadrado<sup>1</sup>, E. López<sup>1</sup>, M. Mínguez<sup>2</sup>, G. Panadero<sup>2</sup>, M. Matarranz<sup>1</sup> y E. Calabuig<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Unidad Enfermedades Infecciosas. Servicio de Medicina Interna. <sup>2</sup>Sección de Reumatología. Servicio de Medicina Interna. Hospital Clínico Universitario de San Juan. Alicante.

**Objetivos.** 1) Analizar la presencia de infección tuberculosa latente en pacientes susceptibles de recibir anti-TNF-alfa y 2) Evaluar la eficacia, tolerabilidad y seguridad del tratamiento de la infección tuberculosa latente.

**Material y métodos.** Se evaluó la presencia de infección tuberculosa latente en pacientes con indicación de tratamiento con anti-TNF-alfa. En los casos en que se indicó tratamiento se prescribió isoniazida 300 mg/día según el protocolo de la Sociedad Española de Reumatología. Incluimos a todos los pacientes procedentes de las consultas de Reumatología y Digestivo con Mantoux  $> 5$  mm o con historia de contacto para tuberculosis. Se realizó radiografía de tórax, analítica y tinción de Zielh cuando existían alteraciones radiológicas y/o clínica respiratoria. El grado de hepatotoxicidad del fármaco fue evaluado mediante los criterios establecidos por la OMS.

**Resultados.** Se efectuó Mantoux a un total de 109 pacientes, siendo positivo en 25 de ellos (60% varones, edad media 49,7  $\pm$  14,6 años). Se registraron 2 pérdidas en el seguimiento. Los enfermos estudiados presentaron las siguientes enfermedades: 44% espondiloartropatía, 28% artritis psoriásica, 16% artritis seronegativa y 12% otros. El 72% recibía al menos 2 fármacos inmunosupresores, siendo la pauta más frecuente metotrexate y corticoides. Durante el seguimiento recibieron terapia con anti-TNF-alfa el 48%. Ningún paciente tenía antecedente de hepatopatía y el 20% consumía alcohol. La radiografía de tórax era normal en el 84% de los casos, existiendo datos sugestivos de tuberculosis previa en el 8%. Se inició tratamiento de infección tuberculosa latente en 23 casos (92%), de los que concluyeron el 68% (17 casos). El 28,6% presentaron toxicidad hepática, en todos los casos grado 1. En dos casos se suspendió la isoniazida por: hipersensibilidad (1 caso) y abandono temporal (1 caso). No se detectaron eventos tuberculosos en el seguimiento. No encontramos relación significativa entre toxicidad hepática y antecedentes de alcoholismo y/o metotrexate.

**Discusión.** Los antagonistas del TNF-alfa se han relacionado con reactivación de tuberculosis, especialmente en pacientes con otros tratamientos inmunosupresores. La clínica de presentación suele ser más atípica retrasando el diagnóstico y además hay mayor número de casos de tuberculosis diseminada por lo que aumenta la morbimortalidad. Antes de iniciar el tratamiento con anti-TNF se debe evaluar la existencia de infección tuberculosa activa o latente realizando en primer lugar una anamnesis detallada (antecedentes de tuberculosis o probable contacto) y considerar la realización de una radiografía de tórax y la prueba de la tuberculina (pueden aparecer falsos negativos en pacientes muy enfermos o muy inmunodeprimidos). Si la prueba de la tuberculina (PPD) es positiva ( $> 5$  mm) se debe de realizar tratamiento profiláctico con isoniazida 300 mg al día durante 9 meses. Si el PPD inicial es negativo se debe emplear una nueva dosis (booster) con la misma interpretación.

**Conclusiones.** El tratamiento con isoniazida es bien tolerado, la toxicidad hepática ha sido escasa y de bajo grado. No se han detectado casos de tuberculosis activa en los pacientes que han recibido tratamiento. Debido al uso creciente de terapias biológicas, la colaboración de infectólogos para la detección y tratamiento de infección latente tuberculosa sería importante para evitar la aparición de nuevos casos de tuberculosis.

**A-70****¿QUÉ PACIENTES CON FIEBRE SE BENEFICIAN DE LOS HEMOCULTIVOS EN URGENCIAS? ANÁLISIS DE 786 CASOS**

**N. Cabello Clotet, J. San Martín López, O. Mateo Rodríguez, B. Frutos Pérez, A. Farfán Sedano, J. Casas Rojo y A. Zapatero Gaviria**

Medicina Interna. H. Fuenlabrada. Fuenlabrada, Madrid.

**Objetivos.** Conocer la rentabilidad de los hemocultivos obtenidos en Urgencias en los pacientes adultos que presentan fiebre en Urgencias de nuestro centro.

**Material y métodos.** Estudio prospectivo observacional. Se recogieron datos de todos los pacientes adultos con fiebre (temperatura superior a 37,7 °C) atendidos en el Área Médica del Servicio de Urgencias de nuestro hospital entre el 28 de enero al 30 de abril de 2006.

**Resultados.** Se recogieron 786 pacientes con fiebre, varones 57%, edad media 38,9 años (rango 15-99), inmigrantes 13%. De los 282 hemocultivos obtenidos resultaron positivos 14 (5%). La rentabilidad de los hemocultivos en función de los síntomas focalizadores de la fiebre fueron: Síntomas respiratorios (439): realizados 124 (28%), positivos 1 (1%) que no modificó la antibioterapia empírica. Síntomas digestivos (117): realizados 37 (32%), positivos 3 (9%): apendicitis (*E. coli*), bacteriemia foco abdominal (*E. coli* productor de BLEAs) y colangitis (enterococo) Síntomas urinarios (40): realizados 29 (73%), positivos 4 (15%), en todos los casos urocultivo positivo para el mismo germen. En este grupo se obtuvieron 27 urocultivos (68%) siendo positivos 19 (70%). Fiebre sin foco (145): realizados 70 (48%), positivos 6 (9%): colangitis aguda por enterococo, endocarditis por *S. hominis*, bacteriemia de catéter por *S. epidermidis* en neutropénico, ITU (urocultivo positivo), ITU (urocultivo positivo) y meningitis por neumococo (LCR positivo). Se intentaron identificar factores predictores de hemocultivos positivos en un análisis multivariado, incluyendo edad, comorbilidad, antibioterapia previa, síntomas focalizadores, PCR, urocultivo positivo, ingreso y diagnóstico final, resultando el diagnóstico final diferente de infección respiratoria como la única variable relacionada con hemocultivos positivos (OR 1,8, IC95% 1,1-3,1).

**Conclusiones.** 1) La rentabilidad de los hemocultivos es muy baja en la fiebre de origen respiratorio. 2) En los pacientes con fiebre sin foco y con síntomas digestivos es obligada la extracción de hemocultivos 3) En los pacientes con focalidad urinaria el urocultivo aportó el diagnóstico sin necesidad de hemocultivo.

**A-71****DESCRIPCIÓN DE LAS CARACTERÍSTICAS DE LOS PACIENTES CON FIEBRE EN LA URGENCIA. ANÁLISIS DE 786 CASOS**

**O. Mateo Rodríguez, R. Segoviano, B. Frutos Pérez, A. Farfán Sedano, J. Casas Rojas, N. Cabello Clotet, J. San Martín López y A. Zapatero Gaviria**

Medicina Interna. H. Fuenlabrada. Fuenlabrada, Madrid.

**Objetivos.** Conocer las características de los pacientes adultos que presentan fiebre en Urgencias de nuestro centro.

**Material y métodos.** Estudio prospectivo observacional. Se recogieron datos de todos los pacientes adultos con fiebre (temperatura superior a 37,7 °C) atendidos en el Área Médica del Servicio de Urgencias de nuestro hospital entre el 28 de enero al 30 de abril de 2006.

**Resultados.** El total de pacientes atendidos en la Urgencia en el período del estudio fue de 35.406 pacientes, de los que tenían fiebre 786. C. epidemiológicas: Edad media 38,9 años (rango 15-99), el 46% menor de 30 años y el 70% menor de 45 años. Varones 57%, Inmigrantes 13%, Comorbilidad 34%. Se atendieron en Consulta el 56%, en Boxes el 19% y en Observación el 8%. El 27% consultaron por un motivo diferente a la fiebre. C. clínicas: No referían síntomas localizadores de la fiebre 145 pacientes (18%), síntomas respiratorios 56% (vías altas 39%, bajas 17%), síntomas digestivos 15% y urinarios 5%. La duración media de la fiebre antes de acudir a Urgencias fue de 2,0 días, el 59% de los pacientes referían fiebre de menos de 24 horas de evolución y sólo el 12% había recibido antibiótico antes de acudir a Urgencias. Se realizaron las siguientes pruebas complementarias: analítica básica en 584 (74%), PCR 222 (28%), Sistemático de orina 268 (34%), Cultivos 292 (37%)

[Hemocultivos 282 (36%), urocultivos 94 (12%)], pruebas de imagen 476 (61%) (Rx tx 476 (61%), ecografía 36 (5%), TAC 24 (3%). Destino: ingresó el 31,3% de los pacientes, volvió a Urgencias tras el alta el 7% siendo ingresados el 38%. Los diagnósticos finales fueron: viriiasis/infección respiratoria de vías altas 43%, infección respiratoria de vías bajas/neumonía 20%, gastroenteritis 8%, infección urinaria 9%, patología quirúrgica abdominal 3% y fiebre sin foco 7%. Recibió antibiótico desde la Urgencia el 66%.

**Conclusiones.** La mayoría de los pacientes con fiebre en nuestra Urgencia son pacientes jóvenes con patologías banales y que acuden a Urgencias en su mayoría en las primeras 24 horas de evolución. Sin embargo, el porcentaje de pacientes con fiebre que ingresan es elevada lo que traduce la necesidad de identificar factores predictores de patología grave.

**A-72****FACTORES PREDICTORES DE INGRESO Y PATOLOGÍA GRAVE EN LOS PACIENTES CON FIEBRE EN URGENCIAS. ANÁLISIS DE 786 CASOS**

**B. Frutos Pérez, A. Farfán Sedano, J. Casas Rojo, N. Cabello Clotet, J. San Martín López, O. Mateo Rodríguez y A. Zapatero Gaviria**

Medicina Interna. H. Fuenlabrada. Fuenlabrada, Madrid.

**Objetivos.** Conocer los factores predictores de ingreso y de patología grave en los pacientes adultos que presentan fiebre en Urgencias de nuestro centro.

**Material y métodos.** Estudio prospectivo observacional. Se recogieron datos de 786 pacientes (todos los adultos con fiebre (temperatura superior a 37,7 °C) atendidos en el Área Médica del Servicio de Urgencias de nuestro hospital entre el 28 de enero al 30 de abril de 2006). Se definió como patología grave aquella que requiere medidas hospitalarias para su manejo o que precise modificación de la actuación terapéutica. El nivel normal de PCR en nuestro centro es < 0,5 mg/dl.

**Resultados.** En el análisis multivariado resultaron predictores de ingreso la edad (OR 1,03, IC95% 1,00-1,09), comorbilidad (OR 2,91, IC95% 1,34-6,33), hemoglobina menor de 12 o superior a 17 g/dl (OR 4,93, IC95% 1,80-13,52), leucocitos inferiores a 4.000 o superiores a 16.000/mcl (OR 4,93, IC95% 1,57-15,5) y el diagnóstico de patología grave (OR 8,50, IC95% 4,07-17,77). Por subgrupos en función de los síntomas localizadores de fiebre, en los pacientes con fiebre sin foco (147) resultaron predictores de ingreso hemoglobina menor de 12 o superior a 17 g/dl (OR 7,70, IC95% 1,19-49,63) y diagnóstico final de patología grave (OR 9,24, IC95% 2,53-35,05); en los casos con foco respiratorio bajo (130) la edad (OR 1,06, IC95% 1,01-1,11), comorbilidad (OR 18,23, IC95% 2,10-158,09) y PCR mayor de 10 mg/dl (OR 52,18, IC95% 2,05-1327,38) y con foco digestivo (117) la comorbilidad (OR 10,15, IC95% 2,86-36,06) y el diagnóstico de patología grave (OR 23,97, IC95% 6,93-82,86). En el análisis multivariado resultaron predictores de patología grave PCR igual o superior a 10 mg/dl (OR 3,18, IC95% 1,52-6,68) e ingreso (OR 8,66, IC95% 4,59-16,33).

**Conclusiones.** Además del diagnóstico en Urgencias de patología grave, la comorbilidad y las alteraciones del hemograma son los principales predictores de ingreso en los pacientes con fiebre, aunque los niveles de PCR se relacionan mejor con la gravedad de la patología.

**A-73****PRESCRIPCIÓN DE ANTIBIÓTICOS EN URGENCIAS. ANÁLISIS DE 786 CASOS**

**A. Farfán Sedano, J. Casas Rojo, N. Cabello Clotet, J. San Martín López, O. Mateo Rodríguez, B. Frutos Pérez y A. Zapatero Gaviria**

Medicina Interna. H. Fuenlabrada. Fuenlabrada, Madrid.

**Objetivos.** Conocer la prescripción de antibióticos en Urgencias en los pacientes adultos que presentan fiebre en Urgencias de nuestro centro.

**Material y métodos.** Estudio prospectivo observacional. Se recogieron datos de todos los pacientes adultos con fiebre (temperatura superior a 37,7 °C) atendidos en el Área Médica del Servicio de Urgencias de nuestro hospital entre el 28 de enero al 30 de abril de 2006.

**Resultados.** Se recogieron datos de 786 pacientes de los que ingre-

saron 246 (31%). Pacientes dados de alta: se prescribieron antibióticos desde Urgencias en 310 (57,4%): amoxicilina-clavulánico 163 (52,6%), quinolonas 71 (22,9%), macrólido/ketólido 32 (10,3%), penicilina/amoxicilina 22 (7,1%) Por diagnóstico final: Sin foco (36): sin Ab 25 (69,4%), amoxi-clavulánico 8 (22,2%); Infección vías respiratorias altas (322): sin Ab 122 (37,9%), amoxi-clavulánico 120 (37,2%), macrólido/ketólido 30 (9,3%), penicilina/amoxicilina 22 (6,8%) Infección vías respiratorias bajas (50): amoxi-clavulánico 24 (48%), quinolonas 23 (46%) Infección urinaria (37): quinolonas 23 (62,2%), amoxi-clavulánico 7 (18,9%); Gastroenteritis aguda (57): Sin Ab 53 (93%), quinolonas 3 (5,3%); Pacientes ingresados: se prescribieron antibióticos desde Urgencias en 212 (86,9%): quinolonas 61 (28,8%), amoxicilina-clavulánico 50 (23,6%), cefalosporinas 3.<sup>a</sup> 32 (15,1%), combinación 33 (15,6%) y betalactámicos antipseudomonas 19 (9,0%). Por diagnóstico final: Sin foco (17): Sin Ab 4 (23,5%), cefalosporina 3.<sup>a</sup> 3 (17,6%), combinación 3 (17,6%) Infección vías respiratorias altas (14): amoxi-clavulánico 7 (50%), sin Ab 4 (28,6%) Infección vías respiratorias bajas (106): quinolonas 44 (41,5%), amoxi-clavulánico 26 (24,5%) Infección urinaria (34): cefalosporina 2.<sup>a</sup> 17 (50%), quinolonas 8 (23,5%), amoxi-clavulánico 4 (11,8%) Gastroenteritis aguda (6): quinolonas 3 (50%).

**Conclusiones.** 1) El uso global de antibióticos es elevado tanto en los pacientes ingresados como en los que reciben el alta desde una Urgencia. 2) En los pacientes diagnosticados de infección respiratoria de vías altas la prescripción de antibióticos de amplio espectro y en particular amoxicilina-clavulánico es alta y probablemente innecesaria. 3) La prescripción global de quinolonas es elevada lo que puede condicionar resistencias futuras.

#### A-75

### CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS DE LOS PACIENTES CON INFECCIÓN POR *E. COLI* Y *S. AUREUS* RESISTENTES A ANTIBIÓTICOS

**J. San Martín López<sup>1</sup>, N. Cabello Clotet<sup>1</sup>, M. Alonso<sup>2</sup>, A. Barrios Blandino<sup>1</sup>, J. Ruiz Giardin<sup>1</sup>, E. Canalejo<sup>1</sup> y A. Zapatero Gaviria<sup>1</sup>**

<sup>1</sup>Medicina Interna, <sup>2</sup>Microbiología. H. Fuenlabrada. Fuenlabrada, Madrid.

**Objetivos.** Revisar las características y la evolución clínica de los pacientes con *E. coli* resistente a cipro (ciproR) y a amoxi-clavulánico (amoxi-claR) y SAMR-comunitario (SAMR-co) en nuestro centro. **Material y métodos.** Se revisaron las historias clínicas de todos los pacientes con aislamientos de *E. coli* resistentes a quinolonas y amoxi-clavulánico del primer trimestre de 2006 y de SAMR del año 2005.

**Resultados.** *E. coli*: de un total de 300 aislamientos de *E. coli*, 51 muestras fueron R a quinolonas (17%) y 14 a amoxi-clavulánico (14, 4,7%), pertenecientes en total a 46 pacientes (36 ciproR, 3 amoxi-claR y 7 ambos). 7 (2,1% del total) son productoras de BLEAs. Mujeres 70%, varones 30%. 32 pacientes (70%) son mayores de 60 años. Los diagnósticos clínicos son cistitis no complicada (6 pacientes ciproR), cistitis complicada (5 ciproR, 1 ambosR), pielonefritis no complicada (3 ciproR), prostatitis aguda (1 ciproR), infección urinaria con factores de riesgo para microorganismos resistentes (13 ciproR, 2 amoxi-cla R, 5 ambos) y bacteriuria asintomática (8 ciproR, 1 amoxi-claR, 1 ambos). Los factores de riesgo más frecuentes fueron Ab reciente 17 pacientes, alteración del tracto urinario 14 e infección nosocomial 13. Se pautaron de forma empírica ciprofloxacino en 13 casos, ceftriaxona en 9 y amoxicilina-clavulánico en 8. Ingresaron 27 (60%). Se consideraron no curados 8 pacientes ciproR (22%) y 1 amoxi-claR (7%). Entre los 12 ciproR tratados empíricamente con ciprofloxacino se consideraron no curados 3 (25%) (1 cistitis, 1 pielonefritis y 1 infección urinaria con FRiesgo) y entre los 6 amoxi-claR tratados con este antibiótico fracasaron 2 (33%), 1 cistitis complicada y 1 cistitis no complicada. SAMR: El 26% de los aislamientos de *S. aureus* fue meticilin-resistente, correspondiente a 31 pacientes. 27 casos fueron nosocomiales y 4 (13%) se consideraron comunitarios. Los 4 casos de SAMR-co corresponden a niños entre 3 y 13 años, son sensibles a quinolonas, se aislaron de panadizo (2) y de muestras vaginales (2), resueltos sin Ab específico. No hubo casos en adultos.

**Conclusiones.** *E. coli*: 1) La proporción de *E. coli* R a cipro y amoxi-cla es baja entre pacientes jóvenes 2) Un alto porcentaje no tienen factores de riesgo de microorganismo resistente. 2) El porcen-

taje de curación es elevado incluso entre los pacientes tratados con antibióticos no adecuados. SAMR: 1) Aunque en baja proporción, existe SAMR comunitario en niños, debiendo considerar esta posibilidad en pacientes jóvenes con infección de partes blandas.

#### A-77

### IMPACTO DE LA INMIGRACIÓN EN LA ENFERMEDAD TUBERCULOSA EN EL ÁREA SANITARIA 3 DE LA COMUNIDAD DE MADRID DURANTE LOS AÑOS 1989-2005

**M. González Palacios<sup>1</sup>, P. Gómez Heruz<sup>1</sup>, J. Sanz Moreno<sup>2</sup>, L. Lledo<sup>3</sup>, M. Beltrán Dubón<sup>1</sup> y J. Medina Asensio<sup>4</sup>**

<sup>1</sup>Servicio de Microbiología. <sup>2</sup>Servicio de Medicina Interna. Hospital Universitario Príncipe de Asturias. Alcalá de Henares, Madrid. <sup>3</sup>Departamento de Microbiología. Universidad de Alcalá. Alcalá de Henares, Madrid. <sup>4</sup>Servicio de Medicina Interna. Hospital 12 de Octubre. Madrid.

**Objetivos.** Describir las características clínicas y microbiológicas de la tuberculosis (TBC) diagnosticada en la población inmigrante.

**Material y métodos.** Estudio retrospectivo de todos los inmigrantes con diagnóstico microbiológico de enfermedad tuberculosa en el Hospital Universitario Príncipe de Asturias que cubre un área de 321.576 habitantes, durante un periodo de 16 años (enero 1989-diciembre 2005).

**Resultados.** Del total de los 1.028 casos estudiados de tuberculosis (TBC), 140 (13,6%) fueron en inmigrantes, estos presentaron una edad media de 31,7 años (DE: 13) y IC 95%: 29,2- 34,1 años y la distribución según el sexo: el 55% de los casos fueron hombres y el 45% mujeres. Se observó un descenso progresivo en la incidencia de casos de TBC en nuestro Área Sanitaria, que va desde una tasa de 41,6 casos/100.000 hab. en el año 1994 hasta una tasa de incidencia de 17, 8 casos/100.000 hab. en el año 2000. A partir del año 2001 se observa un repunte en la incidencia, hasta situarse en 27 casos/100.000 hab. en el año 2003. El porcentaje de casos anuales de TBC en inmigrantes fue el siguiente: en el año 1992 (1,7%), 1993 (3,1%), 1994 (4,8%), 1995 (8,3%), 1996 (8,7%), 1997 (8,5%), 1998 (6,1%), 1999 (9,6%), 2000 (26,7%), 2001 (31,6%), 2002 (30,4%), 2003 (42,6%), 2004 (34,9%) y del año 2005 un 37,5% de los casos con TBC fueron inmigrantes. La forma de presentación clínica más frecuente en los pacientes inmigrantes fue la pulmonar con 83,1%, seguida de la diseminada 10,9% y pleural 7%. El principal factor de riesgo asociado a la TBC fue el ser VIH positivo 26 (18,6%). Durante dos años (2002 y 2003) se obtuvieron 124 pacientes con cultivos positivos para TBC, se encontraron resistencia en 13 (9,7%) pacientes, de éstos 12 fueron inmigrantes. La resistencia más prevalente fue RMP 8,1% seguido de INH 7,3% y 1,6% para PZ, SM y EMB. Se observó tuberculosis multiresistente en un 5,6% de los pacientes. La evolución de la TBC en la población inmigrante fue la siguiente: curación 67,5%, perdidos 20,2%, fracaso 1,7%, abandonos 5,3% y éxitos 5,3%.

**Conclusiones.** En nuestro estudio se observa como la población inmigrante ha contribuido progresivamente al aumento de la tuberculosis del Área. Durante el año 1999 de 52 pacientes con tuberculosis el 9,6% fueron inmigrantes, mientras que en el año 2003 de 68 pacientes el 42,6%. Encontramos una mayor tasa de resistencia de TBC en los inmigrantes, por lo que se recomienda iniciar tratamiento en esta población con cuatro fármacos hasta que se conozcan los resultados de sensibilidad. Se observa un elevado porcentaje de pacientes inmigrantes de los cuales se desconoce su evolución (20,2%); puede estar relacionado con la movilidad del paciente inmigrante.

#### A-105

### COMPARACIÓN DEL TRATAMIENTO DE LA BACTERIURIA ASINTOMÁTICA DEL EMBARAZO CON MONODOSIS ANTIBIÓTICA VERSUS PAUTA ESTÁNDAR

**A. Ausina<sup>1</sup>, R. Pascual<sup>1</sup>, V. Gil<sup>1</sup>, M. Santibáñez<sup>2</sup>, F. Ortiz<sup>1</sup> y C. Pérez Barba<sup>1</sup>**

<sup>1</sup>Servicio de Medicina Interna. Hospital de Elda. Elda, Alicante. <sup>2</sup>Salud Pública. Centro de Salud Altabix. Elche, Alicante.

**Objetivos.** Comparar la efectividad de una pauta de fosfomicina de 3 gramos en dosis única frente a la pauta habitual de 7 días con amoxicilina + ac. clavulánico



**Material y métodos.** Ensayo clínico aleatorio. Se incluyen en el análisis las mujeres gestantes que presenten dos cultivos de orina consecutivos con 105 o más U.F.C./mm<sup>3</sup> procedentes de las consultas de gestación y que aceptaron por escrito formar parte en el estudio. Se excluyeron a las que habían tomado antibióticos en los 14 días previos, alérgicas a penicilina, embarazadas de alto riesgo, con anomalías del tracto urinario, con cultivos con gérmenes resistentes a los antibióticos empleados, las que no aceptaron entrar en el estudio y las que tenían síntomas o signos de infección urinaria.

**Resultados.** En total se incluyeron 131 casos. Hubo 20 pérdidas, 2 por abortos espontáneos y 18 por ser negativo el segundo cultivo. De los 111 casos, 66 se trataron con amoxicilina-clavulánico y 65 con fosfomicina. Ambos grupos fueron similares respecto a las características antropométricas, datos socio-demográficos, comorbilidad, tratamientos recibidos durante el embarazo, antecedentes obstétricos, ginecológicos y quirúrgicos, relaciones sexuales y datos analíticos. La efectividad de ambas pautas fue similar y la tasa de erradicación fue superior al 80% en ambos grupos sin observarse diferencias significativas ( $p = 0,792$ ) (RR 1,04 IC 95%: 0,387-2,799) con una ligera ventaja para el grupo de fosfomicina. La tasa de recurrencias fue similar en los dos grupos ( $p = 1$ ). El número de reinfecciones fue mayor en el grupo de amoxicilina-clavulánico ( $p = 0,033$ ). En el número de persistencias no se objetivaron diferencias estadísticamente significativas ( $p = 0,531$ ). Tampoco hubo diferencias en el desarrollo de ITU sintomática o pielonefritis ( $p = 0,319$ ). Los principales efectos secundarios descritos fueron, náuseas, vómitos y diarrea. La frecuencia fue mayor en el grupo de amoxicilina-clavulánico aunque sin diferencias significativas ( $p = 0,081$ ). El 90% de las reinfecciones ocurrieron en el grupo tratado con amoxicilina-clavulánico ( $p = 0,033$ ). No hubo diferencias en la distribución por grupos al analizar la persistencia de la BA ( $p = 0,531$ ), ni tampoco en el número de recurrencias ( $p = 1$ ). Relevancia clínica: a) curación: Reducción del riesgo absoluto (RRA) 2% a favor de fosfomicina. Reducción del riesgo relativo (RRR) 10,5%, NNT 50; b) efectos secundarios: RRA 13,4% a favor de fosfomicina, RRR 77,9%, NNT 7,5; c) reinfección: RRA 11,9% a favor de fosfomicina, RRR 86,2, NNT 8,4; d) persistencia RRA 4,4% a favor de amoxicilina-clavulánico, RRR 38,9, NNT 22,7.

**Discusión.** De cada 100 no curaciones la fosfomicina evitaría 10 respecto a amoxicilina-clavulánico, habría que tratar 50 pacientes con fosfomicina para evitar una no curación con amoxicilina-clavulánico lo que supondría un esfuerzo aceptable aunque no se consigue una gran relevancia clínica. De cada 100 efectos secundarios con amoxicilina-clavulánico el tratamiento con fosfomicina evitaría 77,5%. Habría que tratar 7,5 pacientes con fosfomicina para evitar un efecto secundario con amoxicilina-clavulánico, por lo que la relevancia clínica es grande ya que obtenemos un gran beneficio con poco esfuerzo. El tratamiento con fosfomicina evitaría el 86% de las reinfecciones esperadas con amoxicilina-clavulánico. Habría que tratar 8,4 pacientes con fosfomicina para evitar una reinfección con amoxicilina clavulánico, con lo que se obtiene un gran beneficio del tratamiento con fosfomicina.

**Conclusiones.** Los resultados del estudio permiten afirmar que el tratamiento con monodosis de 3 g de fosfomicina es tan eficaz como la pauta estándar de 7 días con amoxicilina-ac. clavulánico y podría ser de elección por su relevancia clínica, mayor comodidad posológica, menores efectos secundarios, menor número de recurrencias, menor coste y mejor cumplimentación.

#### A-145

**MORTALIDAD A PARTIR DEL ALTA EN PACIENTES INGRESADOS CON NEUMONÍA ADQUIRIDA EN LA COMUNIDAD (NAC), TRAS UN PERÍODO DE SEGUIMIENTO DE 4 AÑOS**  
**A. Tejera Concepción<sup>1</sup>, F. Santolaria Fernández<sup>2</sup>, M. Alemán Valls<sup>2</sup>, E. González Reimers<sup>1</sup>, M. Díez Fuentes<sup>3</sup>, A. Martínez Riera<sup>1</sup>, R. Ros Villamajó<sup>1</sup> y J. Jorge Hernández<sup>1</sup>**

<sup>1</sup>Medicina Interna. <sup>2</sup>Servicio de Infecciones. <sup>3</sup>Laboratorio Central. Universitario de Canarias. La Laguna, Santa Cruz de Tenerife.

**Objetivos.** Casi la mitad de los pacientes ingresados con un episodio de NAC, fallecen en el año posterior al alta. El objetivo de este estudio es determinar los factores pronósticos relacionados con la mor-

talidad a largo plazo de la NAC, comparando edad, comorbilidad, índices combinados y marcadores de la inflamación con alteraciones funcionales.

**Material y métodos.** Estudio prospectivo, que incluyó 226 sujetos con NAC, entre 25 y 95 años de edad, ingresados en el Servicio de Medicina Interna, 183 en planta y 43 en la Unidad de Cuidados Intensivos. Se determinó al ingreso el estado de nutrición, la fuerza, los índices combinados de Fine y el CURB-65 y distintos mediadores de la inflamación al ingreso.

**Resultados.** De los 226 pacientes con NAC, 198 fueron dados de alta del hospital, momento en que se inicia el estudio. Estos 198 fueron seguidos mediante contacto telefónico durante una mediana de 579 días, (693 en el caso de los supervivientes). El cuartil superior (supervivencia del 75%), se alcanzó después de 571 días. La mortalidad a largo plazo estaba aumentada en pacientes con: comorbilidad, desnutrición (pérdida de peso, IMC, PB, AMB, VNS, fuerza (dinamometría), disminución de los linfocitos T4), ausencia de fiebre, alteración de la conciencia y disminución del Glasgow. De los índices pronósticos de mortalidad de la NAC, el PSI o índice de Fine se relacionó muy bien con la mortalidad a largo plazo (incluye comorbilidad), sin embargo el CURB-65 no. Los mediadores de la inflamación también se relacionaron con una mayor mortalidad a largo plazo: aumento de sCD14, TNF- $\alpha$  y sTREM-1, y descenso de LBP. Sin embargo, las alteraciones funcionales que más influyeron en la mortalidad a corto plazo como taquipnea, hipoxemia o hipotensión arterial no se relacionaron con la mortalidad a largo plazo. Mediante regresión de Cox, tuvieron valor pronóstico independiente a largo plazo: edad superior a 85 años, escaras, insuficiencia renal crónica, Parkinson, ausencia de fiebre y el índice de comorbilidad de Charlson.

**Discusión.** El haber sufrido un episodio de NAC, aumenta el riesgo de mortalidad a corto y largo plazo, probablemente por la comorbilidad asociada a la edad avanzada y a las alteraciones funcionales residuales tras la NAC, relacionadas con el estado de nutrición y el deterioro cognitivo. El PSI o índice de Fine, es mejor como índice pronóstico de la NAC a largo plazo, seguramente porque incluye comorbilidad e institucionalización, mientras que el CURB-65, a parte de la edad tiene en cuenta sólo alteraciones funcionales: taquipnea, confusión, hipotensión y azoemia, cuya repercusión es principalmente a corto plazo. Los mediadores biológicos de la inflamación: TREM-1, TNF- $\alpha$ , LBP y sCD14, se relacionaron con la mortalidad en el análisis univariante, pero perdieron su significación estadística en el análisis multivariante, debido posiblemente a que algunas comorbilidades, se asocian a procesos inflamatorios e infecciosos, que también pueden influir en la mortalidad.

**Conclusiones.** El ingreso por neumonía se asocia con mal pronóstico a largo plazo, que se relaciona con la edad y la comorbilidad.

#### A-176

**FACTORES PREDICTORES DE DESARROLLO DE TUBERCULOSIS EN PACIENTES VIH. ESTUDIO DE OCHO AÑOS**  
**E. Martín Echevarría<sup>1</sup>, A. Pereira Julia<sup>1</sup>, S. Moreno<sup>2</sup>, M. Torralba<sup>1</sup>, Y. Meije<sup>1</sup>, M. De Vicente<sup>1</sup>, R. Méndez<sup>1</sup> y M. Rodríguez Zapata<sup>3</sup>**

<sup>1</sup>Medicina Interna. Universitario Guadalajara. Guadalajara.

<sup>2</sup>Infecciosas. Ramón y Cajal. Madrid. <sup>3</sup>Departamento Medicina. Universidad Alcalá de Henares. Alcalá de Henares, Madrid.

**Objetivos.** Dado que existen pocos datos sobre los factores asociados con el desarrollo de tuberculosis en pacientes que están recibiendo TARGA nuestros Objetivos. son: estimar la incidencia de tuberculosis entre pacientes infectados por VIH seguidos en una consulta de hospital terciario en la era del tratamiento antirretroviral de gran actividad. Identificar los factores de riesgo asociados al desarrollo de tuberculosis en este grupo de población.

**Material y métodos.** Estudio observacional, de cohorte, retrospectivo. Hospital Ramón y Cajal (Madrid) Sujetos: Incluidos: Recibir TARGA (3 fármacos al menos) durante la infección por VIH entre enero de 1996 y septiembre de 2004. Sólo los pacientes que habían completado el tratamiento con isoniazida profiláctica fueron excluidos del análisis. Variables Dependiente: Desarrollo de tuberculosis demostrada mediante cultivo. Independientes (Predictiva): Sociodemográficas, historia previa de tuberculosis activa y SIDA, resultado de test cutáneo de tuberculina, cifra de linfocitos CD4,

niveles plasmáticos del RNA VIH. Análisis estadístico: la incidencia de tuberculosis fue definida como el número de nuevos episodios que ocurren por cada 100 personas-año de seguimiento. Se realizó un análisis univariante y multivariante para identificar los factores de riesgo asociados con el desarrollo de tuberculosis.

**Resultados.** Se incluyen en el estudio 1.824 pacientes. La mediana de duración del seguimiento fue de 473 días. El 59% de los sujetos del estudio contrajeron la infección por el VIH a través del uso de drogas por vía intravenosa. En el momento de la inclusión en el estudio, el 41,7% de los sujetos presentaba un estadio clínico A, el 28,8% tenía estadio B y el 29,6% se encontraba con diagnóstico de SIDA. El 48,7% presentaban un nivel de CD4 menor de 200\*106. La prueba cutánea de la tuberculina (PPD) fue positiva en el 19% (339) de los pacientes y se diagnosticó un episodio de tuberculosis previa en el 13% (254) de los pacientes antes del inicio del TARGA. Durante el seguimiento se observaron 45 casos de tuberculosis, con una incidencia global de 1,9 por cada 100 personas y año de observación. Mediante análisis de regresión logística multivariante, se asoció de forma independiente con el riesgo de desarrollar tuberculosis la obtención de un PPD positivo [OR (IC 95%): 4,1 (1,9-8,9)]; la cifra basal de CD4 en intervalos de 100 células/mm<sup>3</sup> [OR (IC 95%): 0,683 (0,522-0,894)]. La incidencia de tuberculosis entre los pacientes con PPD positivo y negativo fue de 4,26 y 1,02 casos por 100 personas-año de observación, respectivamente (p < 0,001). La mediana de la cifra de CD4 fue de 258 para los pacientes que no desarrollaron tuberculosis y 165 para los que la desarrollaron (p < 0,001).

**Discusión.** La incidencia de la tuberculosis permanece relativamente elevada en los pacientes tratados con TARGA, aunque ésta es menor que la observada en la era pre-TARGA. Independientemente del efecto de la terapia antirretroviral, una cifra de linfocitos CD4 baja y el test cutáneo de tuberculina positivos están asociados en nuestra cohorte con un mayor riesgo de desarrollo de tuberculosis. No hubo relación con la carga viral. El incremento de CD4 tras el inicio de terapia antirretroviral de gran actividad es más lenta en los pacientes que desarrollan tuberculosis.

**Conclusiones.** El riesgo incrementado en los pacientes que presentan el test de tuberculina positivo, refuerza las recomendaciones de realizar dicha prueba a todos los individuos infectados por el VIH y de administrar tratamiento para la infección tuberculosa latente a todos los pacientes que presentan un PPD positivo aunque esté en tratamiento con TARGA. Se debe administrar el tratamiento antirretroviral más adecuado para conseguir el incremento de CD4 de forma temprana para disminuir el riesgo de tuberculosis.

## PACIENTE PLURIPATOLÓGICO/ EDAD AVANZADA

### EA-5

#### ¿ES EL SERVICIO DE MEDICINA INTERNA EL RESPONSABLE DEL PACIENTE PLURIPATOLÓGICO (PPP) EN EL HOSPITAL?

M. Fernández Miera

Unidad de Hospitalización Domiciliaria. Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. Santander, Cantabria.

**Objetivos.** El PPP se suele caracterizar por su edad avanzada y por su especial fragilidad clínica, lo cual repercute negativamente en su capacidad funcional y genera una importante demanda asistencial, en muchos casos no programable, tanto en Atención Primaria como en el hospital. Éste, como empresa de servicios que es, tiene la obligación de conocer las peculiaridades de este tipo de paciente, cada vez más frecuentador del mismo, para innovar estrategias asistenciales que aumenten la calidad ofrecida y consigan la máxima eficiencia. A este respecto, es primordial conocer la distribución del PPP entre los diferentes Servicios del hospital y el papel que juega el Servicio de Medicina Interna (SMI) en su manejo.

**Material y métodos.** Estudio de casos (PPP), identificados por la definición funcional (DF) del Programa de Asistencia Integral de la

Consejería de Sanidad de Andalucía, y controles (PNP o paciente no pluripatológico) Fuente de datos: conjunto mínimo básico de datos de alta hospitalaria (CMBDAH) Variables: edad, sexo, tipo de ingreso, área de ingreso, servicio de ingreso, tipo de alta, estancias generadas. Población diana: las 34.645 altas hospitalarias de 2003. Muestra: 4310 altas. Análisis bivariante. Estadísticos: chi cuadrado (variables cualitativas) y t de Student (variables cuantitativas).

**Resultados.** El 16,9% eran PPP en el momento del alta. Los PPP tuvieron más edad que los PNP (72,3 versus 51,1 años), fueron más frecuentemente varones (65,1% versus 44,1%), ingresaron más frecuentemente por Urgencias (73,4% versus 60%), fueron atendidos más asiduamente en el AEM o área de especialidades médicas (76,4% versus 34,2%), fueron remitidos menos frecuentemente a su domicilio en el momento del alta (84,1% versus 95,4%) y generaron más estancias (13,3 versus 7,6 días). El 76,4% de PPP del hospital fueron dados de alta desde el AEM. El 31,3% de las altas del AEM correspondieron a PPP. El SMI fue responsable del 30,8% de los PPP dados de alta en todo el hospital y del 40,3% de PPP dados de alta del AEM. El 15,9% de PPP del hospital fueron dados de alta desde el área de especialidades quirúrgicas (AEQ). El 9,8% de las altas del AEQ correspondieron a PPP. Los Servicios de Cirugía Cardio-Vascular, Cirugía General y Traumatología fueron responsables del 75,9% de PPP dados de alta del AEQ. El resto de especialidades fue responsable del 7,7% de los PPP dados de alta en el hospital.

**Discusión.** La DF de PPP, aplicada de forma retrospectiva en el conjunto de un hospital universitario y utilizando únicamente la información aportada por el CMBDAH, parece ser una buena herramienta para diferenciar este tipo de paciente del resto. Los PPP no sólo fueron dados de alta del SMI, sino que otros Servicios (fundamentalmente del AEM) fueron responsables de la mayoría de las altas de estos pacientes. El grupo de PPP atendidos en el AEQ supone una gran oportunidad para que los SMI lleven a cabo programas de apoyo que mejoren los resultados clínicos y la eficiencia durante el ingreso de estos pacientes. Los SMI pueden conseguir una continuidad de cuidados para el PPP introduciendo en sus circuitos asistenciales unidades más horizontales y multidisciplinarias (como la hospitalización domiciliaria, el hospital de día, la unidad de corta estancia), consultas urgentes de alta resolución y programas de atención integral en colaboración con los Equipos de Atención Primaria y los Servicios Sociales de la zona. El internista, por su formación y visión integradora del paciente, está llamado a convertirse en el médico de referencia del PPP dentro del hospital, con el objetivo fundamental de mejorar su capacidad funcional y su calidad de vida.

**Conclusiones.** Existen muchos PPP, en el ámbito hospitalario, que no se están beneficiando del manejo integral de sus enfermedades por parte de los internistas; en parte por cierta "falta de interés" de éstos en asumir al PPP como "su paciente". Los hospitales debieran asumir la importancia relativa de los PPP en la carga asistencial que soportan a diario y crear infraestructuras específicas para la atención eficiente de las expectativas y necesidades de estos pacientes.

### EA-45

#### CARACTERÍSTICAS DEMOGRÁFICAS Y CLÍNICAS DE PACIENTES PLURIPATOLÓGICOS EN LA POBLACIÓN GENERAL

N. Ramírez Duque<sup>1</sup>, M. Rincón Gómez<sup>1</sup>, M. Cassani Garza<sup>1</sup>, L. Moreno Gaviño<sup>1</sup>, M. Ortiz Camúñez<sup>2</sup>, S. García Morillo<sup>1</sup>, M. Bernabeu Wittel<sup>1</sup> y M. Ollero Baturone<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Medicina Interna. Virgen del Rocío. Sevilla. <sup>2</sup>Atención primaria. Aljarafe. Camas, Sevilla.

**Objetivos.** Conocer prevalencia, características demográficas y clínicas de pacientes pluripatológicos (PP) en la población general.

**Material y métodos.** Estudio transversal multicéntrico con censado activo de PP en 4 centros de salud (CS, 3 urbanos y 1 periurbano). Fase preliminar: exclusión de cupos con uso inferior de historia informatizada (bajo percentil 5 con respecto a mediana de variable n° problemas abiertos/n° usuarios del cupo). Se preseleccionaron los pacientes incluidos en el proceso "atención al paciente pluripatológico", con > 2 programas, o con > 2 problemas recogidos en la historia informatizada. Se incluyeron finalmente en la cohorte de PP los que cumplían los criterios definidos por la Consejería de Salud de la Junta de Andalucía, tras entrevista clínica con el Médico de Familia

responsable. Se determinaron prevalencia, características demográficas, número y tipo de categorías definitorias; todo ello de forma global, por CS y por cupo. Las diferencias se determinaron mediante el test de la Chi2 y de Fisher. El dintel de significación estadística se estableció para una  $p < 0,05$ .

**Resultados.** Se incluyeron 868 PP, con una prevalencia: 1,3%; los resultados de prevalencia por centros y por cupos aparecen en la tabla 1. El 51,4% de los PP identificados fueron varones, edad media 74,92 años (DE 10,79 años). La media de categorías por pacientes fue 2,47 (DE 0,62); la categoría más prevalente fue la A (enfermedades cardiológicas, 66,8% de los pacientes), seguida de la F (enfermedad vascular periférica o diabetes con repercusión, 61,3%), la B (enfermedades reumatológicas o insuficiencia renal, 38,5%), y la C (enfermedades respiratorias, 36,1%); siendo menos frecuentes la E (enfermedades neurológicas, 22,4%), la G (enfermedades oncohematológicas, 17,4%), y la D (enfermedades digestivas, 4,6%). Comparación entre centros: la prevalencia fue mayor en Centro III con respecto a Centro IV ( $p < 0,0001$ ) y a Centro I ( $p = 0,002$ ); sin diferencias significativas respecto a las características demográficas o clínicas. Comparación entre cupos: había diferencias significativas en la prevalencia entre los que la tenían más alta (3,04 del Centro III, 2,64 del Centro III, 2,47 del Centro II) y los que la tenían más baja (0,21 del Centro II, 0,29 del Centro IV, 0,31 del Centro I); no hubo diferencias por cupos en las características demográficas y clínicas. Conclusiones. Los PP son un 1,3% de la población general. Tienen una edad avanzada, con un protagonismo clínico de las enfermedades cardiovasculares. Las diferencias de prevalencia entre CS y cupos (que pueden suponer variaciones tanto demográficas como de la vigilancia activa por parte del personal sanitario) no se traducen en cambios de las características demográficas y clínicas entre CS y cupos, lo que orienta a que la definición actual de PP consigue identificar un grupo homogéneo de pacientes.

Tabla 1. Prevalencia.

Centro de Salud	Cupos incluidos	Población por BDU	PP identificados	Rango de prevalencia en cupo	Prevalencia
I	10	15.790	162	0,31-1,80	1,03
II	13	18.769	272	0,21-2,47	1,47
III	12	16.906	338	1,14-3,04	2,00
IV	7	11.237	96	0,29-1,65	0,85
Global	42	62.702	868	0,21-3,04	1,38

**EA-53**

**VULNERABILIDAD CLÍNICA, DETERIORO COGNITIVO Y FUNCIONAL EN UNA COHORTE MULTICÉNTRICA DE PACIENTES PLURIPATOLÓGICOS**

L. Moreno Gaviño<sup>1</sup>, N. Ramírez Duque<sup>1</sup>, M. Rincón Gómez<sup>1</sup>, M. Bernabeu Wittel<sup>1</sup>, J. García Morillo<sup>1</sup>, V. Yerro<sup>2</sup>, J. Cuello<sup>1</sup> y M. Ollero<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Servicio de Medicina Interna. Hospitales Universitarios Virgen del Rocío. Sevilla. <sup>2</sup>Atención Primaria. HUVR. Sevilla.

**Objetivos.** Analizar la prevalencia y características clínicas y asistenciales de los pacientes pluripatológicos (PPP) con deterioro cognitivo (DC) y los factores asociados al deterioro funcional (DF) y la vulnerabilidad clínica (VC) en una cohorte multicéntrica de PPP con base poblacional de cuatro zonas básicas de salud (100.877 habitantes) del área sanitaria de los Hospitales Universitarios Virgen del Rocío. **Material y métodos.** La cohorte de PPP se generó prospectivamente mediante censado proactivo de todos los pacientes que cumplimentaban los criterios de la Consejería de Salud atendidos entre septiembre de 2004 y marzo de 2005 en cuatro Centros de Salud. Se registró las diferentes variables mediante una entrevista por un miembro del equipo investigador no relacionado con la asistencia del paciente. El DF se analizó mediante la escala de Barthel (EB), y la VC se extrajo tras un análisis factorial como variable resumen del número de ingresos hospitalarios, urgencias hospitalarias, urgencias en atención primaria, y visitas domiciliarias del M. Familia y Enfermero de Familia en los últimos tres meses (método de máxima verosimili-

tud siendo oscilando la matriz de las variables resumidas entre 0,48 y 0,61). El DC se determinó en aquellos  $> 65$  años con la escala de Pfeiffer (EP), cuando el número de errores obtenidos era  $\geq 3$  o  $\geq 4$  en alfabetos. Posteriormente se compararon las características demográfico-clínicas y asistenciales de los PPP con y sin DC. El análisis multivariante se realizó con la técnica de regresión lineal paso a paso hacia delante mediante el paquete estadístico SPSS 12.0. El nivel de significación estadística se estableció para una  $p < 0,05$ .

**Resultados.** De la cohorte global PPP, 662 fueron elegibles (se excluyeron 79 fallecidos, 5 ingresados en residencias, 44 pacientes que cambiaron de centro, 11 pérdidas), accediendo a la entrevista 461 (69% de la población elegible). De ellos, 174 (37,75%) presentaron DC; 119 (68%) de ellos no presentaba la categoría E. Comparativamente los PPP con DC eran con más frecuencia mujeres (58% vs 45%;  $p = 0,006$ , RR = 1.4 [1.09-1.76]), de mayor edad (77 vs 73 años;  $p = 0,028$ ), con mayor deterioro funcional (80 vs 95 puntos en EB,  $p < 0,0001$ ), y peor soporte sociofamiliar (4,5 vs 4 puntos en la E. de Gijón;  $p = 0,002$ ); además tenían con mayor frecuencia un cuidador principal (CP) (76,5% vs 62,5%;  $p = 0,002$ , RR = 1.97 [1,27-3,05]). Desde el punto de vista asistencial requirieron más atenciones domiciliarias de Enfermería de Primaria (0,7 vs 1,9;  $p < 0,0001$ ) en los tres meses previos a la entrevista, que los PPP sin DC. En cuanto al DF, la mediana en la puntuación en la EB fue 90 (0-100). El DF se asoció con la edad del PPP ( $r = -0,24$ ;  $p < 0,0001$ ), el sexo femenino (85 vs 95,  $p < 0,0001$ ), el número de categorías de inclusión ( $r = -0,17$ ;  $p = 0,001$ ), las categorías B (80 vs 95,  $p < 0,0001$ ), y E (50 vs 95,  $p < 0,0001$ ), el DC ( $r = -0,25$ ;  $p < 0,0001$ ), la insuficiencia sociofamiliar medida por la E. de Gijón ( $r = -0,22$ ;  $p < 0,0001$ ) y en relación a parámetros asistenciales, con el acceso telefónico al internista (67,5 vs 85;  $p = 0,019$ ). La VC fue mayor en los pacientes con más edad ( $r = 0,15$ ;  $p = 0,002$ ), más categorías de inclusión ( $r = 0,125$ ;  $p = 0,008$ ), aquéllos con la categoría E ( $p = 0,001$ ), con deterioro funcional por EB ( $r = -0,27$ ;  $p < 0,0001$ ), con insuficiencia sociofamiliar ( $r = 0,123$ ;  $p = 0,002$ ) y aquéllos con acceso telefónico a su M. de familia ( $p = 0,005$ ) y enfermero ( $p = 0,06$ ). En el análisis multivariante la VC se asoció de manera independiente con la edad ( $p = 0,01$ ) y la insuficiencia sociofamiliar ( $p = 0,026$ ); y en el DF se asoció de manera de igual forma con la insuficiencia sociofamiliar ( $p < 0,0001$ ) y con la categoría E ( $p < 0,001$ ).

**Conclusiones.** La vulnerabilidad clínica, el deterioro cognitivo y funcional coexisten de forma significativa. En nuestra cohorte de PPP más de un tercio presentó deterioro cognitivo, sin presentar la categoría E en dos tercios de los pacientes. Los PPP con más edad, con la categoría E, e insuficiencia sociofamiliar son más vulnerables clínicamente y predicen un mayor deterioro funcional. A nivel asistencial tiene mayor necesidad de apoyo sanitario en domicilio y utilizan con más frecuencia el acceso telefónico a los profesionales sanitarios.

**GESTIÓN CLÍNICA**

**G-3**

**ANÁLISIS DE LOS GRUPOS RELACIONADOS POR EL DIAGNÓSTICO (GRD) EN UNA UNIDAD MÉDICA DE CORTA ESTANCIA (UMCE)**

R. Llanos Llanos<sup>1</sup>, M. Torralba Saura<sup>1</sup>, O. Casado Meseguer<sup>1</sup>, M. Gandía Herrero<sup>2</sup> y F. Herrero Huerta<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Medicina Interna. Unidad Médica de Corta Estancia.

<sup>2</sup>Hospital Universitario Morales Meseguer. Murcia.

<sup>3</sup>Medicina Interna. Universitario Morales Meseguer. Murcia.

**Objetivos.** Valorar si las diferencias en la gestión de algunos procesos (GRD) entre una UMCE y la hospitalización convencional en un Servicio de Medicina Interna (MI) se reflejan en las estancias y si se aproximan a los objetivos por los que dicha Unidad fue creada.

**Material y métodos.** Se identificaron los pacientes ingresados en la UMCE durante 2005, que también habían ingresado en MI durante el año 2004 y el 2005, siendo dados de alta con el mismo GRD en todos los casos. Se realiza un análisis de las estancias. Los datos fueron facilitados por el Servicio de Archivo y Codificación.

Tabla 1. (G-3).

	CGRD 88	GRD96	GRD97	GRD541	GRD542	GRD 127	Total
<b>MEDICINA INTERNA</b>							
Nº pacientes	22	5	3	16	12	22	80
Estancia media	7,68	9,6	5,67	6,88	6	8,82	7,63
<b>UMCE</b>							
Nº pacientes	19	5	4	17	11	17	73
Estancia media	3,47	3,8	3	3,41	3,36	3,47	3,44
Signific. estadística	p < 0,002	p < 0,021	p < 0,266	p < 0,0001	p < 0,052	p < 0,0001	p < 0,0001

**Resultados.** Se identificaron 62 pacientes dados de alta tanto de MI como de la UMCE, con el mismo GRD (88, 541, 542, 96 y 97 relacionados con EPOC, asma y bronquitis, así como 127 relacionado con insuficiencia cardíaca), patología fundamentalmente crónica. El total de ingresos fue 153, de los que 80 correspondieron a MI y 73 a la UMCE. La estancia media para los mismos pacientes en UMCE fue de 3,44 días (IC95%: 3,14-3,74) y en MI de 7,63 (IC95%: 6,7-8,56). En la tabla 1 se analizan por GRD y número de pacientes.

**Discusión.** El objetivo de las UMCE es el de evitar ingresos y estancias inadecuadas sobre todo en pacientes que precisan de pocos recursos hospitalarios, para lo que habitualmente se establecen unos criterios de ingreso más o menos explícitos y se intentan optimizar los procesos incluidos, de tal forma que se obtenga una sensible mejoría en la eficiencia del manejo de estos pacientes. Para valorar dicha eficiencia no sólo deben medirse los objetivos propuestos en su creación, como unidades más o menos independientes, como puede ser la estancia media aislada o por diagnósticos o GRD al alta, y que en análisis previos de nuestra y otras UMCE parecen haber tenido buenos resultados, ya que el sólo hecho de la selección de pacientes podría explicar las diferencias con un servicio de MI convencional. Para intentar eliminar en lo posible el sesgo que puede derivar de la selección de pacientes, analizamos aquellos que fueron dados de alta de nuestra unidad durante el año 2005 y que también lo habían sido de MI en el año 2004 y 2005, pero que además lo hubieran hecho con el mismo GRD. En nuestro estudio, existió una diferencia de 4,19 días (p < 0,0001) en la estancia media de los mismos pacientes y con el mismo GRD. Estos resultados se deben tomar con precaución debido a las limitaciones de este estudio y sobre todo a las diferencias que aún pueden existir dentro del mismo GRD. A pesar de todo creemos que las UMCE pueden ayudar a mejorar la eficiencia de los servicios de MI.

**Conclusiones.** 1) Las UMCE, debido a su organización, pueden disminuir los días de hospitalización en algunos procesos y por tanto ayudar a la mejora en la eficiencia de los servicios de Medicina Interna.

## G-28

### IMPLANTACIÓN DE UN PROGRAMA DE DIAGNÓSTICO RÁPIDO DEL CÁNCER DE PULMÓN EN RÉGIMEN AMBULATORIO

**R. Casitas Mateo, F. Gómez Gómez, M. García Sánchez, J. Ramos González, M. Barrueco Ferrero, R. Cordovilla Pérez, J. González Ruiz y J. Fernández Sánchez**

<sup>1</sup>Neumología. Hospital Universitario. Salamanca.

**Objetivos.** Describir la aplicación de un programa protocolizado de diagnóstico rápido del cáncer de pulmón (CP) en régimen ambulatorio y valorar su cumplimiento, así como los resultados obtenidos.

**Material y métodos.** Iniciado en octubre de 2002 para ser aplicado a todos los pacientes del Área de Salud de la provincia con posibilidad de padecer CP, salvo los que precisaban ingreso hospitalario, basado en alteraciones en la radiografía de tórax compatibles con CP o presencia de hemoptisis sin alteración radiológica y factores de riesgo de CP. Tras un período de información, se estableció un tiempo máximo de 2-3 días desde la valoración médica inicial (VMI) hasta la primera consulta en neumología (NEUMO.1) y de 4-7 días desde ésta hasta la segunda (tiempo de diagnóstico), saliendo del programa con el diagnóstico positivo, incluida la estadificación.

**Resultados.** Desde octubre de 2002 hasta junio de 2005 se vieron 431 pacientes, obteniéndose un diagnóstico definitivo en 413: CP

primario 145 (35,1%), otros tumores pulmón/tórax 21 (5,1%), tumores otras localizaciones 10 (2,4%), patología pulmonar no tumoral 97 (23,5%), hemoptisis sin filiar 47 (11,4%), otros diagnósticos 44 (10,6%) y normalidad 49 (11,9%). La procedencia de los pacientes correspondió en su mayoría al Servicio de Urgencias con 238 (52,8%), seguido de la consulta de Neumología con 70 (15,8%) y Atención Primaria con 63 (14,0%); los restantes 70 pacientes (15,8%) tenían 25 orígenes diferentes. Los motivos de derivación fueron alteración radiológica compatible con CP en 341 pacientes (77,1%), hemoptisis sin alteración radiológica y factor de riesgo de CP en 88 (19,9%) y otras causas diversas en 12 (2,7%). El tiempo transcurrido desde la VMI hasta NEUMO.1 fue de 2,7 días de media, cumpliéndose el programa en 259 pacientes (58,7%). En los pacientes con CP primario, el tiempo de diagnóstico fue de 10,7 días de media, siendo < 7 días (tal y como establece el programa) en 69 pacientes (47,6%) con una media de 5,9 días y > 7 días en 76 (52,4%) con una media de 15,1 días. Las causas de demora diagnóstica fueron retraso en la fibrobroncoscopia (FBC) y/o TAC en 17 pacientes (22,4%) con una media de 12,4 días, 2ª FBC en 14 (18,4%) con una media de 13,6 días, PAAF transparietal en 36 (47,4%) con una media de 21,6 días, 2ª FBC + PAAF transparietal en 6 (7,9%) con una media de 21,6 días; 2 pacientes (2,6%) precisaron PET y técnica quirúrgica con 44 y 60 días, respectivamente. El motivo de derivación en los pacientes con CP fue alteración radiológica compatible en 138 (95,2%), hemoptisis sin alteración radiológica y factor de riesgo de CP en 5 (3,5%) y otros motivos en 2 (1,4%).

**Discusión.** El motivo de derivación de los pacientes se cumplió la mayoría de las veces, siendo distinto a lo indicado en sólo 12 casos (4,6%). La mayoría de los pacientes proceden del Servicio de Urgencias y con mucha menor frecuencia de la consulta de Neumología y directamente de Atención Primaria, destacando la escasa derivación de pacientes por parte de Medicina Interna, con sólo 6 casos (1,4%). En algo más de un tercio de los pacientes estudiados se ha diagnosticado cáncer de pulmón primario y cabe destacar que un pequeño porcentaje no presentaba ningún tipo de alteración en la radiografía de tórax. En casi la mitad de los pacientes con CP primario el tiempo de diagnóstico ha sido menor de 8 días, siendo las principales causas de demora diagnóstica la repetición de la fibrobroncoscopia y la realización de PAAF transparietal.

**Conclusiones.** 1) Se describe la aplicación de un programa protocolizado de diagnóstico rápido, incluida la estadificación, del cáncer de pulmón en régimen ambulatorio. 2) Los resultados obtenidos permiten recomendar este programa para el diagnóstico rápido del cáncer de pulmón en régimen ambulatorio. 3) Es preciso mejorar la información para incluir el mayor número posible de pacientes a este programa diagnóstico, puesto que un número indeterminado de pacientes no entró en el programa por falta de información o por decisión de la valoración médica inicial.

## G-46

### ANÁLISIS DE LOS FACTORES QUE PUEDEN INFLUIR EN LA CONCORDANCIA DIAGNÓSTICA

**M. Torres<sup>1</sup>, M. A. Ruiz<sup>1</sup>, M. Jarod<sup>2</sup>, T. Auguet<sup>1</sup>, S. Ruiz<sup>1</sup>, R. Ramírez<sup>1</sup>, R. A. A. Qanneta<sup>1</sup> y C. Richart<sup>1</sup>**

<sup>1</sup>Servicio de Medicina Interna. <sup>2</sup>Unidad de tecnologías de la Información y de la Comunicación. Hospital Universitario Joan XXIII. Tarragona.

**Objetivos.** 1) Analizar el nivel de concordancia entre los diagnósticos de ingreso y los diagnósticos del informe de alta. 2) Ver la influencia

que tienen en la realización del diagnóstico los siguientes factores: nivel de formación MIR, cargas de trabajo durante la guardia y tipo de razonamiento en que se basa. 3) Evaluar las repercusiones en los casos de discordancia diagnóstica.

**Material y métodos.** Se trata de un estudio prospectivo de 100 pacientes realizado durante los meses de febrero y marzo de 2006, sobre los ingresos realizados por los MIR en el Servicio de Medicina Interna del Hospital Joan XXIII de Tarragona. La valoración de la concordancia diagnóstica la hace siempre un mismo observador. Los diagnósticos que constan en el alta, son considerados el patrón de oro del estudio. Se establecen cuatro niveles de concordancia: alta, media, baja y nula (A, M, B y N, respectivamente). En los casos de concordancia baja y nula, si existe repercusión negativa: incremento de la mortalidad, prolongación de la estancia media, tratamiento incorrecto o reacción adversa, se ha analizado revisando la historia clínica completa. Los procedimientos estadísticos utilizados son el análisis de la contingencia, el test de la probabilidad exacta de Fisher, el coeficiente de correlación de Spearman y el análisis de la varianza. El nivel de significación se fijó al de una  $p < 0,005$  en una prueba bilateral. Los cálculos se realizan mediante programa estadístico SPSS-13.

**Resultados.** La concordancia diagnóstica es de nivel A un 65%, de nivel M un 24%, de nivel B un 10%, y de nivel N un 1%. No se encuentran diferencias estadísticamente significativas por géneros, distribución semanal y horaria, nivel MIR, cargas de trabajo, ni por patologías, aunque observada la edad el valor es cercano a la significación estadística. ( $p = 0,06$ ). El razonamiento diagnóstico se basa en la anamnesis y en la exploración clínica, en el 99% de los casos. Un 60% de ellos necesitan una prueba complementaria. En los casos de concordancia diagnóstica baja o nula, se detecta algún tratamiento farmacológico inadecuado, pero no reacciones adversas a fármacos, fallecimientos o alargamiento de la estancia media.

**Discusión.** Parece que cuanto mayores son los pacientes, el error es más probable, con valores de  $p$  cercanos a la significación estadística ( $p = 0,06$ ), lo que concuerda con otros trabajos. Para otros autores, el no demostrar que las cargas de trabajo influyen negativamente a la hora de hacer un diagnóstico, significa que el trabajo está mal diseñado. En nuestro caso, probablemente el error se minimiza porque durante el período del estudio las cargas de trabajo han sido bajas. Si se analizan las causas de la discordancia diagnóstica se observa que la más frecuente es una mala valoración clínica (anamnesis y exploración), hecho ya reflejado por otros autores.

**Conclusiones.** En nuestro estudio el nivel de concordancia diagnóstica es alto. No se ha encontrado relación entre el nivel de formación MIR, las cargas de trabajo, el tipo de razonamiento y la concordancia diagnóstica. Los casos de discordancia diagnóstica son originados por una valoración clínica insuficiente que no se suple con exploraciones complementarias. Insistimos en la importancia de una buena anamnesis y exploración física, destacando que en los pacientes de edad avanzada esto es más laborioso lo que puede conducir al error en este grupo.

### G-53 IMPACTO DE UN INFORME DE ALTA SIMPLIFICADO (IAS) EN EL AUTOCONOCIMIENTO DEL ESTADO DE SALUD (ES) DE PACIENTES INGRESADOS EN UN SERVICIO DE MEDICINA INTERNA (SMI)

V. Giner, M. Esteban, P. Lafuente, R. Girbés, G. Cortell, M. Calabuig, J. Morant y T. Marco

Servicio Medicina Interna. Verge dels Liris. Alcoi, Alacant.

**Objetivos.** Los pacientes ingresados en un SMI presentan un pobre grado de conocimiento de su ES. Los Informes de Alta Hospitalaria (IAH) podrían mejorar el conocimiento del ES, sin embargo, existen datos indicativos de que no cumplen esta función. El actual estudio se plantea valorar el impacto de un IAS dirigido al paciente sobre el conocimiento de su ES.

**Material y métodos.** Estudio transversal de 60 pacientes ingresados en un SMI comarcal ( $79,3 \pm 7,2$  años, 60,5% varones, 10% con deterioro cognitivo,  $3,4 \pm 1,7$  enfermedades crónicas de base, toma diaria de  $6,2 \pm 2,6$  principios activos en  $8,3 \pm 5,5$  dosis diarias). Los pacientes (o acompañantes) que libremente quisieron respondieron una encuesta dirigida con preguntas al respecto de las expectativas y forma en que estas son cubiertas por un IAH expresamente realiza-

do siguiendo criterios de calidad y un IAS personificado. A continuación se ha valorado si estos documentos inciden de alguna manera en el grado de autoconocimiento del ES individual.

**Resultados.** Un 43,2 y un 5,4% de pacientes dijeron "entender con dificultad" o "no entender nada" del IAH, mayoritariamente (82,4%) por "palabras raras" (82,4%). A pesar de que para el 73,6% de pacientes el IAH debe servir para "saber qué me pasado" y/o "qué tomar", tras la lectura del IAH sólo un 48,6% sabe el tratamiento, siendo un 21,6% de los pacientes (61,5% de aquellos que no entendieron el IAH) que persiste con dudas sobre el tto. y/o dx tras la lectura del IAH. Por otro lado, un 81,8% de pacientes consideró que el IAS "le había sido clarificador", mientras un 6,1% expresó "que no le había clarificado nada". En comparación con el IAH el IAS se consideró que en un 81,8% "clarificó el tratamiento", en un 6,1% "clarificó el tratamiento", en un 9,1% dio una "clarificación global", mientras en un 3% "no clarificó nada".

**Discusión.** El IAH no responde a las expectativas de los pacientes, que se centran en el conocimiento del dx y tto, si bien este mejora tras su lectura. El IAS es bien valorado por los pacientes e implementa el grado de conocimiento.

**Conclusiones.** Debiera plantearse la utilidad de realizar pequeñas intervenciones como el IAS centradas y dirigidas al paciente como forma de implementar el conocimiento de ES, lo que sería esperable repercutiese en mayor tasa de cumplimiento y estabilidad clínica.

## INSUFICIENCIA CARDÍACA

### IC-6 EVOLUCIÓN DE LA FRACCIÓN DE EYECCIÓN EN PACIENTES ANCIANOS CON INSUFICIENCIA CARDÍACA DIASTÓLICA

L. Cornide Santos<sup>1</sup>, E. Rojas Muñoz<sup>1</sup>, J. Fresneda Moreno<sup>1</sup>, S. García Ortego<sup>2</sup>, Á. Trueba Vicente<sup>1</sup>, M. Muro Fernández<sup>1</sup> y L. Manzano Espinosa<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Unidad de IC del Anciano. S. Medicina Interna.

<sup>2</sup>S. Cardiología. Hospital Universitario Ramón y Cajal. Madrid.

**Objetivos.** Conocer la evolución de la fracción de eyección (FE) del ventrículo izquierdo en pacientes ancianos con insuficiencia cardíaca (IC) con FE conservada ( $> 50\%$ ), en seguimiento en una Unidad de IC. **Material y métodos.** Se estudió mediante ecocardiografía a 49 ancianos con IC diastólica seguidos en nuestra Unidad al menos durante 1 año. A cada paciente se le realizó un ecocardiograma al inicio y otro al final del período de seguimiento. Los pacientes fueron tratados de acuerdo a un protocolo de actuación terapéutica, adaptado a pacientes ancianos y basado en las recomendaciones de las sociedades científicas de más relevancia en esta materia.

**Resultados.** La edad media de los pacientes fue de 78,6 años, con un rango entre los 66 y los 91 años. El 83,67% eran mujeres. Por etiología, la IC se atribuyó a hipertensión arterial en el 73,46% de los casos, a cardiopatía isquémica en el 10,2%, y a enfermedad valvular en el 12,2%. No se aclaró la etiología en el 4% de los pacientes. Recibían tratamiento con IECA el 59,18%, con ARA-II el 32,65%, con antagonista del calcio el 38,77% y con betabloqueante el 65,3%. El período de seguimiento medio fue de 16,3 meses. La FE media inicial fue de 65,53%, y la final de 65,95%. La evolución de la FE se puede apreciar en la tabla 1. Sólo en 3 pacientes (6,12%) hubo progresión a disfunción sistólica.

**Discusión.** Poco se ha estudiado sobre la evolución de los pacientes con disfunción diastólica. Se ha especulado con que la disfunción diastólica sería un estado inicial previo a la disfunción sistólica. En nuestro estudio hemos comprobado que en la mayor parte de los pacientes ancianos con IC diastólica, tratados según un protocolo terapéutico, la FE permanece estable. Probablemente la historia natural de la disfunción diastólica obedece a un modelo evolutivo diferente del de la disfunción sistólica.

**Conclusiones.** En pacientes ancianos con IC diastólica, tratados según las recomendaciones establecidas por las sociedades científicas, es infrecuente, al menos a medio plazo, la progresión a una situación de disfunción sistólica.

Tabla 1. Evolución de la FE.

	Nº de pacientes	Porcentaje
Sin cambios (variación < 10%)	32	65,30%
Aumento < 20%	3	6,12%
Aumento > 20%	6	12,24%
Descenso < 20%	4	8,16%
Descenso > 20%	4	8,16%

**IC-26**

**ESTIMACIÓN DE LA FUNCIÓN RENAL EN PACIENTES ANCIANOS CON INSUFICIENCIA CARDÍACA**

**M. Méndez, N. Muñoz, C. Romero, P. Blanco, J. Mantecas, C. Pérez de Oteyza, P. Conthe y L. Audibert**

Departamento de Medicina Interna-Departamento de Bioquímica. HGU Gregorio Marañón. Madrid.

**Objetivos.** Estimar el filtrado glomerular y con ello detectar insuficiencia renal en pacientes ancianos con insuficiencia cardíaca. Comparar la ecuación MDRD (*Modification of Diet in Renal Disease*) con los niveles de creatinina C plasmáticos como métodos de estimación del filtrado glomerular (FGR).

**Material y métodos.** Se incluyeron 42 pacientes ingresados consecutivamente por insuficiencia cardíaca (IC) durante los meses de enero a marzo de 2006 en una unidad de IC de un hospital de tercer nivel. A todos los pacientes se les determinó a su ingreso niveles de creatinina plasmática, creatinina C, NT-proBNP, PCR, troponina T, albúmina, BUN y hemoglobina. Se talló y pesó a todos los enfermos en los que fue posible. Se estimó el filtrado glomerular mediante la ecuación MDRD así como en función de los niveles de creatinina C plasmáticos a cada paciente. Se diagnosticó insuficiencia renal moderada-severa a todos aquellos pacientes con FGR < 60 ml/min, insuficiencia renal leve si FGR 60-89 ml/min y normal por encima de 90 ml/min. Se compararon los FGR estimados en función del método utilizado (MDRD o Cistatina) así como la frecuencia de insuficiencia renal moderada-severa con uno y otro método.

**Resultados.** Las características de los pacientes en cuanto a su grado de insuficiencia renal estimado por creatinina C vienen representadas en la tabla. De los 42 pacientes estudiados, sólo 9,5% tenía un FGR estimado por MDRD de > 90 ml/min y por lo tanto no fue diagnosticado de insuficiencia renal. El 42,9% fue diagnosticado de IR leve y el 47,6% restante tenía un FGR < 60 ml/min. Al emplear la ecuación en función de los niveles de creatinina C en estos mismos pacientes, el 71,4% eran diagnosticados de insuficiencia renal moderada-severa. Se obtuvieron diferencias estadísticamente significativas entre la frecuencia de insuficiencia renal moderada-severa estimadas según MDRD o creatinina C (47,6% vs 71,4, respectivamente; p < 0,01).

**Discusión.** Aunque las guías de práctica clínica consideran el MDRD como parámetro estándar para evaluar la función renal, existen limitaciones importantes de su interpretación en cuanto a pacientes enfermos con IC en edades avanzadas. La estimación del filtrado glomerular por MDRD puede sobrestimarse como se demuestra en este estudio donde la creatinina C parece evaluar de forma más sensible el grado de disfunción renal moderada-severa en estos enfermos.

**Conclusiones.** En nuestro estudio en pacientes ancianos con IC, la estimación de la función renal mediante niveles de creatinina C fue más sensible para detectar fracaso renal moderado-severo que la fórmula de MDRD o la determinación de creatinina en sangre plasmática.

Tabla 1. Características de los pacientes estudiados según el grado de insuficiencia renal evaluado por creatinina C.

	FG creatinina C < 60 ml/min	FG creatinina C > 60 ml/min	p < 0,05
Edad	79,23	75,83	ns
NYHA	3	2,75	ns
FEVI (%)	40,8	49,16	ns
Hb (g/dl)	11,4	14,2	0,03
LogNT-proBNP	3,2	2,9	ns

**IC-42**

**PREDICCIÓN DE LA MORTALIDAD A 12 MESES EN PACIENTES INGRESADOS POR INSUFICIENCIA CARDÍACA. UTILIDAD DEL NT-PROBNP**

**M. López Rodríguez<sup>1</sup>, M. Bonastre Thió<sup>2</sup>, E. Berlanga Escalera<sup>3</sup>, E. Guilera Mas<sup>2</sup>, R. Sánchez Lomares<sup>2</sup>, R. Comet Conte<sup>1</sup>, J. Font Rocabayera<sup>4</sup> y A. Martínez Rubio<sup>2</sup>**

<sup>1</sup>Medicina Interna, <sup>2</sup>Cardiología, <sup>3</sup>Laboratorio. UDIAT,

<sup>4</sup>Urgencias. Hospital de Sabadell. Corporació Sanitària Parc Taulí. Sabadell, Barcelona.

**Objetivos.** Conocer la mortalidad cardíaca (MC) en una muestra de pacientes ingresados por insuficiencia cardíaca (IC), en cualquier unidad de un hospital comunitario. Obtener un modelo de predicción de MC a 12 meses, con variables clínicas y el NT-proBNP. Este último se ha postulado como la variable predictiva independiente más potente para pronosticar eventos cardíacos (reingreso + muerte).

**Material y métodos.** Pacientes ingresados por (IC) en cualquier Unidad del Hospital. Criterios de la Sociedad Europea de Cardiología. Consentimiento Informado. Dos determinaciones seriadas de NT-proBNP -ingreso/alta-(Elecsys®ProBNP, Roche Diagnostics). Variables clínicas: edad, sexo, riesgo social, n.º ingresos x IC, Unidad de ingreso, etiología, debut de IC, EPOC, diabetes, fracción eyección, días ingreso índice, hemoglobina, creatinina, Na, Barthel, Charlson, NYHA. Variable dependiente: muerte cardíaca al año. Seguimiento con controles telefónicos a 3, 6 y 12 meses. Univariante de todas las variables predictivas respecto a muerte cardíaca (T-test, Chi-2, no paramétricas). Multivariante de regresión logística con todas las predictivas con valor de p < 0,15 en univariante. Curva de características funcionales (ROC) para la probabilidad de muerte cardíaca pronosticada por el modelo. Estimación punto de corte. Análisis de supervivencia de los grupos.

**Resultados.** Se incluyen 108 pacientes. Once (10,8%) fallecen en ingreso índice. Cohorte de seguimiento integrada por 97 casos. Edad 75,7 a. (56% > 75 a.); 47,4% mujeres, 24,7% el ingreso era el debut de la IC, 37% con ingresos x IC año anterior, 34% con cardiopatía isquémica, Hb < 12 g/dl en 36,1%, Creatinina > 1,5 mg/dl en 39,2%, FE < 50% en 46,2%. Clase NYHA I al alta 17%, Charlson medio 3,38. La media de NT-proBNP fue 8969 pg/ml al ingreso y 3771 pg/ml al alta. Catorce (14,4%) casos presentaron incremento NT-proBNP durante el ingreso. Se registraron 23 muertes cardíacas (23,7%), 9 en domicilio y 14 en reingresos. Mortalidad total 34/108 (31,5%). Los predictores univariantes son NT-proBNP ingreso 16.536 pg/ml en los fallecidos vs 6672 pg/ml en los supervivientes (p 0,029); NT-proBNP alta 8281 pg/ml vs 2370 pg/ml (p 0,018); Barthel 77,4% versus 87% (p 0,04); incremento de NT-proBNP 34,8% de los fallecidos vs 8,1% (p 0,001). Las variables con significación > 0,05 y < 0,15 fueron edad, n.º ingresos por IC, diabetes y EPOC. El modelo multivariante incluye NT-proBNP/1.000 al alta OR 1,42 (1,15-1,76); incremento NT-proBNP OR 8,18 (1,87-35,7), N.º ingresos previos por IC OR 1,76 (1,068-2,89) y edad OR 1,069 (0,996-1,147). El área bajo la curva ROC para la probabilidad pronosticada es 0,843 p < 0,001 (0,761-0,945). Un punto de corte de probabilidad pronosticada < > al 0,5 separa un grupo de alto riesgo (n = 15) con mortalidad cardíaca del 86,6% al año y uno de bajo riesgo (n = 82) con 12,2% de mortalidad. 21 de 108 casos tienen NT-proBNP al ingreso > 20000 pg/ml, 7 fallecen en el ingreso índice, 6 en el primer semestre y 2 en el segundo.

**Discusión.** En una serie de pacientes con IC y edad avanzada, comorbilidad alta, equilibrio de sexos y predominio de IC diastólica, se observa una mortalidad del 31,5% al año después de un ingreso por IC. El NT-proBNP al alta es la variable predictiva independiente más potente. Sin embargo es útil el NT-proBNP al ingreso porque si es > 20.000 pg/ml se relaciona con mortalidad del 86,6% y porque el incremento de NT-proBNP se incluye en el modelo de predicción para la cohorte que sobrevive al ingreso índice.

**Conclusiones.** 1) El NT-proBNP al alta, el incremento de NT-proBNP, la edad y el n.º ingresos x IC, construyen un modelo que identifica el grupo de alto riesgo con mortalidad del 86,6% al año. 2) Una predicción, que incluya también la mortalidad durante el ingreso índice, requiere dos valores seriados de NT-proBNP.

## INFLAMACIÓN/ ENFERMEDADES AUTOINMUNES

### IF-24

#### EFICACIA DEL TRATAMIENTO CON BOSENTAN EN EL FENÓMENO DE RAYNAUD COMPLICADO EN PACIENTES CON ESCLEROSIS SISTÉMICA

**M. Ramos-Casals, J. Plaza, G. Delgado, N. Nardi, P. Brito-Zeron, N. Soria, A. Vargas y D. Galiana**  
Servicio de Enfermedades Autoinmunes. Hospital Clinic. Barcelona.

**Objetivos.** La mayoría de pacientes con esclerosis sistémica (ES) presentan fenómeno de Raynaud (FR), que en ocasiones cursa con episodios graves (úlceras digitales, isquemia digital y necrosis cutánea). Se trata de una situación clínica que requiere un manejo terapéutico complejo mediante infusión intravenosa de prostaglandinas, tratamiento que requiere un ingreso hospitalario prolongado, acceso vascular central y que se asocia a efectos adversos tanto locales como sistémicos. Nuestro objetivo fue describir la eficacia y tolerancia del tratamiento oral con el antagonista dual del receptor de la endotelina (bosentan) en pacientes con FR complicado asociado a ES, en los que el tratamiento convencional con prostaglandinas endovenosas no pudo administrarse debido a intolerancia, falta de respuesta o problemas de acceso vascular u hospitalización del paciente.

**Material y métodos.** Presentamos los Resultados obtenidos en 6 pacientes (mujeres con una edad media de 53 años) con FR complicado tratadas con bosentan, a una dosis inicial de 62,5 mg/12 horas las primeras 4 semanas para después aumentar hasta 125 mg/12 h. **Resultados.** En todos los casos se observó la mejoría de las lesiones isquémicas y la desaparición de las ulceraciones durante el primer mes de tratamiento. No observamos efectos adversos atribuibles al fármaco. Los pacientes fueron seguidos de forma prospectiva mensual. A los 6 meses, ningún paciente presentaba manifestaciones atribuibles al FR, por lo que se discontinuó el tratamiento. A los 12 meses y coincidiendo con el inicio de la época invernal, tres pacientes presentaron nuevamente un episodio de FR complicado, por lo que requirieron la reintroducción del tratamiento con bosentan, observándose nuevamente la desaparición de las lesiones isquémicas. En el último control, ningún paciente presentaba manifestaciones de gravedad, aunque tres pacientes requirieron tratamiento de mantenimiento con bosentan. Ningún paciente presentó pérdida de tejido a nivel digital, lo que preservó una funcionalidad total de ambas manos con la consiguiente mejoría en la calidad de vida de los pacientes.

**Conclusiones.** Obtuvimos una excelente respuesta al tratamiento con bosentan en el FR complicado asociado a ES. El hecho de que ningún paciente presentara pérdidas cutáneas, asociado a la falta de efectos adversos y a su administración oral, apoya la utilización de bosentan como una terapéutica prometedoras en el manejo del FR complicado.

### IF-34

#### MORTALIDAD EN EL SÍNDROME ANTIFOSFOLÍPIDICO CATASTRÓFICO: FACTORES PRONÓSTICO EN UNA SERIE DE 250 PACIENTES

**S. Bucciarelli<sup>1</sup>, G. Espinosa<sup>1</sup>, R. Cervera<sup>1</sup>, J. Gómez-Puerta<sup>1</sup>, M. Ramos-Casals<sup>1</sup>, R. Asherson<sup>2</sup> y J. Font<sup>1</sup>**

<sup>1</sup>Enfermedades Autoinmunes Sistémicas. Hospital Clinic. Barcelona, Barcelona. <sup>2</sup>University of the Witwatersrand. University of the Witwatersrand. Johannesburg, Sudáfrica.

**Objetivos.** Analizar las principales causas de mortalidad y los factores pronóstico en los pacientes con síndrome antifosfolipídico (SAF) catastrófico.

**Material y métodos.** Analizamos los 250 pacientes incluidos en el "CAPS Registry" hasta febrero de 2005. Se trata de un registro internacional de pacientes con SAF catastrófico creado por el "European Forum on Antiphospholipid Antibodies", grupo de estudio que se encarga de diseñar proyectos multicéntricos en el campo del SAF. El registro contiene datos clínicos, de laboratorio y trata-

miento de los casos de SAF catastrófico y puede ser consultado a través de internet (<http://www.med.ub.es/MIMMUN/FORUM/CAPS.HTM>). Las fuentes de información del registro son las comunicaciones personales de los facultativos que atienden a este tipo de pacientes, así como los artículos publicados de pacientes con SAF catastrófico. Seleccionamos aquellos pacientes que fallecieron en el episodio agudo y analizamos el diagnóstico clínico considerado como causa de muerte por los facultativos a cargo del paciente. Para identificar los factores pronóstico, comparamos las manifestaciones clínicas, los datos de laboratorio y el tratamiento de los pacientes que fallecieron y de los pacientes que se recuperaron. Para valorar la influencia del año del diagnóstico en la evolución de los enfermos con SAF catastrófico los dividimos en dos grupos: los diagnosticados antes del 2001 y los diagnosticados desde el 2001 hasta febrero de 2005. Seleccionamos este año por ser el de la publicación de la segunda serie de pacientes con SAF catastrófico (Asherson RA, Cervera R, Piette JC, et al. Catastrophic antiphospholipid syndrome: clues to the pathogenesis from a series of 80 patients. *Medicine* (Baltimore) 2001;80:355-76).

**Resultados.** 114 (46,4%) pacientes fallecieron. La causa principal de muerte fue la afectación neurológica (27,2%), principalmente en forma de accidente vascular cerebral (AVC). La afectación cardíaca (fundamentalmente insuficiencia cardíaca) y las infecciones fueron consideradas como causa de muerte en el 19,8% de los pacientes. En lo que respecta a estas últimas, la mayoría de los pacientes murieron como consecuencia de sepsis de origen bacteriano, fúngico y de neumonía por *Pneumocystis*. Los pacientes afectados de Lupus Eritematoso Sistémico (LES) presentaron una tasa de mortalidad mayor (59%) en relación con los pacientes afectados de SAF primario (37,9%) ( $p = 0,003$ ). El 63,1% de los episodios tratados con anticoagulación (AC) se recuperaron respecto al 22,2% de los episodios que no la recibieron ( $p < 0,0001$ ). Los pacientes que recibieron terapia combinada con glucocorticoides (GC)+AC+ recambio plasmático (RP) presentaron una tendencia a obtener una mayor tasa de recuperación en relación con aquellos que no la recibieron (77,8% vs 55,4%). La tasa de mortalidad disminuyó del 53% al 33% de un período al otro ( $p < 0,005$ ). Las variables independientes asociadas a la disminución de la mortalidad en los pacientes con SAF catastrófico después del 2001 fueron la edad media en el momento del episodio ( $34,4 \pm 11,8$  vs  $39,4 \pm 14,8$  años;  $p = 0,016$ ) y la mayor utilización de la terapia combinada con GC+AC+RP y/o gammaglobulina (GG) (28,6% vs 13,3%;  $p = 0,007$ ).

**Discusión.** La diferencia de edad entre un período y otro fue sólo de 5 años, por lo que no la consideramos suficiente para explicar la importante reducción de la mortalidad en el segundo período. Por lo tanto, creemos que la razón principal que justifica esta reducción fue el mayor índice de utilización de la terapia combinada con AC+GC+RP y/o GG.

**Conclusiones.** La afectación cerebral principalmente en forma de AVC, la afectación cardíaca y las infecciones fueron las principales causas de muerte en los pacientes con SAF catastrófico. La presencia de LES se relaciona con una mayor mortalidad. La terapia combinada con GC+AC+RP debería ser considerada como de primera línea en los pacientes con SAF catastrófico.

### IF-37

#### EFFECTO DE LOS BIFOSFONATOS INTRAVENOSOS SOBRE LA DENSIDAD MINERAL ÓSEA EN MUJERES CON CÁNCER DE MAMA NO METASTÁSICO ADMINISTRADO ANTES DEL TRATAMIENTO ADYUVANTE

**B. Alonso Álvarez<sup>1</sup>, M. Alemán Valls<sup>2</sup>, E. Rodríguez Rodríguez<sup>2</sup>, L. Rodríguez Rodríguez<sup>2</sup>, M. Llanos Muñoz<sup>1</sup>, A. Castellano Higuera<sup>2</sup>, E. Martín Ponce<sup>2</sup> y J. Batista López<sup>1</sup>**

<sup>1</sup>Oncología Médica. Hospital Universitario de Canarias. La Laguna, Santa Cruz de Tenerife.  
<sup>2</sup>Medicina Interna. Hospital Universitario de Canarias. La Laguna, Santa Cruz de Tenerife.

**Objetivos.** Nuestro objetivo principal es analizar los efectos de la quimioterapia sobre la densidad de masa ósea en mujeres con cáncer de mama no metastásico a las que se les administraba tratamiento adyuvante con bisfosfonato intravenoso (ácido zoledrónico) antes de iniciar la quimioterapia.

**Material y métodos.** Prospectivamente estudiamos el efecto de una dosis única intravenosa de ácido zoledrónico (4 mg) administrada justo antes de iniciar el tratamiento con quimioterapia; y así estudiar su efecto sobre la densidad de masa ósea en 66 mujeres diagnosticadas de cáncer de mama no metastásico (estadio I-III). Las pacientes estudiadas acudían al Servicio de Oncología Médica entre los años 2003 y 2006. La densidad de masa ósea lumbar y de cadera era medida al diagnóstico y después de finalizar la quimioterapia. Los resultados los comparamos con un grupo control de 80 pacientes con cáncer de mama no metastásico que recibieron tratamiento adyuvante sin bifosfonatos intravenosos.

**Resultados.** Incluimos en nuestro estudio un total de 66 pacientes con cáncer de mama no metastásico (NMBC) y 80 mujeres controles. La media de edad de las pacientes con NMBC fue de  $52 \pm 10$  años y el índice de masa corporal fue de  $28,2 \pm 5,5$  kg/m<sup>2</sup>. Antes de la administración de quimioterapia no encontramos diferencias significativas en la densidad de masa ósea entre los dos grupos de mujeres en columna lumbar ni en cadera. En nuestro estudio la densidad de masa ósea aumentó de forma significativa en cuello femoral ( $0,807 \pm 0,01$ ,  $0,829 \pm 0,12$ ;  $p = 0,002$ ), y trocánter ( $0,713 \pm 0,10$ ,  $0,724 \pm 0,01$ ;  $p = 0,022$ ) y permaneció estable a nivel lumbar, zona intertrocánterea, cadera total y triángulo de Wards; en el grupo al que se administró bifosfonatos intravenosos ( $n = 66$ ) antes de la quimioterapia. En cambio, en el grupo control la densidad de masa ósea disminuyó de forma estadísticamente significativa a nivel lumbar ( $0,014 \pm 0$ ,  $1,078 \pm 0$ ;  $p = 0,0001$ ) y cadera total ( $0,924 \pm 0$ ,  $0,915 \pm 0$ ;  $p = 0,046$ ).

**Discusión.** La quimioterapia adyuvante mejora la supervivencia de las pacientes con cáncer de mama no metastásico, pero también disminuye la densidad de masa ósea con las consecuencias que puede tener esta enfermedad en pacientes relativamente jóvenes. Los bifosfonatos son fármacos efectivos en el tratamiento de la osteoporosis. En el caso del ácido zoledrónico intravenoso que fue el que nosotros usamos, suprime la resorción ósea.

**Conclusiones.** Las mujeres con cáncer de mama no metastásico sufren pérdida de masa ósea de forma temprana en relación a la quimioterapia. Según nuestros resultados la administración de bisfosfonatos intravenosos (en nuestro caso utilizamos ácido zoledrónico) administrado antes de la quimioterapia adyuvante puede ser un tratamiento efectivo para esta pérdida de masa ósea, aumentándola en algunas áreas y manteniéndola estable en otras.

**IF-40  
MICOFENOLATO EN LA NEFRITIS LÚPICA PROLIFERATIVA**

**M. Arando, A. Requena, V. Pac, O. Capdevila, I. Moga y R. Pujol**

*Medicina Interna. Bellvitge. Hospitalet, Barcelona.*

**Objetivos.** La ciclofosfamida en bolus ha sido ampliamente utilizada en el tratamiento de la nefropatía lúpica proliferativa difusa (clase IV). Más recientemente el micofenolato ha demostrado también ser un tratamiento eficaz y menos tóxico. Describimos nuestra experiencia en la utilización de micofenolato como tratamiento inductor y/o de mantenimiento en la nefritis lúpica proliferativa.

**Material y métodos.** Estudio descriptivo: 22 pacientes 18 mujeres y 4 hombres con nefritis lúpica tipo III (1 paciente) + IV (21 pacientes) diagnosticadas por biopsia, 11 de ellos fueron tratados con prednisona + micofenolato desde el inicio. Los 11 restantes fueron tratados con prednisona + bolus mensuales de ciclofosfamida e.v. (x 6) seguidos de prednisona a dosis bajas y micofenolato de mantenimiento. Se determinó creatinina, proteinuria, albumina, antiDNA y C3 antes y después del tratamiento con micofenolato.

**Resultados.** Ver tabla 1, efectos secundarios atribuidos al micofenolato: 3 casos de manifestaciones gastrointestinales 1 caso de leucopenia 1 caso de citolisis hepática 1 paciente con infección por herpes zoster.

**Discusión.** Los resultados indican que ambos tratamientos producen una mejoría de los parámetros inmunológicos y renales. Aplicado como mantenimiento el micofenolato parece consolidar la mejoría producida por prednisona + ciclofosfamida en bolus i.v. El interés suscitado por el micofenolato en la nefritis lúpica radica en que a una supuesta igualdad de eficacia, la toxicidad del micofenolato es menor respecto a la ciclofosfamida.

**Conclusiones.** El micofenolato es eficaz tanto en el tratamiento inicial como en el de mantenimiento de la nefropatía lúpica clase III y IV.

Tabla 1.

	Grupo MF n = 11	Grupo CF n = 11
Edad (años)	34,2 ± 13,4	35,9 ± 8,7
Dosis de MMF (mg/día)	1409,1 ± 301,5	1340,9 ± 358,3
Creatinina inicial (mcmol/l)	143,9 ± 121,4	134,1 ± 96,8
Creatinina preMMF (mcmol/l)		92,7 ± 25,14
Creatinina postMMF (mcmol/l)	94,7 ± 47,4	79,9 ± 16,3
Proteinuria inicial (g/d)	4,8 ± 2,5	4,1 ± 2,3
Proteinuria perMMF (g/d)		3,2 ± 3,5
Proteinuria postMMF (g/d)	0,7 ± 6,3	0,6 ± 6,4
Albumina inicial (g/l)	31,5 ± 3,4	26 ± 7,8
Albumina preMMF (g/l)		38,4 ± 6,1
Albumina postMMF (g/l)	38 ± 3,8	42,2 ± 3,8
AntiDNA inicial (U/ml)	298,8 ± 221,1	238,2 ± 126
AntiDNA preMMF (U/ml)		278,91 ± 739,9

**IF-41  
MICOFENOLATO COMO TRATAMIENTO DE NEFROPATÍA LÚPICA MEMBRANOSA (CLASE V)**

**M. Arando, I. Moga, V. Pac, O. Capdevila, M. Muñoz y R. Pujol**

*Medicina Interna. Bellvitge. Hospitalet, Barcelona.*

**Objetivos.** Existen controversias en el tratamiento de la nefropatía lúpica clase V o membranosa. La respuesta a los corticoides es en un porcentaje no despreciable de pacientes es escasa, por lo cual se aconseja reducir la dosis de corticoides y añadir inmunosupresores. Describimos nuestra experiencia en la utilización de micofenolato en el tratamiento de la nefropatía lúpica tipo V.

**Material y métodos.** Es un estudio descriptivo de los pacientes diagnosticados de nefropatía lúpica membranosa en nuestro hospital y tratados con micofenolato. El diagnóstico se efectuó por biopsia. En todos ellos se determinó proteinuria, albúmina y creatinina de forma secuencial antes y después del tratamiento así como la presencia de efectos secundarios relacionados con el micofenolato.

**Resultados.** Se trataron 9 pacientes con nefropatía lúpica V, todas mujeres. Con una edad media de  $44,4 \pm 12,6$  años. 8 de los pacientes recibieron inicialmente tratamiento con micofenolato, uno de ellos empezó tratamiento con azatioprina y posteriormente cambió a micofenolato. La proteinuria antes del tratamiento con micofenolato era de  $5,7 + 3,3$  g/día, siendo después de  $1,2 + 1$  g/día. La albúmina plasmática antes del tratamiento era de  $27 + 5,6$  g/l mejorando después del tratamiento hasta  $35,7 + 4,4$  g/l. Uno de los 9 pacientes evolucionó a insuficiencia renal leve. Como efectos secundarios a micofenolato un paciente presentó parestesias y diarreas leves, otro parestesias y prurito grave que fue motivo de suspensión precoz del tratamiento y un paciente presentó diarreas graves substituyéndose en ese caso por micofenolato sódico.

**Discusión.** El micofenolato demuestra ser eficaz en el tratamiento de la nefritis lúpica clase V con mejoría de los parámetros renales, tanto la proteinuria como la albúmina plasmática. El efecto secundario más frecuente fue la diarrea que sólo en un caso fue severa y que se sustituyó por micofenolato sódico.

**Conclusiones.** El micofenolato es eficaz en la nefropatía lúpica clase V, siendo el efecto secundario más frecuente la diarrea que en alguna ocasión puede ser grave.

**IF-45  
ANÁLISIS COMPARATIVO DE 69 PACIENTES DIAGNOSTICADOS DE ARTERITIS DE CÉLULAS GIGANTES ENTRE 1993 Y 2005 EN HOSPITAL UNIVERSITARIO LA PAZ**

**F. Zamora Vargas<sup>1</sup>, J. Ríos Blanco<sup>1</sup>, A. Mariño Enriquez<sup>2</sup>, E. De Miguel Mendieta<sup>3</sup>, J. Gómez Cerezo<sup>1</sup>, G. Ramírez Olivencia<sup>1</sup>, J. Barbado Hernández<sup>1</sup> y J. Vázquez Rodríguez<sup>1</sup>**

<sup>1</sup>Medicina Interna, <sup>2</sup>Anatomía Patológica, <sup>3</sup>Reumatología.

*Hospital Universitario La Paz. Madrid.*

**Objetivos.** Comparar en una serie de 69 pacientes, con diagnóstico confirmado por biopsia de Arteritis de Células Gigantes (ACG), dife-



rencias en las características epidemiológicas, clínicas, respuesta al tratamiento y sus complicaciones e incidencia de recidivas durante la evolución, entre dos períodos de tiempo: 1993-1999 y 2000-2005. *Material y métodos.* Se incluyeron pacientes con diagnóstico histológico de ACG entre enero de 1993 y diciembre de 2005. Recogiendo de forma retrospectiva una serie de variables: Epidemiológicas: edad y sexo. Clínicas: síntomas de debut, tiempo de evolución hasta diagnóstico, cefalea, claudicación mandibular, polimialgia reumática, síntomas sistémicos, alteraciones visuales y otros. Terapéutica: monoterapia corticoidea o asociada a metotrexate. Dosis de inicio, respuesta, tiempo de respuesta, duración y complicaciones del tratamiento. Número de recidivas.

*Resultados.* De un total de 91 pacientes con biopsia diagnóstica, solo se logra recuperar historia clínica y recoger datos a 69 pacientes; de ellos 20 eran de 1993-1999 y 49 pacientes de 2000-2005. Las causas más destacada para dicha pérdida de datos fueron el fallecimiento de varios de los pacientes o la ausencia de controles posteriores al diagnóstico. Las manifestaciones clínicas, se presentaron en porcentajes y frecuencias muy similares a las descritas en estudios publicados previamente. La totalidad de los pacientes recibió tratamiento corticoideo, a dosis y tiempo de mantenimiento similares, con una disminución progresiva de dicha dosis hasta suspensión de tratamiento. En el segundo período estudiado, a 22 pacientes (44,9%) se asocia inmunosupresores (metotrexate) al tratamiento corticoideo, con dosis inferiores de este último y en un período de tiempo menor que en los de la primera etapa. Las complicaciones del tratamiento se presentan con diferentes porcentajes entre los dos períodos, con una tendencia de ser menores entre 2000-2005. A la vez, episodios de recidiva se produjeron en 9 pacientes (45%) entre 1993-1999 y en 20 (40,8%) entre 2000-2005. De estos, en media 2,22 recidivas en el primer período y de 1,23 episodios en el segundo.

*Discusión.* Tanto en los datos epidemiológicos (sexo y edad) como en las manifestaciones clínicas no se han encontrado diferencias importantes respecto a estudios epidemiológicos publicados previamente. Respecto al tratamiento, en los dos períodos se encuentra una hegemonía a la hora de iniciar el tratamiento, con dosis muy similares de corticoides sistémicos y en el tiempo del tratamiento de mantención. Sin embargo en la dosis corticoideas de mantención, se observan diferencias entre los dos períodos, con una tendencia a ser menores en los últimos años, influidos claramente por el uso asociado de metotrexate. En las complicaciones del tratamiento corticoideo, hay una notable disminución en el porcentaje de incidencia de estas, aunque no son estadísticamente significativas, lo que se explica quizá por el tamaño muestral utilizado. En lo que sí se observan diferencias estadísticamente significativas, es en el número de recidivas producidas entre los pacientes de ambos períodos, con una  $p < 0,05$ .

*Conclusiones.* 1) No existen diferencias en la epidemiología ni en las manifestaciones clínicas de los pacientes incluidos en nuestro estudio, comparados con los descritos en estudios previos. 2) Se encuentran datos estimulantes respecto al uso asociado de Corticoides con Metotrexate para tratar a los pacientes con ACG, observándose una disminución en las complicaciones del uso crónico de corticoides sistémicos y en el número menor de recidivas que presentan los pacientes que tienen tratamiento combinado. Sin embargo dichos datos se deben confirmar con un seguimiento posterior a más largo plazo y con un mayor tamaño muestral para poder considerarse estadísticamente significativos.

## IF-58

### FACTORES ASOCIADOS CON LA CALIDAD DE VIDA RELACIONADA CON LA SALUD EN EL LUPUS ERITEMATOSO SISTÉMICO

R. García Portales<sup>1</sup>, M. Camps García<sup>2</sup>, M. De Haro Liger<sup>2</sup>, A. Fernández Nebro<sup>3</sup>, C. Díaz Cobos<sup>2</sup>, I. Pérez de Pedro<sup>2</sup>, S. Padín López<sup>2</sup> y E. de Ramón Garrido<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Reumatología. Hospital Clínico Universitario Virgen de la Victoria. Málaga. <sup>2</sup>Medicina Interna, <sup>3</sup>Reumatología. Hospital Regional Universitario Carlos Haya. Málaga.

*Objetivos.* Evaluar la calidad de vida relacionada con la salud (CVRS) mediante la versión española del cuestionario de salud SF-36 en

pacientes con Lupus Eritematoso Sistémico (LES) y establecer los factores sociodemográficos, clínicos y de apoyo social relacionados con las medidas resumen de los componentes físico y mental.

*Material y métodos.* Se incluyeron 213 pacientes (91,5% mujeres; edad media:  $41,7 \pm 14,4$  años; rango: 14-84 años), afectas de LES (cumplían al menos 4 criterios ACR), seguidas en consulta externa de dos centros de referencia de la provincia de Málaga. Se evaluaron, en un corte transversal, las características sociodemográficas, clínicas y analíticas de la enfermedad, incluidos los índices de actividad (SLEDAI:  $2,8 \pm 3,6$ ) y cronicidad (SLICC/DI:  $1,2 \pm 1,5$ ), y la situación de AS, confidencial y afectivo (escala de apoyo social funcional de Duke-UNK), familiar (APGAR familiar), y psicológico e instrumental, cotidiano y en crisis (escala de Manheim). Para la evaluación de la CVRS se utilizó el cuestionario de salud SF-36.

*Resultados.* Las puntuaciones obtenidas por los pacientes en las 8 dimensiones del cuestionario SF-36 (función física, función social, papel físico, papel emocional, salud mental, vitalidad, dolor corporal y salud general), mostraron valores inferiores a los descritos en la población general española. En el análisis univariante, los pacientes mayores presentaban menores puntuaciones en las medidas resumen del componente físico ( $p = 0,13$ ) y mental ( $p = 0,039$ ) de la escala, y los hombres presentaban mayores puntuaciones en el componente físico ( $p = 0,006$ ). En el análisis multivariante, controlando por la situación de estrés psicológico de los pacientes, los factores relacionados con la puntuación del componente físico de la escala fueron: profesión, situación laboral, actividad de la enfermedad (sle-dai), edad en el momento del estudio y APGAR familiar. Para el caso del componente mental, el APGAR familiar, el AS confidencial y afectivo y AS instrumental en crisis fueron las variables determinantes de la puntuación obtenida.

*Conclusiones.* La CVRS medida con la versión española del cuestionario SF-36 en pacientes con LES es menor que la de la población general de referencia. Los factores que determinan la CVRS en su componente físico son la profesión, la situación laboral, la actividad de la enfermedad, la edad y el AS familiar y los que determinan el componente mental están relacionados con el AS psicológico y afectivo, familiar e instrumental en crisis.

## OSTEOPOROSIS

### O-3

#### ASOCIACIÓN DEL GEN DE LA METILEN-TETRAHIDROFOLATO REDUCTASA CON LA MASA ÓSEA

J. Riancho<sup>1</sup>, C. Valero<sup>1</sup> y M. Zarrabeitia<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Medicina Interna. Hospital M. Valdecilla, Univ. Cantabria.

Santander, Cantabria. <sup>2</sup>Medicina Legal. Univ. Cantabria.

Santander, Cantabria.

*Objetivos.* La metilen-tetrahidrofolato reductasa (MTHFR) es una enzima implicada en la vía de reconversión de la homocisteína a metionina. El objetivo de este estudio fue determinar la relación del polimorfismo C677T de la MTHFR con la densidad mineral ósea (DMO).

*Material y métodos.* Se estudiaron 440 individuos (124 hombres y 316 mujeres). El análisis genético se efectuó a partir de ADN aislado de sangre periférica, con un procedimiento basado en el uso de sondas Taqman-MGB específicas para cada alelo y marcadas con los fluorocromos FAM y VIC. Tras amplificación por PCR se identificaron los alelos presentes mediante lectura de fluorescencia en un detector en ABI7000. La DMO se determinó mediante densitometría de rayos X de doble energía. Además, se efectuó un meta-análisis de los estudios publicados previamente. Para ello se utilizó el programa Revman.

*Resultados.* Entre los individuos de nuestra serie, aquéllos que tenían un genotipo TT tendieron a presentar una DMO algo menor que

los portadores de genotipos TC o CC, pero la diferencia no fue estadísticamente significativa. Sin embargo, la combinación de estos datos con los de estudios previos mediante el meta-análisis confirmó una relación significativa entre el genotipo y la DMO. La diferencia media ponderada de la DMO entre los subgrupos con genotipos TT y TC/CC fue de 16,4 mg/cm<sup>2</sup> a nivel de la columna lumbar (Intervalo de confianza al 95% 6,1-28,6; p = 0,002) y de 9,9 mg/cm<sup>2</sup> en la cadera (IC95% 0,2-19,7; p = 0,05). En el análisis estratificado por sexos, las diferencias eran manifiestas en las mujeres, pero no estadísticamente significativas en los hombres.

**Discusión.** Varios estudios epidemiológicos han demostrado una asociación entre osteoporosis y arteriosclerosis. Las variaciones alélicas del gen de la MTHFR se han relacionado con los niveles séricos de homocisteína y el riesgo cardiovascular. Sin embargo, su asociación con la masa ósea es discutida. El análisis combinado de los resultados de nuestra serie y de los estudios previamente publicados contribuye a precisar el grado de dicha asociación.

**Conclusiones.** El polimorfismo C677T de la MTHFR, previamente relacionado con el riesgo cardiovascular, se asocia también a pequeñas diferencias en la densidad mineral ósea en la columna y la cadera, al menos en mujeres.

#### O-15

### FRACTURA DE COLLES Y OSTEOPOROSIS ¿REALIZAMOS UNA BUENA PRÁCTICA CLÍNICA EN NUESTRA ÁREA DE SALUD?

**R. Tirado Miranda, B. Casas Nicot, R. Gallardo López, M. Alba Herrero, J. Rodríguez Jiménez, M. Navarro Hidalgo, M. Pinillos Villatoro y F. Ibáñez Bermúdez**

Medicina Interna. Infanta Margarita. Cabra, Córdoba.

**Objetivos.** La aparición de fractura de Colles ante un traumatismo de baja intensidad debe hacernos sospechar la existencia de una osteoporosis generalizada y establecer medidas de prevención secundaria que disminuyan la posibilidad de una segunda fractura. Nuestro objetivo es conocer la práctica clínica habitual entre los médicos de nuestra área de salud en aquellos pacientes atendidos en nuestro hospital por fractura de Colles secundaria a un traumatismo de baja intensidad y en las que deberían sospecharse la existencia de enfermedad osteoporótica primaria o secundaria.

**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 en los últimos 30 días. Los participantes fueron preguntados por la información recibida acerca de la posible implicación de la osteoporosis en la etiología de su fractura, la indicación de estudios diagnósticos etiológicos y la aplicación de medidas de prevención secundaria o de un tratamiento farmacológico antifractorario. Se realizó una determinación de la densidad mineral ósea mediante accu-DEXA®.

**Resultados.** De los pacientes entrevistados un 80% fueron mujeres. Solo dos pacientes (15%) fueron informados de la posibilidad de que la fractura fuera debida a osteoporosis, en ambos casos por el mismo traumatólogo que las valoró en consultas. En ninguno de los pacientes se determinó la densidad mineral ósea. En solo dos pacientes (15%) se inició tratamiento farmacológico. Ninguno recibió información antifractoraria ni sobre osteoporosis. La determinación de la densidad mineral ósea por accu-DEXA, demostró la existencia de osteopenia severa-osteoporosis en el 40% de los pacientes y osteopenia leve en otro 40%.

**Conclusiones.** La mayoría de los pacientes valorados presentaron una disminución en la densidad mineral ósea medida mediante accu-DEXA®. 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 secundaria ni evaluación del riesgo fracturario. En nuestra área de salud, es necesaria una mayor sensibilización del personal médico sobre la enfermedad osteoporótica.

## RIESGO VASCULAR

#### RV-2

### NECESIDAD DE CREAR PERCENTILES POR EDAD Y DEFINIR VALORES DE CORTE PARA EL ÍNDICE DE CALCIFICACIÓN CORONARIA MEDIANTE TAC MULTICORTE DE 64 CORONAS

**S. Mejía Viana<sup>1</sup>, E. González Cocina<sup>1</sup>, H. Mohd Hasan-Hussein<sup>2</sup>, C. Alonso Sierra<sup>3</sup>, E. Hernández Astorga<sup>3</sup>, C. Díaz Cobos<sup>2</sup>, N. Vasileva<sup>2</sup> y M. Concha Ruiz<sup>1</sup>**

<sup>1</sup>Instituto del Corazón, <sup>2</sup>Servicio de Medicina Interna, <sup>3</sup>Servicio de Radiodiagnóstico. Xanit Hospital Internacional. Benalmádena, Málaga.

**Objetivos.** Evaluar el score cálcico coronario en una población de sujetos asintomáticos sin antecedentes de enfermedad cardiovascular y su relación con los demás factores de riesgo. Conocer la influencia de la edad y el sexo en dicho Score.

**Material y métodos.** Entre enero y abril de 2006, 95 pacientes han sido sometidos a escáner de arterias coronarias en nuestro hospital. De ellos, 59 [73% varones; edad media 54 (19) años] son pacientes asintomáticos y sin antecedentes de cardiopatía, que acuden para chequeo médico preventivo, que incluye la valoración del score cálcico de Agatston. Sobre esta población se realiza estudio estadístico multivariante para conocer la influencia de edad y sexo en este score, analizando como covariantes los demás factores de riesgo, dos reactantes de fase aguda (PCR ultrasensible y VSG) y el índice de masa corporal. Se emplea la curva ROC para definir puntos de corte con adecuada sensibilidad y especificidad.

**Resultados.** Por edad, un punto de corte en 50 años, revela un aumento significativo del índice de calcificación coronaria, lo que no ocurre con la con masa corporal. En pacientes asintomáticos no existe correlación entre este índice y la PCR ultrasensible. En la tabla se enuncia el nivel de significación que existe entre la edad y el grado de calcificación coronaria. Las diferencias por sexo parecen ser un valor sesgado por muestra.

**Discusión.** En la literatura disponible no existe unidad de criterios en cuanto al valor del score cálcico que se relaciona con un elevado riesgo de eventos coronarios. De hecho es un criterio de selección para determinadas actividades y profesiones (los candidatos a astronauta con score > 0 son descalificados en la selección inicial). En nuestra población de sujetos asintomáticos, el valor de corte situado en 50 años, sugiere que a partir de esa edad, el valor de riesgo debe ser superior respecto a la población más joven.

**Conclusiones.** En nuestra población de pacientes asintomáticos, la edad y el sexo son un claro factor de confusión en el uso del Score cálcico como predictor de eventos cardíacos. Hacen falta estudios prospectivos que definan el valor de riesgo para cada grupo de edad. La especificidad de la prueba aumenta en clara relación con la edad. El índice de masa corporal no se correlaciona con el Score cálcico de Agatston.

Tabla 1. Resultados.

Independiente	Dependiente	(F)	p
Edad	Score	913,25	0,001
Edad	PCR ultra	33,32	0,03
Edad	IMC	1,48	0,48
Sexo	Score	1084,33	0,001
Sexo	PCR ultra	58,92	0,017
Sexo	IMC	0,147	0,738

#### RV-48

### CARACTERÍSTICAS FENOTÍPICAS Y FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS EN UN GRUPO DE PACIENTES EXTREMOS CON HIPERCOLESTEROLEMIA FAMILIAR (HF)

**P. Sáenz de Aranzubia, J. Fernández, A. Lacal, C. López, D. Gutiérrez, M. Pérez, C. Sánchez Rodilla y F. Díaz**

Medicina Interna. Mérida, Badajoz.

**Objetivos.** La HF es una enfermedad hereditaria que se trasmite con carácter autosómico dominante. Es la enfermedad monogénica más

frecuente con una prevalencia de 1/500 individuos, calculándose unos 2.000 pacientes en nuestra comunidad, de los que sólo están diagnosticados un 10%. Los valores elevados de LDLc suponen un elevado riesgo cardiovascular. Presentamos un estudio descriptivo de los datos clínicos, valores lipídicos, depósitos lipídicos y criterios MEDPED de una cohorte de pacientes con HF.

**Material y métodos.** Se han incluido 100 pacientes no relacionados, con criterios MEDPED superiores a 6 puntos e historia sugestiva de HF. Los pacientes proceden de las provincias de Cáceres y Badajoz, y la mayoría se recogieron de la base de datos de la Unidad de lípidos del Hospital de Mérida. Los valores lipídicos se recogieron de la base de datos del S. Análisis Clínicos de este Centro.

**Resultados.** El 52% son mujeres. La edad media es de  $48 \pm 13,6$ , el IMC  $26 \pm 4,1$ , cintura  $83,3 \pm 17$ , cadera  $96,5 \pm 17$ , fumadores 28%, ex-fumadores 28%, HTA 15%, DM 1%, Puntos MEDPED  $10,6 \pm 4$ , Xantelasmas 25%, xantomas 32%, arco corneal 42%. Valores lipídicos sin tratamiento: CT:  $397 \pm 66$ , TG:  $118,7 \pm 46$  HDLc  $58,3 \pm 12$ , LDLc:  $307,7 \pm 59$  Con tratamiento: CT  $289 \pm 77$  TG  $107,3 \pm 46$ , HDLc:  $56 \pm 22$ , LDLc:  $215 \pm 74$ , ApoB  $153 \pm 48$ , ApoA  $148,5 \pm 34$  Lpa:  $36,7 \pm 35$ .

**Discusión.** Las características clínicas de estos pacientes no difiere de forma significativa de los pacientes del registro nacional con HF, aunque sí existe un mayor sobrepeso. Las cifras de LDLc están alejadas de las cifras deseables, aunque todavía no se había comercializado la ezetimiba y recibían solo tratamiento con estatinas o combinado con resinas.

**Conclusiones.** 1) En 2003-2004, pese al tratamiento con altas dosis de estatinas, sinva y atorvastatina, y asociación con resinas la mayoría de los pacientes no alcanzaban valores de LDLc deseables, por lo que se precisan nuevos tratamientos más eficaces. 2) La cuarta parte añaden a su alto riesgo por valores altos de LDLc el tabaquismo, pese a los consejos médicos.

#### RV-49

### INFLUENCIA EN EL DESARROLLO DE ENFERMEDAD CARDIOVASCULAR PRECOZ DE OTROS FACTORES DE RIESGO EN PACIENTES CON HIPERCOLESTEROLEMIA FAMILIAR (HF)

C. López, P. Sáenz, A. Lacal, P. Casasnovas, I. Cebrián, M. Medina de León, A. Cabanillas y F. Díaz

Medicina Interna. Mérida. Mérida, Badajoz.

**Objetivos.** El factor fundamental es el tipo de mutación del gen r-LDL, en la HF y la cifra plasmática de LDLc. No obstante otros FR como el tabaquismo, la HTA, el sexo, la edad, el sobrepeso juegan un importante papel en el desarrollo de enfermedad CV precoz. Presentamos la influencia de estos FR en una cohorte de HF.

**Material y métodos.** Se han incluido 100 pacientes no relacionados, con criterios MEDPED superiores a 6 puntos e historia sugestiva de HF. Los pacientes proceden de las provincias de Cáceres y Badajoz, y la mayoría se recogieron de la base de datos de la Unidad de lípidos del Hospital de Mérida. Los valores lipídicos se recogieron de la base de datos del S. Análisis Clínicos de este Centro. Los datos clínico sobre tabaquismo, edad, sexo, HTA fueron obtenidos de la historia clínica o de nueva entrevista dirigida. Los eventos Cardiovasculares precoces se recogieron con el protocolo de seguimiento de la cohorte de la FEHF. Se realizó un estudio de supervivencia, mediante el método de Kaplan-Meier para la estimación de la función de supervivencia. Se realizó un análisis de regresión de Cox, tras estudio de la asunción de proporcionalidad.

**Resultados.** Se presentan los Hazard Ratios (HR) de la regresión de Cox para el análisis uni y multivariante. UNIVARIANTE: Sexo (varón): 4,07 (1,6-10,3), LDLc: 2,3 (1-5,3), sobrepeso 2,5 (0,9-6,8), tabaquismo 2,2 (0,9-5,4), mutación grave: 3,4 (0,6-19,1), edad: 3,1 (1,2-8,2); MULTIVARIANTE: Sexo 5 (1,8-13,5), LDLc > 300: 3,5 (1,3-9,1), sobrepeso 3,7 (1,2-10,9).

**Discusión.** Estos hallazgos ponen de manifiesto que el desarrollo de la aterosclerosis y de la aterotrombosis en los pacientes con HF, no es exclusivo de su cifra de colesterol ya que se aprecia la importancia de los factores clásicos. Por este motivo el control de estos pacientes debe ser global.

**Conclusiones.** 1) El sexo y el sobrepeso afectan de forma significativa el riesgo de eventos CV precoces. 2) Aunque controlemos la cifra de LDLc, no debemos olvidar otros FR en estos pacientes.

#### RV-50

### DESCRIPCIÓN DE LAS MUTACIONES MÁS FRECUENTES DEL GEN R-LDL EN PACIENTES EXTREMEÑOS CON HIPERCOLESTEROLEMIA FAMILIAR (HF)

A. Lacal, P. Sáenz, J. Fernández, P. Casasnovas, M. Pérez, G. Dolores, M. Díaz y F. Díaz

Medicina Interna. Mérida. Mérida, Badajoz.

**Objetivos.** La HF es una enfermedad monogénica que afecta al gen del receptor de LDL(r-LDL), que se encuentra en el brazo corte del cromosoma 19 y consta de 18 exones y 17 intrones. Se han descrito más de 800 mutaciones. Presentamos las mutaciones encontradas en una cohorte de pacientes de origen extremeño con HF.

**Material y métodos.** Se han incluido 100 pacientes no relacionados, con criterios MEDPED superiores a 6 puntos e historia sugestiva de HF. Los pacientes han nacido en las provincias de Cáceres y Badajoz, y la mayoría se recogieron de la base de datos de la Unidad de lípidos del Hospital de Mérida. Se realizó estudio genético mediante SSCP para mutaciones puntuales y posterior secuenciación enzimática. En los casos en que fue posible se comprobó el cambio detectado en la secuencia mediante análisis de restricción.

**Resultados.** Los exones más afectados por las mutaciones fueron el 9 (27%), 17 (12,5%) y 3 (10%), 4 (6%) y 11(6%). El 33% de las mutaciones fueron cambio de aa, 25% afectaban al proceso de ajuste, 15% cambio en la pauta de lectura, 20% codón de parada y 5% en pauta. Las mutaciones más frecuentes encontradas fueron la Q427X (23% del total), la Q71E y 313+1G > C (10% cada una) y la 1358 +1G > A (8%).

**Discusión.** Esta distribución de las mutaciones más frecuentes permite un abordaje de nuevos pacientes con una selección de los estudios genéticos previos al abordaje de la plataforma LIPOCHIP.

**Conclusiones.** 1) Pese a la heterogeneidad encontrada se aprecia una tendencia a la agrupación de mutaciones ya que el 42% del total se explican por 4 mutaciones y el 62% por 9 mutaciones. 2) La mutación Q427X se podría calificar de "Extremeña", y afecta a la cuarta parte de los pacientes con HF en nuestro estudio.

#### RV-52

### AFECTACIÓN EN DIFERENTES TERRITORIOS VASCULARES DE LESIONES ATROTROMBÓTICAS DE PACIENTES EXTREMEÑOS CON HIPERCOLESTEROLEMIA FAMILIAR (HF)

F. Díaz, M. Díaz, P. Sáenz, J. Fernández, I. Solo de Zaldívar, V. Ledesma, J. Zurdo y T. González del Pozo

Medicina Interna. Mérida. Mérida, Badajoz.

**Objetivos.** Los altos valores de LDLc, que presentan los pacientes con HF, por alteraciones genéticas en el receptor de LDL, justifican las severas y precoces manifestaciones cardiovasculares. Presentamos los datos de una cohorte de pacientes con HF, en los que se ha recogido las manifestaciones isquémicas coronarias, cerebrales y periféricas

**Material y métodos.** Se han incluido 100 pacientes no relacionados, con criterios MEDPED superiores a 6 puntos e historia sugestiva de HF. Los pacientes han nacido en las provincias de Cáceres y Badajoz, y la mayoría se recogieron de la base de datos de la Unidad de lípidos del Hospital de Mérida. Los antecedentes cardiovasculares se han recogido de la historia clínica documentada y evaluada con los criterios del protocolo de seguimiento de la cohorte.

**Resultados.** Se encontraron manifestaciones aterotrombóticas prematuras en el 21% de los pacientes (32% varones y 12% mujeres). De ellas el 90% afectan al territorio coronario. Así existe cardiopatía isquémica en 28, 5% de los varones y 10,5% de las mujeres. La edad de presentación del primer episodio fue de 45,5 10 en varones y 55,1 8,4 en mujeres

**Discusión.** Pese al tratamiento con estatinas, es difícil conseguir Objetivos. en el control de LDLc de estos pacientes. En nuestro estudio existe un sesgo de eficacia, pues algunos de ellos empezaron a recibir tratamiento tras la manifestación clínica cardiovascular. Se pone no obstante de manifiesto la necesidad de tratamiento más eficaces.

**Conclusiones.** Pese al sesgo de ser una cohorte de probandos, sin tratamiento durante años, se pueden señalar los siguientes puntos de interés 1) La tercera parte de los varones, han presentado enferme-

dad coronaria sintomática antes de los 45 años. 2) En mujeres la edad de presentación es aproximadamente diez años posterior. 3) La cardiopatía isquémica es la responsable de la gran mayoría de manifestaciones cardiovasculares precoces, tanto en varones como en mujeres

#### RV-68

#### TABACO Y ENFERMEDAD ARTERIAL: CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS Y FACTORES PRONÓSTICOS DE LOS PACIENTES DEL REGISTRO FRENA

**J. Suriñach<sup>1</sup>, J. Ramiro<sup>2</sup>, M. Camafort<sup>3</sup>, C. Suárez<sup>4</sup>, J. Bisbe<sup>5</sup>, G. Tiberio<sup>6</sup>, M. Monreal<sup>7</sup> y Grupo FRENA**

<sup>1</sup>Medicina Interna. Vall d'Hebrón. Barcelona, Barcelona. <sup>2</sup>Medicina Interna. Ciudad de Coria. Coria, Cáceres. <sup>3</sup>Medicina Interna. Comarca Mora D'Ebre. Móra d'Ebre, Tarragona. <sup>4</sup>Medicina Interna. de la Princesa. Madrid. <sup>5</sup>Medicina Interna. Sant Jaume. Olot, Girona. <sup>6</sup>Medicina Interna. Virgen del Camino. Pamplona, Navarra. <sup>7</sup>Medicina Interna. Germans Trias i Pujol. Badalona, Barcelona.

**Objetivos.** Analizar las características clínicas y el pronóstico de los pacientes que han presentado un evento isquémico arterial en los tres meses previos a la inclusión en el Registro FRENA, según el hábito tabáquico.

**Material y métodos.** FRENA es un registro multicéntrico, prospectivo que incluye, consecutivamente, pacientes que han presentado un evento isquémico arterial (cardiopatía isquémica (CI), enfermedad cerebrovascular (ECV), arteriopatía periférica (AP) en los tres meses previos y que han completado un año de seguimiento. Se han analizado las variables edad, sexo, índice de masa corporal (IMC), comorbilidades, presentación clínica inicial, datos analíticos, exploratorios y terapéuticos, así como la mortalidad global, mortalidad vascular y la aparición de nuevos episodios vasculares. En el grupo fumadores, se han incluido los ex fumadores de menos de 6 meses y en no fumadores los ex fumadores de más de 6 meses. Periodo de estudio: marzo 2003 y diciembre de 2005.

**Resultados.** Se han incluido 825 pacientes, 255 (30,9%) fumadores y 570 (69,1%) no fumadores. Los fumadores han sido en su mayoría hombres con una odds ratio (OR) de 0,1 (IC95% 0,1-0,4), con bronquitis crónica con una OR de 0,3 (0,1-0,4). Los no fumadores han sido mayores de 65 años OR 6,4 (4,5-9,1), con un IMC de más de 25 con una OR de 1,8 (1,2-2,7), con insuficiencia cardíaca OR 4,2 (1,8- 10), hipertensión OR 2,7 (1,9-3,8) y/o diabetes 2,8 (1,9-4). Los fumadores han presentado como primer episodio Infarto agudo de miocardio OR 0,5 (0,3-0,8) o arteriopatía periférica OR 0,3 (0,2-0,5) y los no fumadores un accidente isquémico transitorio OR 2 (1,4-2,9) o angina estable 5,8 (1,7-20). Los fumadores recibieron más antiagregantes OR 0,4 (0,2-0,7) y los no fumadores más diuréticos, ARA II, Antagonistas del calcio (AC), anticoagulantes (ACO) y antidiabéticos orales (ADO). El pronóstico a los 12 meses no mostró diferencias en el desarrollo de nuevos eventos isquémicos, mortalidad global y muerte vascular. En el análisis multivariante el hábito tabáquico no fue predictor de nuevos episodios vasculares.

**Discusión.** El tabaco es uno de los factores de riesgo con mayor influencia en el desarrollo de la aterotrombosis, un proceso generalizado y progresivo con afectación de múltiples territorios vasculares. Los resultados del registro FRENA demuestran que según el hábito tabáquico no existen diferencias en las variables pronósticas analizadas debido a que son poblaciones distintas y que el cese del hábito tabáquico es fundamental en la prevención secundaria de los pacientes.

**Conclusiones.** Los pacientes fumadores son en su mayoría hombres, jóvenes y con menor IMC que los no fumadores. La enfermedad de base en los fumadores es la bronquitis crónica y en los no fumadores la insuficiencia cardíaca, diabetes y/o hipertensión arterial. Los episodios isquémicos iniciales más frecuentes en fumadores son el infarto agudo de miocardio y la claudicación intermitente y en los no fumadores la angina estable o enfermedad cerebrovascular. Los fumadores reciben más antiagregantes y los no fumadores diuréticos, ARA II, AC, ACO y ADO. El hábito tabáquico inicial no influye en el desarrollo de nuevos eventos, en la mortalidad vascular ni en la mortalidad global.

#### RV-72

#### SATISFACCIÓN CON EL TRATAMIENTO Y CALIDAD DE VIDA RELATIVA A LA SALUD (CVRS) EN PACIENTES HIPERTENSOS

**M. Ruiz<sup>1</sup>, C. Suárez<sup>2</sup>, V. Sanz de Burgoa<sup>3</sup> y A. Pardo<sup>1</sup>**

<sup>1</sup>Departamento de Metodología de las Ciencias del comportamiento Universidad Autónoma de Madrid. Madrid.

<sup>2</sup>Medicina interna. Hospital de la Princesa. Madrid.

<sup>3</sup>Departamento de Investigación de resultados en salud, Depart. Pfizer. Madrid.

**Objetivos.** Determinar la proporción de pacientes hipertensos satisfechos con su tratamiento farmacológico. Se estudia con especial atención la combinación de buena/mala eficacia con una buena/mala tolerabilidad.

**Material y métodos.** Una muestra de 258 clínicos de unidades especializadas de hipertensión representativas de la distribución poblacional española reclutó una muestra aleatoria de 1.226 pacientes mediante selección sistemática. Se recopiló la siguiente información: Datos antropométricos y sociodemográficos, factores de riesgo de la hipertensión, enfermedades concurrentes, tratamientos farmacológicos y los cuestionarios SATMED-Q de satisfacción con el tratamiento, MOS SF-12 de CVRS y Morisky-Green de cumplimiento terapéutico.

**Resultados.** El 27,9% de los pacientes presentó un buen control de sus niveles de presión arterial y sólo un 12,6% de los pacientes presentaba además un riesgo cardiovascular leve. Se encontraron diferencias significativas entre las 6 dimensiones de la Satisfacción con el tratamiento: la Eficacia del tratamiento y el Impacto en la calidad de vida mostraron niveles promedio inferiores ( $p < 0,001$ ) que la Comodidad, Opinión generales, satisfacción con el cuidado médico y Efectos no deseados. Las correlaciones de la Satisfacción con el tratamiento son inferiores con la CVRS ( $r$  entre  $-0,005$  y  $0,240$ ) que con la adherencia ( $r$  entre  $-0,154$  y  $-0,314$ ). Los pacientes con buen control de la presión arterial presentan una mayor satisfacción con el tratamiento, mejor CVRS y mayor cumplimiento ( $p < 0,001$ ) que aquellos que no están controlados. También se encontraron interacciones las dimensiones de Satisfacción con el tratamiento y los grupos de Eficacia-Tolerabilidad. El cumplimiento muestra una baja correlación con la gravedad del riesgo cardiovascular ( $r = -0,116$ ) mientras que no presenta relación con el número de fármacos del tratamiento ( $r = 0,005$ ).

**Conclusiones.** Las medidas de resultados informados por el paciente demuestran ser sensibles a los niveles de severidad de la hipertensión de los pacientes y al control de la enfermedad y permiten una representación informativa de la situación del paciente. Se ha encontrado que existe relación entre la Satisfacción con el tratamiento, la Calidad de vida relativa a la salud y el control de la enfermedad así como con el cumplimiento terapéutico.

#### RV-76

#### DETECCIÓN DE FIBROSIS MIOCÁRDICA MEDIANTE RESONANCIA MAGNÉTICA EN EL PACIENTE HIPERTENSO Y SU RELACIÓN CON LOS NIVELES DE BNP PLASMÁTICO

**M. Gracia Ruiz De Alda<sup>1</sup>, E. Calabuig Barbero<sup>1</sup>, S. Guillén García<sup>2</sup>, P. Morillas Blasco<sup>2</sup>, J. Quiles Granado<sup>2</sup>, M. Botas Velasco<sup>1</sup>, A. Martínez Baltanás<sup>1</sup> y J. Merino Sánchez<sup>2</sup>**

<sup>1</sup>Medicina Interna, <sup>2</sup>Cardiología. San Juan de Alicante.

San Juan, Alicante.

**Objetivos.** El estudio mediante resonancia magnética (RMN) del corazón permite analizar la presencia de focos de fibrosis en el miocardio, lo cual se ha relacionado con múltiples patologías cardíacas, como la insuficiencia cardíaca y la aparición de arritmias. En este estudio pretendemos correlacionar el diagnóstico de fibrosis miocárdica confirmado mediante RMN con los niveles plasmáticos de BNP en el paciente con hipertensión arterial esencial.

**Material y métodos.** Se trata de un estudio prospectivo en el que se incluyeron 22 pacientes hipertensos, a los que se les realizó una medición de la presión arterial ambulatoria mediante MAPA; así como un análisis sanguíneo completo con determinación de BNP, y RMN cardíaca con gadolinio para determinar la masa ventricular izquierda y la presencia de focos de fibrosis intramiocárdicos. Se excluyeron pacientes con cardiopatía isquémica conocida. Los

pacientes fueron divididos en dos grupos en función del hallazgo o no de fibrosis.

**Resultados.** La edad media de la población fue de 51,14 años, siendo el 81,8% varones. Respecto a los antecedentes personales, el 27,3% eran fumadores y el 22,7% diabéticos. El 40,9% de los pacientes presentaban criterios de hipertrofia ventricular izquierda en la RMN (tabique en diástole > 12 mm), y en el 40,9% se encontró focos de fibrosis miocárdica. En el estudio comparativo entre ambas poblaciones, los pacientes con fibrosis miocárdica presentaron niveles plasmáticos de BNP más elevados (166,65 g/dl vs 39,15 g/dl;  $p = 0,024$ ) y mayor masa ventricular izquierda (122,67 mg vs 100,05 mg;  $p = 0,068$ ). No se encontraron diferencias en las cifras de presión arterial determinada por MAPA de 24 horas.

**Conclusiones.** Los pacientes hipertensos con fibrosis miocárdica en la RMN presentan niveles mayores de masa ventricular izquierda y de BNP plasmático que aquellos sin fibrosis.

#### RV-84

##### VALOR DE LA SOBRECARGA ORAL CON METIONINA EN SUJETOS CON CARDIOPATÍA ISQUÉMICA PRECOZ

M. Forner Giner, M. García-Fuster, R. Oltra Jordá, F. Chaves y J. Redón i Mas

Medicina Interna. Clínico Universitario de Valencia. Valencia.

**Objetivos.** Existe una asociación entre la presencia de niveles moderadamente elevados de homocisteína en sangre y el incremento en el riesgo de presentar enfermedad cardiovascular incluida la cardiopatía isquémica, como se observa en la mayoría de estudios caso-control y prospectivos. Esta relación ha sido demostrada para los niveles de homocisteína basal. Sin embargo, existen pocos estudios que hayan intentado relacionar la presencia de niveles elevados de homocisteína post-sobrecarga con el riesgo cardiovascular. El objetivo de nuestro estudio es el determinar la relación entre los niveles de homocisteína post-sobrecarga y el riesgo cardiovascular.

**Material y métodos.** Realizamos un estudio caso-control. El criterio de inclusión en el grupo de casos fue el de sujetos menores de 48 años, con antecedentes de cardiopatía isquémica acaecida antes de los 45 años ( $n = 46$ ). El grupo control estaba constituido por pacientes de la misma edad sin antecedentes de enfermedad cardiovascular ( $n = 32$ ). Se excluyeron del estudio a los sujetos que se encontraran en tratamiento con suplementos vitamínicos o fármacos que pudieran alterar los niveles de homocisteína en sangre. Se excluyeron también a los pacientes con insuficiencia renal o enfermedad hepática o sistémica grave. Realizamos una determinación de homocisteína en condiciones basales, y otras dos a las 2 y a las 4 horas tras la administración de una dosis de metionina de 100 mg/kg de peso.

**Resultados.** El grupo de casos tenía niveles de homocisteína basal más elevados que el grupo control (12,52 ± 6,37 mcmol/l vs 9,61 ± 3,58 mcmol/l respectivamente;  $p < 0,022$ ). Tras la sobrecarga oral con metionina, los sujetos en el grupo de casos también tenían niveles superiores de homocisteína comparado con el grupo control (33,82 ± 9,70 mcmol/l vs 27,04 ± 8,65 mcmol/l;  $p < 0,003$ ). El incremento en los niveles de homocisteína sobre los basales tras la sobrecarga también fue mayor en el grupo de casos que en el grupo control (21,33 ± 6,37 mcmol/l vs 17,51 ± 6,82 mcmol/l;  $p < 0,018$ ).

**Conclusiones.** La sobrecarga oral con metionina es útil para el diagnóstico de la hiperhomocisteinemia moderada en aquellos sujetos con riesgo cardiovascular elevado y niveles de homocisteína basal normales.

#### RV-102

##### EFFECTO DE TRES DIFERENTES DIETAS SOBRE LA SECRECIÓN Y SENSIBILIDAD A LA INSULINA, PROINSULINA, GLUCAGÓN Y GLP-1, EN SUJETOS PREDIABÉTICOS CON RESISTENCIA A LA INSULINA

A. Gallego de la Sacristana López-Serrano, I. Romero García, M. Sánchez-García, J. Paniagua González, P. Pérez Martínez, F. Fuentes Jiménez, J. López-Miranda y F. Pérez-Jiménez

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

**Objetivos.** Estudiar el efecto de la diferente composición en macronutrientes de las dietas sobre la secreción de insulina, glucagón,

proinsulina e incretinas (GLP-1), en pacientes en riesgo de diabetes tipo 2.

**Material y métodos.** Hemos estudiado a once sujetos hijos de pacientes obesos con diabetes tipo 2. Dichos sujetos mostraban un IMC > 25 kg/m<sup>2</sup>, una cintura abdominal (hombre/mujer) > 102/88, HBA<sub>1c</sub> < 6,5% y una resistencia a la insulina < 4 (Matsuda ISIm) tras una SOG. Los pacientes consumieron tres dietas isocalóricas durante 28 días cada una en un diseño cruzado y randomizado: una dieta rica en grasa saturada (SAT), una dieta Mediterránea alta en aceite de oliva (MUFA) y una dieta rica en carbohidratos (CHO). Al final de cada período de dieta, tras 12 horas de ayuno, se les administró un desayuno de 443 calorías se obtuvieron muestras basales y a los 0, 15, 30, 45, 60, 90, 120, 150 y 180 min. Se determinaron las concentraciones de glucosa, insulina, proinsulina, glucagón, GLP-1 y ácidos grasos libres (AGL).

**Resultados.** El gasto energético basal, el peso y la composición corporal no se modificaron durante los tres períodos de dietas. La proporción de ácidos grasos en fosfolípidos séricos demostró un incremento de los ácidos grasos saturados y del ácido oleico tras el consumo de las dietas ricas en SAT y en MUFA respectivamente. Los niveles de HBA<sub>1c</sub> disminuyeron tras la dieta rica en MUFA y en CHO, comparados con la dieta rica en SAT (5,39 ± 0,1; 5,40 ± 0,1; 5,74 ± 0,1; respectivamente,  $p < 0,01$ ). La dieta rica en MUFA mejoró la sensibilidad y secreción de insulina estimadas mediante el test de tolerancia intravenosa de Bergman (Si, AIRg; Anova  $p < 0,05$ , respectivamente). Tras un desayuno estándar rico en MUFA (443 Kcal) el área bajo la curva (ABC) integrada de glucosa e insulina fueron menores y el ABC de triglicéridos, AGL y GLP-1 fueron mayores comparadas con la ingesta de un desayuno rico en CHO. Los niveles basales de proinsulina (PI) fueron descendidos con la dieta rica en MUFA. Los niveles basales de glucagón fueron mayores durante la dieta alta en CHO comparados con las dietas altas en MUFA y SAT (494 ± 102; 436 ± 110; 322 ± 75; respectivamente;  $p < 0,05$ ).

**Conclusiones.** El mantenimiento de peso con una dieta alta en MUFA mejoró la HBA<sub>1c</sub>, la sensibilidad a la insulina (SI) y los niveles basales de PI en sujetos con resistencia a la insulina. La ingesta de un desayuno basado en aceite de oliva disminuye los niveles posprandiales de glucosa e insulina e incrementan las concentraciones de GLP-1, en tanto la tasa PI/I no es cambiada.

#### RV-108

##### EFFECTOS OXIDATIVOS Y EXPRESIÓN POSTPRANDIAL DE UCP2 EN TEJIDO ADIPOSO PERIFÉRICO TRAS EL CONSUMO DE TRES MODELOS DE DIETA EN PACIENTES CON RESISTENCIA A LA INSULINA

M. Sánchez-García<sup>1</sup>, I. Romero<sup>2</sup>, Á. Gallego de la Sacristana López-Serrano<sup>1</sup>, J. Paniagua González<sup>2</sup>, P. Pérez Martínez<sup>1</sup>, F. Fuentes Jiménez<sup>1</sup>, J. López Miranda<sup>1</sup> y F. Pérez-Jiménez<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Servicio de Medicina Interna. Unidad de Lípidos y Arteriosclerosis, <sup>2</sup>Unidad de Lípidos y Arteriosclerosis Hospital Universitario Reina Sofía. Córdoba.

**Objetivos.** Estudiar el efecto de tres dietas isocalóricas sobre la expresión de UCP2 en tejido adiposo periférico y marcadores de estrés oxidativo, en sujetos con sobrepeso y resistencia a la insulina.

**Material y métodos.** Estudiamos once sujetos (7 M, 4 H) hijos de pacientes con diabetes tipo 2 y obesidad con un índice de masa corporal (IMC) > 25 kg/m<sup>2</sup>, un perímetro abdominal (hombre/mujer) > 102/88, HBA<sub>1c</sub> < 6,5% y tras una sobrecarga oral de glucosa (SOG) el índice de sensibilidad a la insulina de Matsuda (ISIm) < 4. Los sujetos realizaron tres dietas isocalóricas de 28 días cada una en un diseño cruzado y randomizado. La composición de las dietas fue: una dieta rica en grasa saturada (SAT) [47% carbohidratos (CH), 15% proteínas (PROT) y 38% de grasas (23% SAT, 9% monoinsaturada (MUFA), 6% poliinsaturada (PUFA)], una dieta rica en MUFA [47% CH, 15% PROT y 38% de grasa (9% SAT, 23% MUFA - 75% aportado en forma de aceite de oliva virgen extra -, 6% PUFA); y una dieta rica en CH [20% de grasa (6% SAT, 8% MUFA, 6% PUFA)]. Al final de cada período, tras 12 horas de ayuno, se les administró un desayuno de 443 calorías y se procedió a la obtención de varias muestras de tejido adiposo periférico a los 180 minutos de la ingesta. Se realizaron extracciones a los 0, 60, 120 y 180 minutos y una calorimetría indirecta basal.

**Resultados.** El gasto energético basal, el peso y la composición corporal no se modificaron durante los tres periodos de dietas. El análisis de los ácidos grasos en los fosfolípidos séricos demostró un incremento de la proporción de ácidos grasos saturados y del ácido oleico tras el consumo de las dietas ricas en SAT y en MUFA respectivamente. La expresión posprandial de ARNm de UCP2 en tejido adiposo periférico fue mayor tras el consumo de una dieta rica en SAT y CH frente a una basada en MUFA (Anova  $p < 0,05$ ). Durante la fase postprandial el Área Bajo la Curva (ABC) de las concentraciones plasmáticas de nitrotirosina fueron significativamente menores tras la ingesta de una dieta rica en SAT y en MUFA comparadas con la dieta rica en CH (Anova  $p < 0,05$ ). Durante la fase posprandial el ABC de la concentración de LDL-ox descendió tras la ingesta de la dieta rica en MUFA al compararla con la dietas ricas en SAT y en CH (Anova  $p < 0,05$ ). La oxidación lipídica incrementó tras el consumo de las dietas ricas en grasas frente a la enriquecida en CH (Anova,  $p < 0,05$ ).

**Conclusiones.** En pacientes con sobrepeso y resistencia insulínica, la ingesta de una dieta rica en CH y SAT incrementa la expresión posprandial de UCP2 comparada con una dieta rica en MUFA. Durante la fase posprandial los niveles de Nitrotirosina y LDL-ox son mayores tras la ingesta de una dieta alta en grasa saturada y carbohidratos que tras una dieta rica en MUFA.

#### RV-110

#### EFFECTOS DEL POLIMORFISMO C.-94\_-93 DEL > G DE LA REGIÓN PROMOTORA DEL GEN DE LA HORMONA DEL CRECIMIENTO SOBRE LA ACTIVIDAD DEL PROMOTOR (MEDIANTE CULTIVOS CELULARES) EN RELACIÓN CON EL SÍNDROME METABÓLICO EN HIPERTENSOS ESENCIALES

**D. Nieto Martín, A. Vallejo Vaz, V. Alfaro Lara, O. Muñiz Grijalvo, M. Miranda Guisado, E. Pamiés Andreu, P. Stiefel García Junco y J. Villar Ortiz**

Medicina Interna. H. Sevilla.

**Objetivos.** El síndrome de déficit de GH del adulto reporta un incremento en la mortalidad de origen cardiovascular, compartiendo similitudes con el síndrome metabólico. En un estudio previo de nuestro grupo objetivamos la mayor prevalencia de síndrome metabólico en aquellos sujetos hipertensos portadores del polimorfismo c.-94\_-93 del > G de la región promotora del gen de la hormona del crecimiento. Para investigar la actividad transcripcional de un gen, la secuencia del promotor que regula su expresión se liga a la secuencia que codifica para la enzima de la luciferasa, una proteína de la luciérnaga que emite luz bioluminiscente muy usada como gen reportero. Estas construcciones de ADN son introducidas en las células por medio de plásmidos. Una vez que las células han sido transfectadas, la activación del promotor exógeno inducirá la síntesis de luciferasa. De este modo, la medida de la luz emitida permite estimar la actividad transcripcional del promotor en estudio. Analizar *in vitro* la actividad sobre la transcripción del gen de la GH del polimorfismo c.-94\_-93 del > G de la región promotora del gen de la GH que pudieran estar implicados en la misma.

**Material y métodos.** Para determinar la actividad transcripcional del promotor del gen GH se clonó la región 5' proximal del promotor, que comprende los nucleótidos -265 al +1, en dos plásmidos pGH1A (plásmido con gen reportero de luciferasa) y pGH1B (plásmido que posee un promotor mínimo delante del gen reportero de luciferasa). Los haplotipos usados en estas construcciones fueron AGGAAA y AGdelAAA, que son los más frecuentes en nuestra población. Además también se transfectaron los plásmidos sin el promotor de la GH como controles negativos. Las diversas construcciones se transfectaron junto con un vector de expresión de la renina (pRL) en la línea celular MCF7. Posteriormente se determinó la actividad de la luciferasa como medida indirecta de actividad transcripcional.

**Resultados.** Las construcciones realizadas en el plásmido pGH1A no presentan diferencias específicas entre los dos haplotipos en la actividad transcripcional. Sin embargo las construcciones que contienen la variante polimórfica del gen, realizadas en los plásmidos pGH1B, mostraron una disminución potente de la actividad transcripcional en comparación con las construcciones que contenían la variante común del promotor de la GH. La disminución de la activi-

dad transcripcional del promotor que contiene el alelo polimórfico "del", fue del 75% comparada con el promotor que contiene el alelo común. Esta diferencia fue estadísticamente significativa ( $p < 0,001$ ). Discusión. Estos resultados demuestran que el polimorfismo puede afectar a la interacción entre la región promotora del gen de la GH y factores de transcripción. Por lo tanto, puede modificar la expresión de dicho gen en aquellos individuos portadores del alelo polimórfico. El hecho de que la presencia del alelo mutado "del" disminuya la actividad del promotor del gen, podría explicarse mediante la mayor unión o interacción, de la secuencia del promotor que contiene dicho alelo, con factores represores o inhibidores de la transcripción, disminuyendo de este modo su expresión.

**Conclusiones.** La presencia del alelo mutado "del" disminuye la actividad del promotor, habiéndose demostrado a través de construcciones en plásmidos transfectados en cultivos celulares, donde se observó una disminución de la actividad del promotor en aquellas construcciones que portaban el alelo "del" en dicha región.

#### RV-125

#### VARIACIÓN CIRCADIANA, CRONOTERAPIA Y CONTROL EN LA HIPERTENSIÓN ARTERIAL DEL ANCIANO

**C. Calvo<sup>1</sup>, R. Hermida<sup>2</sup>, M. Rodríguez<sup>1</sup>, D. Ayala<sup>2</sup>, J. López Paz<sup>1</sup>, M. Chayan<sup>1</sup>, A. Mojon<sup>2</sup> y J. Fernández<sup>2</sup>**

<sup>1</sup>Unidad de Hipertensión y Riesgo Vascular. Hospital Clínico Universitario. Santiago de Compostela, La Coruña.

<sup>2</sup>Laboratorio de Bioingeniería y Cronobiología. Universidad de Vigo. Vigo, Pontevedra.

**Objetivos.** En pacientes ancianos, la profundidad (descenso nocturno de PA con respecto a la media diurna) es menor ya que la PA nocturna aumenta con la edad. El objetivo del estudio ha sido valorar el impacto del tratamiento antihipertensivo y de la hora de su administración sobre el perfil circadiano de la PA entre pacientes hipertensos ancianos.

**Material y métodos.** Se estudiaron 1.540 pacientes ancianos ( $\geq 60$  años) con hipertensión arterial esencial de  $68,5 \pm 5,7$  años de edad. 396 pacientes no estaban tratados, 674 recibían la medicación al levantarse, 128 tomaban la medicación al acostarse, y 342 restantes tomaban los fármacos tanto al levantarse como al acostarse. La PA se evaluó con MAPA de 48 horas.

**Resultados.** El 61,6% de los no tratados eran no-dipper. En los tratados con los fármacos al levantarse, se documentó una reducción significativa de la PA durante la actividad diurna, pero no durante el periodo de descanso nocturno y el porcentaje de pacientes no-dipper se elevó hasta el 74,9% ( $p < 0,001$ ). Este porcentaje se redujo a un 55,6% en los pacientes tratados tanto al levantarse como al acostarse, y se redujo hasta un 47,6% en pacientes que tomaban toda la medicación al acostarse ( $p < 0,001$ ). El porcentaje de pacientes controlados aumentó desde el 34,1% en los que toman los fármacos al levantarse, hasta el 38,8% en los que lo hacen mañana-noche, y hasta el 60,9% en los que los toman al acostarse que, además, tienen prevalencia de un patrón dipper-extremo.

**Conclusiones.** El tratamiento antihipertensivo matutino empeora el perfil circadiano de la presión arterial en hipertensos ancianos. La estrategia farmacológica debe valorar "cuándo" tratar, en relación al ciclo de actividad y descanso de cada individuo, a la duración del efecto antihipertensivo y al perfil circadiano de PA de cada paciente. La Cronoterapia reduce la prevalencia del patrón no-dipper y aumenta el grado de control de la presión arterial.

#### RV-138

#### ¿ES EFICAZ LA ADMINISTRACIÓN DE TORASEMIDA A LA HORA DE ACOSTARSE EN EL TRATAMIENTO DE LA HIPERTENSIÓN ARTERIAL?

**R. Hermida<sup>1</sup>, C. Calvo<sup>2</sup>, J. López Paz<sup>2</sup>, D. Ayala<sup>1</sup>, M. Rodríguez<sup>2</sup>, M. Chayan<sup>2</sup>, A. Mojon<sup>1</sup> y J. Fernández<sup>1</sup>**

<sup>1</sup>Laboratorio de Bioingeniería y Cronobiología. Universidad de Vigo. Vigo, Pontevedra. <sup>2</sup>Unidad de Hipertensión Arterial y Riesgo Vascular. Hospital Clínico Universitario. Santiago de Compostela, La Coruña.

**Objetivos.** Investigar la eficacia antihipertensiva y los efectos sobre el perfil circadiano de PA de la Torasemida administrada a distintas horas en función del ciclo de actividad y descanso.

**Material y métodos.** Se estudiaron 90 pacientes con hipertensión arterial esencial de  $51,9 \pm 12,8$  años de edad, sin tratamiento previo, y asignados aleatoriamente a dos grupos en función de la hora de administración de una dosis única de 5 mg/día de Torasemida: a la hora de levantarse o bien a la hora de acostarse. La PA se monitorizó con mAPA de 48 horas.

**Resultados.** La reducción de PA después de 6 semanas de tratamiento con Torasemida fue mayor con la administración nocturna (12,9 y 8,9 mmHg en la media de 24 horas de la PAS y PAD, respectivamente) que con la administración matutina (6,1 y 3,2 mmHg en PAS y PAD, respectivamente;  $p < 0,004$  entre grupos). Las curvas de eficacia indican una cobertura terapéutica a lo largo de las 24 horas sólo cuando Torasemida se administró al acostarse; la cobertura terapéutica fue de tan solo 15 horas después de la administración de Torasemida al levantarse. La eficacia terapéutica fue mayor con la administración al acostarse en comparación con la dosis matutina después de las 6 primeras horas post-dosis. El porcentaje de pacientes con PA ambulatoria controlada después del tratamiento fue mayor cuando Torasemida administró a la hora de acostarse (61 frente al 23%,  $p < 0,001$ ). La eliminación urinaria de sodio y potasio no se modificó en ninguno de los grupos de tratamiento.

**Conclusiones.** Los resultados indican que una dosis única de 5 mg/día de Torasemida en monoterapia reduce de forma eficaz la PA a lo largo de las 24 horas sólo cuando el fármaco se administra a la hora de acostarse. Las diferencias en cobertura, eficacia y grado de control 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 HTA esencial.

## ENFERMEDAD TROMBOEMBÓLICA

### T-6

#### TROMBOSIS VENOSAS ASOCIADAS A CATÉTER: OBSERVACIONES OBTENIDAS A PARTIR DEL RIETE

**F. Muñoz Rodríguez<sup>1</sup>, J. Tricas Leris<sup>1</sup>, J. Vilaseca Bellsolà<sup>1</sup>, I. Casado Moreno<sup>2</sup>, D. Nauffall Manzur<sup>3</sup>, I. López Lagunas<sup>4</sup>, R. Tirado Miranda<sup>5</sup> y Grupo RIETE**

<sup>1</sup>Medicina Interna. Hospital de Mollet. Mollet del Vallès, Barcelona. <sup>2</sup>Neumología. Hospital Universitario Virgen de las Nieves. Granada. <sup>3</sup>Neumología. Hospital Universitario La Fe. Valencia. <sup>4</sup>Medicina Interna. Hospital San Agustín. Avilés, Asturias. <sup>5</sup>Medicina Interna. Hospital Infanta Margarita. Cabra, Córdoba.

**Objetivos.** Estudiar las características de las trombosis venosas (TV) de extremidades superiores asociadas a catéter y analizar su evolución a corto plazo comparándolas con aquellas trombosis no asociadas.

**Material y métodos.** Se estudiaron las TV localizadas en las extremidades superiores a partir de los resultados obtenidos en el Registro Informatizado de Enfermedad Tromboembólica en España (RIETE) desde marzo de 2001 hasta diciembre de 2005. Todos los pacientes tenían un seguimiento mínimo de 3 meses tras el episodio trombótico.

**Resultados.** Durante el período de estudio se incluyeron en el RIETE 10.240 pacientes con trombosis venosa profunda (TVP) de los cuales 452 (4,4%) correspondían a episodios de TV en las extremidades superiores. Entre éstos últimos había un predominio de hombres (60%) y la edad media fue de 53 (DE 19) años. Los principales factores de riesgo observados fueron la inserción de un catéter (44%) y la coexistencia de cáncer (36%). Los tipos de dispositivos fueron vía central (52%), reservorio (15%), vía periférica (13%), marcapasos (12%), stent (4%) y otros (4%). No se observaron diferencias respecto a las manifestaciones clínicas (dolor, tumefacción o TEP asociado) entre los pacientes con TV relacionada o no con un catéter. Respecto a las exploraciones utilizadas, la ecografía-doppler se solicitó menos frecuentemente para el diagnóstico de la TV asociada a catéter (69% vs 81%;  $p = 0,004$ ), en cambio la venografía se solicitó en más ocasiones (36% vs 26%;  $p = 0,03$ ), si bien ambas explo-

raciones tuvieron una sensibilidad similar y superior al 97% para el diagnóstico de TV en las extremidades superiores. La sensibilidad del dímero-D fue superior (93% vs 71%;  $p < 0,0001$ ) en los casos de TV asociada a catéter. A los 3 meses de seguimiento la mortalidad global fue 13%, las recidivas 5% y las complicaciones hemorrágicas 7%. Los pacientes con TV asociada a catéter eran mayores (58 vs 49 años;  $p < 0,0001$ ) que los pacientes con TV no asociada, estaban más frecuentemente hospitalizados (54% vs 31%;  $p < 0,0001$ ), tenían mayor prevalencia de cáncer (42% vs 32%;  $p = 0,02$ ), mayor antecedente de cirugía (25% vs 5%;  $p < 0,0001$ ) e inmovilización (21% vs 10%;  $p = 0,002$ ). Durante el seguimiento los pacientes con TV asociada a catéter fallecieron igual que aquellos con TV no asociada (11% vs 15%) y también con similares porcentajes de recidivas (6% vs 5%), aunque estas recidivas fueron más frecuentemente en forma de TEP (64% vs 9%;  $p = 0,024$ ), sufrieron más complicaciones hemorrágicas (10% vs 5%;  $p = 0,041$ ) y éstas tendieron a ser más graves (45% vs 17%;  $p = ns$ ).

**Conclusiones.** 1) La inserción de un catéter es el principal factor de riesgo para la aparición de una TV en las extremidades superiores. 2) Las TV relacionadas con un catéter tienen un espectro clínico similar a las no asociadas. 3) El dímero-D tiene una mayor sensibilidad en las TV asociadas a catéter. 4) Los pacientes con TV relacionada con catéter son mayores y tienen una mayor prevalencia de hospitalización, cáncer, antecedente de cirugía e inmovilización que aquellos con TV no asociada. 5) Su evolución a los 3 meses del diagnóstico es similar, aunque se observa una mayor recidiva en forma de TEP y más complicaciones hemorrágicas.

### T-11

#### ¿UTILIZAMOS DE FORMA ADECUADA LAS HEPARINAS DE BAJO PESO MOLECULAR EN LOS PACIENTES HOSPITALIZADOS? RESULTADOS DEL ESTUDIO MULTICÉNTRICO ADHEPHOS

**M. Maíz Jiménez<sup>1</sup>, F. Salgado Ordóñez<sup>1</sup>, C. González Pozo<sup>2</sup>, J. Pérez Díaz<sup>3</sup>, G. Ojeda Burgos<sup>4</sup>, L. Mérida Rodrigo<sup>5</sup>, I. Aguilar Fernández<sup>4</sup> y N. Macías Vega<sup>6</sup>**

<sup>1</sup>Medicina Interna. Hospital de la Serranía. Ronda, Málaga. <sup>2</sup>Medicina Interna. Antequera. Antequera, Málaga. <sup>3</sup>Medicina Interna. Clínico Universitario. Málaga. <sup>4</sup>Medicina Interna. Costa del Sol. Marbella, Málaga. <sup>5</sup>Medicina Interna. Regional Universitario "Carlos Haya". Málaga.

**Objetivos.** Realizar las posibles causas de uso inadecuado de heparinas de bajo peso molecular (HBPM) en el medio hospitalario de nuestra provincia.

**Material y métodos.** Estudio multicéntrico con selección simultánea de pacientes por muestreo aleatorio simple, cuyo tamaño se calculó en base a una muestra piloto previa. Criterios de inclusión: todo paciente mayor de 14 años ingresado el 15 de febrero de 2006 en un centro hospitalario público de la provincia de Málaga. Criterios de exclusión: ingresados en áreas de urgencias o en hospital de día por Cirugía Mayor Ambulatoria (CMA), o tratamientos de duración inferior a 24 horas. Cálculo de riesgo: a los pacientes que iban a ser sometidos a cirugía se les clasificó en riesgo bajo moderado o alto según el tipo de intervención. Además se utilizó la Guía Pretemed 2003 para calcular el riesgo en base a los procesos médicos de cada paciente. Criterios de adecuación: utilización de HBPM cuando el riesgo de ETEV era alto, ya fuera por procesos médicos o quirúrgicos y la no utilización de dicha terapia cuando estaba contraindicado o el riesgo ETEV era bajo. Criterios de inadecuación: 1) breindicación: utilización de fármacos en pacientes de bajo riesgo donde sólo se indican medidas físicas 2) bindicación: cuando no se pautaban fármacos en pacientes de riesgo sin contraindicación. 3) solología incorrecta utilizar una pauta o una dosis distinta a la recomendada por peso corporal o riesgo (dosis infra o supraterapéutica). Método estadístico: Las variables se analizaron mediante el test de la  $\chi^2$ , y  $t$  de student.

**Resultados.** Se realizó uso inadecuado en 67 (31,4%) de los 213 pacientes seleccionados. Se utilizaron HBPM en 129. Se sobreindicaron HBPM en 10 pacientes (4,6%), se subindicaron en 19 (6,9%). En 38 la indicación era adecuada pero recibieron dosis infra ( $n = 30$ ) o supraterapéuticas ( $n = 8$ ). Fueron tratados con posología incorrecta 12. No encontramos diferencias en la tasa de adecuación respecto al género, edad, centro hospitalario, servicio, principio activo, o

posología. Los pacientes que recibían HBPM de forma inadecuada eran más obesos (80,1 +19,3 K vs 71,1+ 10,4 K;  $p = 0,04$ ). El grado de inadecuación es mayor cuando utilizamos las HBPM con fines terapéuticos ( $n = 24$ ) que con fines profilácticos ( $n = 105$ ) (66,6% vs 30,3%  $p = 0,018$ ). Esto se debe en gran medida a la pauta de HBPM cada 24 horas observada en 11 de los 18 síndromes coronarios agudos (SCA) de la muestra. El 50% de las pacientes donde se sobreindicaron HBPM tenían patología obstétrica, seguidos 22% de patología infecciosa. El 47,4% de los pacientes donde hubo subindicación presentaban neoplasias, seguidas del 31,6% de con enfermedades digestivas.

**Conclusiones.** 1) El uso inadecuado de las HBPM en el medio hospitalario afecta a casi 1/3 de los pacientes ingresados, siendo la principal causa la utilización de dosis infraterapéuticas o posología incorrecta. 2) Debemos constatar las medidas antropométricas de los pacientes antes de pautar las dosis de HBPM. 3) Observamos una mala utilización terapéutica de las HBPM en el SCA en nuestro medio. 4) La subindicación de HBPM afecta sobretudo a pacientes con neoplasias y enfermedades digestivas.

#### T-14 SÍNDROME ANTIFOSFOLIPÍDICO: MANIFESTACIONES CLÍNICAS Y SEGUIMIENTO A LARGO PLAZO DE 193 PACIENTES

G. Espinosa<sup>1</sup>, G. de la Red<sup>1</sup>, D. Tàssies<sup>2</sup>, R. Cervera<sup>1</sup>, A. Bové<sup>1</sup>, F. Carmona<sup>3</sup>, J. Reverter y J. Font<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Enfermedades Autoinmunes, <sup>2</sup>Hemoterapia y Hemostasia, <sup>3</sup>Ginecología, Obstetricia y Perinatología. Hospital Clinic. Barcelona.

**Objetivos.** Analizar las características clínicas al diagnóstico y durante el seguimiento de una serie de pacientes con síndrome antifosfolipídico (SAF), de acuerdo a su año de diagnóstico.

**Material y métodos.** Se incluyeron 193 pacientes con SAF de acuerdo a los criterios de Sapporo (1999) durante el periodo de estudio (1985-2004). Con el fin de analizar la influencia que el año de diagnóstico ejerce sobre la evolución de estos pacientes, se dividieron en tres grupos: 34 se diagnosticaron entre 1985-1994, 62 entre 1995-1999 y 97 pacientes entre 2000-2004. Los datos clínicos se recogieron de acuerdo a un protocolo previamente establecido.

**Resultados.** La edad media de los 193 pacientes fue de  $39,4 \pm 14,5$  años (rango 15-78). El 78% fueron mujeres sin diferencias entre los tres grupos. El retraso diagnóstico (tiempo entre la primera manifestación atribuible al SAF y el diagnóstico) fue menor en el tercer grupo comparado con los otros dos ( $49,9 \pm 10,9$  meses vs  $29,8 \pm 6,3$  meses;  $p < 0,0005$ ). La trombosis fue la manifestación clínica más frecuente en el momento del diagnóstico (58%, 54% y 56%, respectivamente), seguido de las pérdidas fetales (24%, 31% y 28%, respectivamente). La prevalencia del territorio vascular afectado varió a lo largo de los tres periodos analizados. Así, la relación entre trombosis venosa/arterial fue de 68%-32% en el primer periodo a 49%-47% en el tercero. Tras el diagnóstico las recurrencias trombóticas disminuyeron significativamente entre los tres grupos de pacientes (48% vs 36% vs 15%;  $p < 0,05$ ). Además, el índice de recurrencias trombóticas/100 pacientes/año también disminuyó en los tres periodos analizados ( $10$  vs  $9,4$  vs  $7,8$ ;  $p = 0,007$ ). La probabilidad de permanecer libre de trombosis 5 años después del fenómeno trombótico previo aumentó del 60% al 82% entre el primer y tercer periodo analizados ( $p < 0,05$ ). En cuanto al tratamiento, el uso de anticoagulación oral se asoció con el menor índice de recurrencias trombóticas (25%), respecto al uso de antiagregantes plaquetarios (45%) o no realizar ningún tratamiento (75%) tras el primer evento trombótico. El tratamiento preventivo durante la gestación (aspirina y heparina) aumentó el índice de recién nacidos vivos del 37% al 82% ( $p < 0,0001$ ) sin diferencias entre los tres grupos analizados. La mortalidad disminuyó del 9% en el primer grupo al 1% en el último ( $p = 0,02$ ).

**Discusión.** Nuestro estudio analiza la influencia del momento del diagnóstico en la evolución posterior de los pacientes con SAF. Podemos destacar algunos puntos de interés. Por una parte, el retraso diagnóstico es menor en el último periodo analizado lo que demuestra que los facultativos conocen mejor, y por tanto, piensan en este síndrome en el momento del diagnóstico diferencial. Por otra parte, la prevalencia de trombosis arteriales ha aumentado a lo largo

del tiempo, lo que es consecuencia de un mejor conocimiento del síndrome por parte de algunas especialidades como la neurología o la cardiología, lo que ha hecho que algún tipo de evento trombótico como los AVC o los IAM se incluyan dentro de este síndrome. El uso de anticoagulación oral parece ser el principal factor en reducir las recurrencias trombóticas en los tres periodos analizados. Finalmente, el uso de aspirina y heparina es el principal responsable de la mejoría en el resultado de las gestaciones de estas pacientes.

**Conclusiones.** Los pacientes con SAF presentaron un riesgo elevado de recurrencias trombóticas, pero el uso de anticoagulación oral parece ser el principal factor en reducir estas trombosis recurrentes en los tres periodos analizados. El tratamiento preventivo durante el embarazo redujo el índice de pérdidas fetales.

#### T-17 MANEJO EN URGENCIAS DE LA TROMBOSIS VENOSA PROFUNDA (TVP) EXTRAHOSPITALARIA

N. Ruiz-Giménez Arrieta<sup>1</sup>, C. Hermoso Durán<sup>2</sup>, E. Malo Mayor<sup>2</sup>, M. Junquera<sup>3</sup>, P. Sánchez Molini<sup>1</sup> y C. Suárez Fernández<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Medicina Interna, <sup>2</sup>Urgencias. La Princesa. Madrid-Área 2. Madrid. <sup>3</sup>Centro de Salud. CS. Ciudad San Pablo. Madrid-Área 2. Madrid.

**Objetivos.** Evaluar si el manejo de la TVP en el Servicio de Urgencias del Hospital Universitario La Princesa antes del alta para un posterior manejo extrahospitalario es adecuado.

**Material y métodos.** Estudio retrospectivo de 50 informes clínicos del Servicio de Urgencias del Hospital La Princesa de pacientes adultos diagnosticados de TVP mediante Ecodoppler que posteriormente recibieron tratamiento extrahospitalario en un periodo de 16 meses. Se excluyeron pacientes que ingresaban y tenían indicación de anticoagulación previa. Las bases para considerar adecuado el manejo en urgencias fueron: 1) Selección adecuada de pacientes para tratamiento extrahospitalario (exclusión criterios de ingreso hospitalario): despistaje de tromboembolia pulmonar (TEP), evaluación del estado hemodinámico. 2) Valoración de función renal, coagulación, y cifras de plaquetas antes de iniciar terapia anticoagulante. 3) Recogida de información imprescindible para indicar duración del tratamiento. 4) Recogida de recomendaciones higiénico-terapéuticas dirigidas al paciente antes del alta de urgencias.

**Resultados.** De los 50 pacientes, 23 (46%) eran varones, con media de 70,6 años de edad ( $\pm$  DS 18, rango: 21-102). En el 82% de los informes se reflejaba información sobre despistaje de TEP: 44% mediante anamnesis dirigida, 38% con pruebas complementarias. En 8% de los casos, no estaba reflejado el estado hemodinámico. 22% no tenían análisis con niveles de creatinina, 30% no incluían cifras de plaquetas y 14% no tenían control de coagulación. El 6% de pacientes tenían cifras de creatinina mayor o igual a 2 mg/dl y 10% trombopenia ( $< 150.000$ ). El 90% de los casos era primer episodio de TVP (6% eran TVP de miembros superiores, 8% de las TVP se localizaba a nivel iliaco). En el 84% se reflejaba la presencia de factor de riesgo de ETEV. Se recomendó heparinas de bajo peso molecular al 100% de los pacientes. En un 60% se recomendó dosis única diaria subcutánea. Se inició tratamiento con anticoagulantes orales desde urgencias en 38%. Se recomendó el uso de medias de compresión fuerte al 50% y se indicó reposo relativo al 62%. En el 66% no quedó reflejada la duración recomendada del tratamiento y quedaron reflejados avisos sobre posibles complicaciones en el 50% de los informes. Se recomendó realización de estudio de hipercoagulabilidad al 28% de los pacientes en los que estaría indicado. El 96% fueron derivados a su médico de Atención primaria para control y seguimiento. Además, 14% fueron derivados a consultas externas de Medicina interna, y 12% a la Unidad de Coagulación.

**Discusión.** Aunque la mayoría de las TVP se pueden manejar de forma extrahospitalaria, es necesario descartar una serie de condiciones antes del alta de Urgencias: 1) Descartar TEP y dejar reflejado en el informe instrucciones precisas al paciente sobre síntomas sospechosos de TEP. En un porcentaje no despreciable (18%) de las historias de urgencias de pacientes con TVP sintomática que seleccionan para manejo extrahospitalario no se refleja despistaje de esta complicación. 2) Realizar análisis de función renal, plaquetas y coagulación antes de iniciar terapia anticoagulante. En un tercio de los pacientes faltaba alguno de estos datos. 3) Tratamiento inicial precoz



en la urgencia. A todos los pacientes se les inició una terapia correcta con HBPM si bien sólo se recomendó uso de medias de compresión al 60% de TVP de MMII. 4) Derivación para un seguimiento periódico y frecuente. Todos los pacientes fueron derivados al médico de Atención Primaria y tenían acceso a una atención médica rápida las 24 horas.

**Conclusiones.** El manejo terapéutico del paciente con TVP y posterior tratamiento extrahospitalario fue correcto en la urgencia, si bien debemos insistir en la necesidad de descartar TEP, realizar una analítica antes de iniciar anticoagulación y dar recomendaciones precisas por escrito ante la frecuencia y gravedad de las complicaciones de esta patología.

**T-30**  
**USO DE LAS HEPARINAS DE BAJO PESO MOLECULAR PARA LA PREVENCIÓN DE ENFERMEDAD TROMBOEMBÓLICA VENOSA EN PACIENTES ONCOLÓGICOS: INFLUENCIA DEL TIPO DE HOSPITAL Y TIPO DE SERVICIO. ESTUDIO PROFICAN**

**C. Suárez<sup>1</sup>, S. Arponen<sup>1</sup>, G. Adrio<sup>2</sup>, J. Aguilo<sup>3</sup>, R. Armengol<sup>4</sup>, F. Caro<sup>5</sup>, A. Codina<sup>6</sup> y A. Coto<sup>7</sup>**

<sup>1</sup>Medicina Interna. Princesa. Madrid. <sup>2</sup>Hospital. Arquitecto Marcide. Ferrol, Coruña. <sup>3</sup>Hospital. Xativa. Xativa, Valencia. <sup>4</sup>Hospital. General de Catalunya. Barcelona, Barcelona. <sup>5</sup>Hospital. Gandia. Valencia. <sup>6</sup>Hospital. Girona. Girona. <sup>7</sup>Hospital. 12 de octubre. Madrid.

**Objetivos.** Describir el seguimiento médico (durante el ingreso y al alta) de las recomendaciones sobre la prevención de la ETEV mediante HBPM en una muestra de pacientes oncológicos ingresados en distintos hospitales españoles y comparar los resultados según el tipo de hospital y tipo de servicio.

**Material y métodos.** Estudio epidemiológico transversal, con participación de 53 médicos que recogieron información de las historias clínicas y los informes de alta de 774 pacientes neoplásicos atendidos en los servicios médicos o quirúrgicos de 50 hospitales españoles durante junio a agosto de 2004. Los pacientes fueron seleccionados atendiendo a los siguientes criterios de inclusión: edad igual o superior a 18 años, diagnóstico de neoplasia activa, atendidos en servicios médicos hospitalarios, con alguno de los factores considerados de riesgo para ETEV, o en servicios quirúrgicos atendidos por cirugía neoplásica abdominal o pélvica. Fueron excluidos los pacientes con esperanza de vida > a 2 meses, si contraindicación de heparina profiláctica o en tratamiento anticoagulante. Se recogió: edad, sexo, localización y estadiaje del tumor, tipos de servicios y hospitales, así como una serie de variables relativas al tratamiento hospitalario y a la prescripción al alta. El análisis estadístico se efectuó mediante la prueba de Chi cuadrado para las variables categóricas y con el t-Student en el caso de las variables continuas.

**Resultados.** 774 pacientes, 59% hombres, edad media 66 años (DE 12,8). El 78,7% de los pacientes fueron sometidos a profilaxis con HBPM. Al 37,7% se les prescribió tratamiento extrahospitalario al alta y en el 75,2% de éstos se indicó la duración del mismo. En la tabla se muestran los resultados según tipo de hospital y según el tipo de servicio.

**Conclusiones.** Es necesario una mayor implementación de las guías a los profesionales de la salud que tratan pacientes oncológicos para incrementar su adherencia. La utilización de profilaxis en estos pacientes es peor en los hospitales terciarios que comarcales y en los servicios médicos que quirúrgicos.

**T-39**  
**ETIOPATOGENIA DE LA ENFERMEDAD TROMBOEMBÓLICA VENOSA (ETV) EN PACIENTES JÓVENES**

**M. García-Fuster, R. Oltra, M. Forner, F. Martínez, N. Abdilla, M. Fabiá y C. Nicolau**

Medicina Interna. Hospital Clínico Universitario. Valencia.

**Objetivos.** Conocer la causa de la ETV en pacientes menores de 50 años no afectos de enfermedad crónica ni neoplásica.

**Material y métodos.** Se estudiaron pacientes entre 15-50 años afectos de ETV, ingresados en el Servicio de Medicina Interna del Hospital Clínico Universitario de Valencia, desde enero de 1989-enero de 2006. El diagnóstico de ETV se realizó mediante eco-Doppler o flebografía cuando se trataba de una trombosis venosa profunda (TVP), mediante TAC pulmonar helicoidal o gammagrafía pulmonar si se trataba de una embolia pulmonar (EP) y mediante angio-TAC o angio-RNM si tenía otra localización. A todos se les practicó un estudio analítico que incluía AAFL (anticoagulante lúpico, anticardiolipina o anti B2 glicoproteína) y factores congénitos de trombofilia (déficit de antitrombina III, proteína S y C, Factor V Leiden, disprotrombinemia G20210A) cuando finalizó el período de anticoagulación.

**Resultados.** Se incluyeron 164 pacientes con ETV (90 varones) y edad media 35 años (9,9). De ellos 145 presentaban TVP de los miembros inferiores (43 complicado con EP), 10 tenían TVP de miembros superiores, 5 se manifestaron solo con EP y 4 tenían TVP en lugares menos frecuentes (vena yugular, 2 seno cavernoso y vena ovárica). 53 pacientes (32%) presentaban factores congénitos (ATIII 1, déficit pS 5, pC 10, factor V Leiden 24 y disprotrombinemia 19). 29 pacientes (18%) presentaban factores AAFL. 82 (50%) presentaron solo factores adquiridos transitorios (inmovilización, terapia hormonal, cirugía, insuficiencia venosa), generalmente asociados en número de 2 ó 3.

**Conclusiones.** El 50% de los jóvenes con ETV presentan trombofilia congénita o AAFL como causa de su evento trombótico. El otro 50% presentan varios factores adquiridos transitorios coincidentes, siendo los más frecuentes la inmovilización y la terapia hormonal.

**T-40**  
**FILTROS DE CAVA INFERIOR: EXPERIENCIA CLÍNICA**

**M. González Sanz<sup>1</sup>, N. Ruiz-Giménez Arrieta<sup>1</sup>, M. del Palacio Tamarit<sup>1</sup>, A. Frieria Reyes<sup>2</sup> y C. Suárez Fernández<sup>1</sup>**

<sup>1</sup>Medicina Interna, <sup>2</sup>Radiología Vascul. Hospital Universitario de la Princesa. Madrid.

**Objetivos.** Describir nuestra experiencia con filtros de cava inferior permanentes y temporales, con el fin de evaluar su eficacia y seguridad en el tratamiento y profilaxis de la enfermedad tromboembólica venosa.

**Material y métodos.** Realizamos un descriptivo retrospectivo de los pacientes a los que se les implantó un filtro de cava en el Hospital Universitario de la Princesa en el período comprendido entre enero 2003 y marzo 2006.

**Resultados.** Contamos con un total de 23 pacientes de edades comprendidas entre los 24-95 años (media 60,9 ± SD 19,5) de los cuales 13 eran varones y 10 mujeres. Todos presentaron un evento tromboembólico venoso (ETEV) siendo en un 52,2% (12 pacientes) trombosis venosas profundas (TVP) aisladas y en un 47,8% (11 pacientes) tromboembolismos pulmonares (TEP) con o sin TVP añadida. Un 17,4% (4 pacientes) de los eventos fueron idiopáticos, encontrándose factores de riesgo (FR) permanentes para desarrollar enfermedad tromboembólica en un 60,9% (14 pacientes) y FR tran-

Tabla 1. Perfil de la profilaxis farmacológica según tipo de hospital y según el tipo de servicio (T-30).

Tipo de hospital y servicio	% tto. hospitalario	días entre ingreso e inicio tto.	% prescripción tto. al alta	% indicación duración tto. extrahospitalario	duración tto. extrahospitalario (días)
Comarcal	87,9	1,4 (1,6)	32,9	76,6	23 (14,1)
Terciario	72,8	2 (2,4)	34,8	71,4	49,9 (81,3)
p	< 0,0001	0,0038	0,68	0,50	0,0066
Médico	64,4	1,8 (2,2)	32,8	51,1	135,7 (98)
Quirúrgico	96,2	1,7 (1,6)	38,3	93,3	16 (6,7)
p	< 0,0001	0,51	0,18	< 0,0001	< 0,0001

sitorios en un 21,7% (5 pacientes). Los FR más comunes eran inmovilización en 8 pacientes (34,8%), neoplasias en 6 (26%) y trombofilia congénita en 4 (17%). En el 87% de los pacientes se trataba del primer caso de trombosis mientras que un 13% (3 pacientes) tenían ETEV recurrentes. Se realizó estudio de hipercoagulabilidad (EHC) únicamente en 7 pacientes (30,4%) y resultó ser positivo en 4 (57% de los estudiados). El 100% de los pacientes tenía contraindicación para la anticoagulación: un 13% (3 pacientes) por cirugía mayor y un 78,2% (18 pacientes) por sangrado activo. La localización más frecuente de la hemorragia fue la digestiva (7 pacientes, 30,4%) seguida de las hemorragias cerebrales (13%) y los hematomas retroperitoneales (13%). Se decidió implantación de filtro en la fase aguda del ETEV en 14 pacientes (65,3%) mientras que el resto de filtros fueron colocados en la fase crónica de la enfermedad. El modelo de filtro que se coloca en nuestro Servicio de Radiología Vasculosa es Günter Tulip desde abril 2003. El tiempo transcurrido entre el evento y la colocación del filtro fue de 8,39 días  $\pm$  SD 10,4 (rango 1-46). Los filtros fueron colocados con intención terapéutica en un 86,9% de los casos (20 pacientes) sólo en 3 pacientes su uso fue profiláctico. Se colocaron 10 filtros permanentes (40,5%), el resto (13 filtros, 56,5%) se implantaron como temporales, sin embargo 2 filtros (15%) nunca fueron retirados dejándose permanentes (por edad del paciente y evolución clínica). La media de días de implantación de los filtros temporales fue de 13,27  $\pm$  SD 7,2 (rango 5-27). Como complicaciones surgieron trombosis perifiltro en 2 pacientes (8,7%), uno de ellos precisó fibrinólisis previa a la retirada, otra complicación aunque más tardía fue el síndrome postflebitico presente en 2 pacientes (8,7%), sólo en una paciente (4,3%) se objetivó migración del filtro, que fue asintomática. Cabe destacar que en un 78,3% de los pacientes el filtro no produjo complicación alguna. Apareció recurrencia de ETEV en dos pacientes, en uno (4,3%) tras retirada del filtro, el paciente presentaba una trombofilia congénita. La otra recurrencia fue en un paciente portador de filtro permanente que tuvo una TVP sin progresar a TEP.

**Discusión.** Los filtros de cava temporales han demostrado la misma efectividad que los permanentes en la protección contra TEP, sin embargo presentan menor número de complicaciones y existe la posibilidad de no retirarlos en caso de que su indicación se haga permanente. El tiempo de implantación no está claro, siendo en la mayoría de estudios entre 12-14 días.

**Conclusiones.** Queda demostrada la eficacia de los filtros de cava para proteger contra el TEP. Deberíamos pensar en la opción de implantar un filtro de cava temporal, ante una contraindicación para anticoagulación transitoria en un paciente con ETEV, dado que son claramente efectivos y presentan menores complicaciones que los permanentes. Parece ser que el tiempo indicado de implantación estaría en torno a los 13 días (para nuestra muestra 13,27  $\pm$  SD 7,2). En nuestro estudio sólo 2 de los filtros indicados como temporales (15%) se dejaron de forma permanente. Faltan estudios que nos aporten información sobre posibles implantaciones temporales más prolongadas.

## VARIOS

### V-15

#### CALIDAD DE VIDA EN PACIENTES CON LUPUS ERITEMATOSO SISTÉMICO MEDIANTE EL CUESTIONARIO PECVEC: IMPACTO DE LA FIBROMIALGIA, DAÑO ORGÁNICO Y ACTIVIDAD

I. Fidalgo López<sup>1</sup>, J. Ballina García<sup>2</sup>, R. Hernández Mejía<sup>3</sup>, T. Pérez Sandoval<sup>4</sup>, L. Pantoja<sup>5</sup>, V. Pinillos<sup>5</sup> y J. Arribas Castrillo<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Medicina Interna I. <sup>2</sup>Reumatología. Hospital Universitario Central de Asturias. Oviedo, Asturias. <sup>3</sup>Medicina Preventiva y Salud Pública. Facultad de Medicina de Oviedo, Asturias. <sup>4</sup>Reumatología. Hospital de León. León. <sup>5</sup>Reumatología. Hospital del Bierzo. Ponferrada, León.

**Objetivos.** Analizar mediante el cuestionario PECVEC (Perfil de Calidad de Vida en Enfermos Crónicos) el impacto que sobre la Calidad

de Vida (CV) en pacientes con lupus eritematoso sistémico (LES), provoca el grado de actividad, el daño orgánico y la coexistencia de la fibromialgia.

**Material y métodos.** Estudio transversal de pacientes con LES diagnosticados y tratados en consultas externas de Reumatología. Se midió la actividad de la enfermedad mediante el *Systemic Lupus Erythematosus Disease Activity Index* (SLEDAI) y el daño orgánico con el *Systemic Lupus International Collaborative Clinics/American College Rheumatology Damage Index for Systemic Lupus Erythematosus* (SLICC/ACR). La CV se midió con los cuestionarios PECVEC y la capacidad física autopercebida con la versión adaptada a la población española del *Stanford Arthritis Center Health Assessment Questionnaire* (HAQ). La comparación entre grupos se realizó utilizando el coeficiente de correlación de Pearson utilizando las pruebas de Mann-Whitney o de Kruskal-Wallis cuando las variables no seguían una distribución normal.

**Resultados.** Se incluyeron 65 pacientes (86% mujeres, edad media 40,8 años, media de años de evolución de la enfermedad 7,98 y 12,3% cumplieron criterios de fibromialgia). Los síntomas más frecuentes fueron: fatiga (72,3%), nerviosismo (67,7%), dolor articular (61,5%) y lesiones cutáneas (52,3%). La puntuación global del SLEDAI fue de 7,03 (rango: 0-27) siendo los dominios más afectados el inmunológico, articular y cutáneo mucoso. La puntuación media del SLICC/ACR fue de 0,82 (rango: 0-5) y los dominios más afectados fueron el cutáneo, musculoesquelético, ocular y vascular periférico. Con el HAQ se obtuvo una puntuación media de 0,25 (rango: 0-1,55). La fibromialgia ( $p < 0,05$ ), la edad ( $p < 0,01$ ) y la actividad (SLEDAI) ( $p < 0,05$ ) se correlacionan significativamente con peor capacidad física autopercebida (HAQ). La presencia de fibromialgia ( $p < 0,01$ ) implica peor CV en todas las escalas del PECVEC excepto en la "Función Social". La edad ( $p < 0,01$ ) influye de forma negativa en todas las escalas de CV. Existió correlación significativa entre la actividad (SLEDAI) y las escalas de "Bienestar Físico" ( $p < 0,01$ ), "Función Física" ( $p < 0,01$ ), "Función Psicológica" ( $p < 0,05$ ) y "Función Social" ( $p < 0,05$ ). La presencia de actividad a nivel articular se correlacionó con peor CV en la escala de "Función Física" y a nivel cutáneo con peor CV en las escalas de "Función Psicológica", "Función Social" y "Bienestar Social". Una mayor discapacidad física autopercebida (HAQ) condiciona significativamente una peor CV en todas las escalas del PECVEC. El daño orgánico y los años de evolución de la enfermedad no se correlacionaron con la capacidad física autopercebida (HAQ) ni con las distintas escalas del PECVEC.

**Conclusiones.** 1) La CV empeora con la edad en todas las escalas. 2) La fibromialgia asociada implica peor CV en los aspectos físicos, psíquicos y sociales tanto en las áreas de función como de bienestar. 3) La actividad de la enfermedad influye de forma negativa en la CV en función de órgano o sistema afectado. 4) El daño orgánico se comporta como una dimensión independiente de la CV.

### V-20

#### FACTORES DE RIESGO PARA LA PERSISTENCIA DE SARM (*STAPHYLOCOCCUS AUREUS* RESISTENTE A LA METICILINA) EN DIFERENTES CENTROS SANITARIOS

E. Vendrell Torra<sup>1</sup>, P. Barrufet Barque<sup>1</sup>, G. Sauca Subias<sup>2</sup>, M. Serra Prat<sup>3</sup>, J. Cornudella Vilanova<sup>4</sup>, A. Llopis Calvo<sup>5</sup>, M. Robledo Balta<sup>6</sup> y C. Vázquez Roa<sup>7</sup>

<sup>1</sup>Medicina Interna, <sup>2</sup>Microbiología, <sup>3</sup>Epidemiología. Hospital de Mataró. Mataró, Barcelona. <sup>4</sup>Geriatría. Casal de Curació. Vilassar de Mar, Barcelona. <sup>5</sup>Geriatría. Antic Hospital de Mataró. Mataró, Barcelona. <sup>6</sup>Geriatría. Centre Geriàtric del Maresme. Mataró, Barcelona. <sup>7</sup>Geriatría. Centre Geriàtric L'estada. Sant Andreu de Llavaneres, Barcelona.

**Objetivos.** Conocer los factores asociados a la persistencia de SARM en un hospital de agudos (H) y 4 centros socio-sanitarios (CSS) en una misma área geográfica. Estudio prospectivo a 1 año.

**Material y métodos.** En diciembre de 2003, mediante cultivo de muestras nasales (FN) y de úlceras cutáneas (UC), se identificaron 113 portadores de SARM en 699 pacientes ingresados en un H y 4 CSS de la misma comunidad. A todos los pacientes se les realizó una encuesta para identificar los factores asociados (FA) al estado de portador. El seguimiento a los 3, 6, 9 y 12 meses con nuevos cultivos y

una nueva encuesta permitió determinar los FA a la persistencia de SARM. Se estableció el criterio de no-persistencia de SARM a los 12 meses o al fallecimiento cuando los últimos dos cultivos eran negativos. Si los dos últimos cultivos no eran negativos se consideró que había persistencia de SARM.

**Resultados.** 64 pacientes (56,6%) completaron un año de seguimiento, 2,7% se perdieron, y 40,7% fallecieron. De los 64 pacientes, en 38 (59,4%) había persistencia de SARM. En el análisis bivariado los factores presentes al comienzo del estudio asociados a la persistencia de SARM fueron: sonda urinaria ( $p = 0,069$ , OR = 6,89), > 2 comorbilidades ( $p = 0,001$ , OR = 6,78), insuficiencia cardíaca ( $p = 0,012$ , OR = 5,22), tratamiento antibiótico los 6 meses previos ( $p = 0,045$ , OR = 2,97), UC ( $p = 0,001$ ). Los factores presentes a los 12 meses asociados a la persistencia de SARM fueron: UC ( $p = 0,009$ , OR = 11), institucionalización en CSS o residencia social ( $p = 0,082$ , OR 3,93), Barthel < 60 ( $p = 0,035$ , OR = 3,11), tratamiento antibiótico los 3 meses previos ( $p = 0,07$ , OR = 1,77), menos peso (55,08 vs 75,10 kg,  $p = 0,039$ ), más días de contacto con otros portadores (16,45 vs. 3,46,  $p = 0,057$ ).

**Conclusiones.** 1) Se observó persistencia de SARM en cerca del 60% de los pacientes que completaron 12 meses de seguimiento. 2) Las úlceras cutáneas y el tratamiento antibiótico previo fueron los factores de riesgo de persistencia de SARM más relevantes. Otros factores asociados a la persistencia de SARM fueron: la institucionalización, un estado funcional deficiente, un menor peso, y el contacto con otros portadores de SARM.

## V-63

### BORTEZOMIB EN MIELOMA MÚLTIPLE; EVALUACIÓN DE 23 PACIENTES

A. Cánovas Fernández, J. Alonso Alonso, G. Barreiro García, A. Álvarez Blanco y C. Aguirre Errasti

Medicina Interna. Hospital de Cruces. Baracaldo, Vizcaya.

**Objetivos.** Bortezomib, que pertenece al grupo de nuevos tratamientos para el mieloma múltiple (MM), inhibe de forma reversible a los proteosomas, sistemas enzimáticos encargados de degradar diversas proteínas del ciclo celular. Por este mecanismo y por otros no del todo conocidos, puede detener el crecimiento tumoral y está demostrada su actividad en MM. Nuestro objetivo es presentar la experiencia con Bortezomib en una serie de 23 pacientes con MM refractario o en progresión.

**Material y métodos.** Estudio de una cohorte de 23 pacientes con MM resistente o en progresión después de una o más pautas que fueron tratados con Bortezomib en el S. de M.I. en el período que transcurre del 1-6-04 al 30-7-06. El esquema utilizado fue de 1,3 mg/m<sup>2</sup> en bolus, en 3-5 seg, dos veces por semana durante dos semanas que se repetía cada 3 semanas, lo que constituye un ciclo. Se asociaba a dexametasona si no había respuesta tras cuatro ciclos o tras progresión después de dos. El número de ciclos fue de dos más tras la respuesta con un máximo de 8. Se consideró RC a la desaparición del componente monoclonal (CM) sérico y/o urinario, respuesta parcial (RP) a la reducción del CM sérico > 50% del valor inicial y > del 90% del urinario, respuesta menor (RM) si la reducción del CM sérico era > del 25% y menor del 50%. La eficacia del tratamiento se evaluó con el grado de respuesta, el tiempo hasta progresión (definida como cambio de tratamiento o fallecimiento), y la supervivencia media global desde el inicio de Bortezomib. Se analizó la toxicidad con los grados de la OMS. Métodos estadísticos: estadística descriptiva y curvas de supervivencia de Kaplan y Meyer.

**Resultados.** Se trataron 23 pacientes, 14 varones y 9 mujeres con edad media de 71 años (51-83) y mediana de 73. La capacidad funcional según la escala ECOG fue de 3 en cuatro pacientes, 2 en diez, 1 en seis y 0 en tres. El número de tratamientos previos osciló entre 1 y 7 con una media de 3; tenían autotrasplante de precursores hematopoyéticos previo seis, en dos de ellos doble, el segundo por progresión y cuatro habían sido tratados con Talidomida. Tres no fueron valorables para la respuesta por fallecimiento precoz durante el primer ciclo pero se incluyen para el análisis de la toxicidad. De los 19 valorables, 7 obtuvieron RC (37%), 7 RP (37%), 1 Rm (5%) y 4 NR/Prog. (21%). La mediana del tiempo hasta progresión fue de 8,5 meses y la supervivencia media global de 12 meses con una

mediana de observación de los pacientes vivos de 5,5 meses (1,5-25). Dos pacientes que habían obtenido RC y RP de 11 y 9 meses de duración respectivamente, se volvieron a tratar con Bortezomib en el momento de la progresión obteniéndose segundas respuestas (RP de 8,5 meses y Rm de 2,5 meses +). La toxicidad hematológica consistió en trombocitopenia reversible que fue de grado 3 en cinco pacientes y de grado 4 en cuatro (36%). En la extra-hematológica: polineuropatía (PNP) de grado 2 con dolor o grado 3 que se observó en 5 pacientes (20%), se controló con reducciones de dosis, analgésicos y gabapentina y fue reversible tras la conclusión del tratamiento; reactivación de herpes zóster en tres pacientes y shock séptico por *E. coli* en uno que se recuperó. Otros efectos (de grado 2 o menor) fueron: hipotensión, diarreas autolimitadas, astenia, anorexia, inestabilidad e hiponatremia.

**Discusión.** Bortezomib pertenece a un grupo de nuevas moléculas que han mostrado actividad en MM, con mecanismo de acción diferente al de la quimioterapia convencional. En nuestra serie, el número de respuestas ha sido superior y la supervivencia global y el tiempo hasta fallo, similares a los referidos en otras series con características parecidas y suponen un avance respecto al tratamiento con QT convencional o dexametasona en este tipo de pacientes.

**Conclusiones.** La actividad de Bortezomib en esta serie de pacientes con MM muy pretratados es esperanzadora y con efectos secundarios controlables. Hemos comprobado en dos pacientes que el re-tratamiento con Bortezomib es factible y que se pueden conseguir segundas respuestas. Es probable que la utilización más precoz y combinada con otros fármacos consiga prolongar la duración de las respuestas y mejorar con ello los resultados actuales.

## V-76

### ÍNDICE BODE COMO PREDICTOR DE REINGRESOS HOSPITALARIOS EN PACIENTES EPOC

M. Sanjaume<sup>1</sup>, P. Almagro<sup>1</sup>, M. Rodríguez-Carballeira<sup>1</sup>, V. Romani<sup>1</sup>, L. Cuadra<sup>1</sup>, H. Monzón<sup>1</sup>, J. Heredia<sup>2</sup> y J. Garau<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Medicina Interna, <sup>2</sup>Neumología. Mutua de Terrassa. Terrassa, Barcelona.

**Objetivos.** Los reingresos hospitalarios son frecuentes en los pacientes con EPOC hospitalizados. Diferentes variables han demostrado su utilidad como predictores de rehospitalización en estos enfermos. El índice BODE formado por la combinación del FEV1 postbroncodilatador expresado en porcentaje del teórico, la escala de disnea del *Medical Research Council*, el índice de masa corporal y el test de marcha de 6 minutos, fue diseñado como predictor de mortalidad en pacientes ambulatorios con EPOC. No se conoce su utilidad como predictor de nuevas hospitalizaciones con lo que pretendemos valorar la utilidad de dicho índice como predictor de reingresos.

**Material y métodos.** Estudio de cohortes prospectivo. Se incluyeron todos los pacientes hospitalizados por descompensación de su EPOC entre junio del 2003 y junio del 2004. Todos los pacientes tenían una espirometría en fase estable con FEV1 tras la prueba broncodilatadora < al 70% del teórico y un índice FEV1/FVC < 70%. Tras el alta hospitalaria, se realizó seguimiento durante un año, contabilizándose las nuevas hospitalizaciones por descompensación de EPOC. Se seleccionaron para el estudio los pacientes a los que se les realizó un test de marcha de 6 minutos en fase estable. El estudio estadístico se realizó mediante el test de ANOVA y regresión lineal.

**Resultados.** Se incluyeron 88 pacientes (4 mujeres) con edad media de 71,8 años (DE 9,6). Un 61% de ellos requirió al menos una nueva hospitalización en el año siguiente con una media de reingresos para estos pacientes de 2,36 (DE 1,54). La media obtenida en el índice BODE fue de 4,3 (DE 2,2). Los pacientes reingresadores presentaban peores puntuaciones que los no reingresadores (4,76 vs 3,5;  $p < 0,01$ ; OR 1,32; IC 95%: 1,06-1,65) así mismo peores puntuaciones en este índice se correlacionaban con un mayor número de hospitalizaciones ( $p < 0,006$ ).

**Conclusiones.** El índice BODE es un buen predictor de reingreso en los pacientes hospitalizados por EPOC descompensado añadiéndose así a los ya conocidos de predictor de exacerbaciones y de mortalidad en pacientes EPOC ambulatorios y hospitalizados.

## V-78

**PEROXIDACIÓN LIPÍDICA E INTERLEUCINAS EN LA HEPATITIS AGUDA ALCOHÓLICA**

**M. Sánchez Pérez<sup>1</sup>, E. González Reimers<sup>1</sup>, F. Santolaria Fernández<sup>1</sup>, E. Rodríguez Rodríguez<sup>1</sup>, M. De La Vega Prieto<sup>2</sup>, P. Abreu González<sup>3</sup>, A. Martínez Riera<sup>1</sup> y E. García-Valdecasas Campelo<sup>1</sup>**

<sup>1</sup>Medicina Interna, <sup>2</sup>Laboratorio. Universitario de Canarias. La Laguna, S/C de Tenerife. <sup>3</sup>Dpto. de Fisiología. Universidad de La Laguna. La Laguna, S/C de Tenerife.

**Objetivos.** La hepatitis aguda alcohólica (HAA) es una entidad grave que puede complicar la evolución del paciente alcohólico. En su patogenia están implicados fenómenos inmunes relacionados con la formación de proteínas alteradas como consecuencia del acetaldehído y los radicales libres derivados del metabolismo del etanol; lesión directa de estructuras subcelulares por daño oxidante; lesión directa por el etanol y/o la alteración del equilibrio redox intracelular, y la acción de diversas citocinas liberadas como consecuencia de la activación macrofágica por acción del lipopolisacárido de origen intestinal. El objetivo principal del presente trabajo es estudiar el papel relativo de las citocinas y marcadores del daño oxidante en la patogenia y curso evolutivo de la hepatopatía alcohólica así como la relación de los mismos con la gravedad de la enfermedad y su pronóstico.

**Material y métodos.** Estudiamos 61 pacientes afectados de HAA (53 varones, 8 mujeres), 26 eran cirróticos, y 31 controles sanos en los que se determinó, al momento del ingreso, los niveles de TNF-alfa, IL-6, IL-8, IL-10, IL-4, INF-gamma, Malonildialdehído (MDA) y proteína C reactiva. La gravedad de la hepatitis se valoró mediante el cálculo del índice de Maddrey.

**Resultados.** Encontramos que los niveles de MDA, IL-6, IL-8 y TNF-alfa estaban más elevados en pacientes que en controles. El MDA guardaba una estrecha relación con el índice de Maddrey ( $\rho = 0,37$ ,  $p = 0,006$ ) y bilirrubina total ( $\rho = 0,47$ ,  $p < 0,001$ ) así como con el INF-gamma ( $\rho = 0,268$ ) y la IL-8 ( $\rho = 5,26$ ); la IL-6 se relacionó directamente con el índice de Maddrey ( $\rho = 0,33$ ), bilirrubina ( $\rho = 0,32$ ), Pugh ( $\rho = 0,59$ ), existencia de edemas ( $Z = 2,36$ ,  $p = 0,018$ ), ginecomastia ( $Z = 2,14$ ,  $p = 0,032$ ), ascitis ( $Z = 2,74$ ,  $p = 0,006$ ), TNF-alfa ( $\rho = 0,43$ ), proteína C reactiva ( $\rho = 0,50$ ) e inversamente con la protrombina ( $\rho = -0,29$ ) y albúmina ( $\rho = -0,43$ ,  $p < 0,05$  en todos los casos). La IL-8 también presentó relación directa con el índice de Maddrey ( $\rho = 0,005$ ), bilirrubina ( $\rho = 0,027$ ), arañas vasculares ( $Z = 2,18$ ,  $p = 0,029$ ) e inversa con la protrombina ( $\rho = -0,35$ ) y la cifra de albúmina ( $\rho = -0,46$ ;  $p < 0,05$  en todos los casos). El TNF-alfa mostró relación con la proteína C reactiva ( $\rho = 0,32$ ), la albúmina ( $\rho = -0,41$ ) y la presencia de circulación colateral en la exploración física ( $t = 2,41$ ,  $p = 0,019$ ). Los niveles de IL-10, IL-4 e INF-gamma no se relacionaron con los parámetros de función hepática analizados ( $p > 0,05$  en todos los casos). Los pacientes con ascitis, edemas, esplenomegalia, arañas vasculares, ginecomastia o ictericia y aquellos cirróticos con un Child B o C presentaban niveles de malonildialdehído más elevados que los pacientes sin signos de descompensación o con un Child A. El MDA estaba más elevado en los pacientes que fallecían presentando clara relación con la supervivencia ( $p = 0,02$ ).

**Conclusiones.** La peroxidación lipídica y citocinas proinflamatorias se relacionan estrechamente con la función hepática y gravedad de la HAA.

## V-86

**POLIMORFISMOS ENZIMÁTICOS DEL GEN CYP 1A1 EN EL CÁNCER DE PULMÓN. ESTUDIO DE UNA COHORTE**

**F. Díaz Pérez<sup>1</sup>, M. Díaz Lanciego<sup>2</sup>, A. Cabanillas Arias<sup>1</sup>, P. Sáenz de Aranzubía<sup>1</sup>, I. Solo de Zaldívar<sup>1</sup>, C. López<sup>1</sup>, D. Gutiérrez<sup>1</sup> y G. Sánchez Salgado<sup>2</sup>**

<sup>1</sup>Medicina Interna. Hospital SES Mérida. Mérida, Badajoz. <sup>2</sup>Universidad de Extremadura. Facultad de Medicina. Badajoz.

**Objetivos.** Debido a la alta incidencia de cáncer de pulmón en el área sanitaria de Mérida, y basándonos en nuestro estudio epidemiológico previo, donde observamos alto grado de agregación familiar (Odds ratio de 11) y predominio de la enfermedad en dos profesiones (agricultura- OR: 5,6 y construcción- 4,5), hemos diseñado un estudio que analice los polimorfismos enzimáticos de los genes de

reacciones de Fase I más estrechamente relacionados con la predisposición tumoral. Nuestros Objetivos. son: analizar los polimorfismos dominantes en la enfermedad, determinar la OR en cada uno de ellos ajustada a las variables confusionales clínicas y epidemiológicas, evaluar la interacción entre variables y analizar el residuo familiar no justificado.

**Material y métodos.** Para ello hemos planificado un diseño de estudio caso-control con apareamiento por edad y sexo, determinando las variables epidemiológicas de predisposición adquirida analizadas en el estudio previo (especialmente de agricultores y constructores), y genotipado de los polimorfismos del gen CYP 1A1. El análisis estadístico se hará a través de regresión logística múltiple condicional, con objeto de ajuste multivariado y análisis de interacción entre factores de riesgo.

**Resultados.** Resultados preliminares de la Cohorte de casos (103 pacientes) inicialmente analizada. Polimorfismo CYP 1A1m1: La mutación CYP 1A1m1 se asocia con el alto consumo de tabaco ( $p = 0,05$ ). La mutación CYP 1A1m1 se asocia con el alto consumo de "cachuela" (pasta de hígado de cerdo y grasa del mismo animal) ( $p = 0,006$ ). La mutación CYP 1A1m1 se asocia con el alto consumo de café ( $p = 0,1$ ). Polimorfismo CYP 1A1m2: La mutación CYP 1A1m2 se asocia con el alto consumo de tabaco ( $p = 0,05$ ). La mutación CYP 1A1m2 se asocia con el alto consumo de calorías en alcohol ( $p = 0,08$ ). La mutación CYP 1A1m2 se asocia con el consumo de calorías alcohólicas preferentemente a través del vino ( $p = 0,016$ ). La mutación CYP 1A1m2 se asocia con la mutación CYP 1A1m1 ( $p = 0,0001$ ). La mutación CYP 1A1m2 se asocia con el alto consumo de "cachuela" (pasta de hígado de cerdo y grasa del mismo animal) ( $p = 0,004$ ). La mutación CYP 1A1m2 se asocia con el alto consumo de café ( $p = 0,045$ ).

**Conclusiones.** Los resultados preliminares de la cohorte de casos deben ser interpretados con cautela hasta la finalización del estudio caso control. No obstante, se pone de manifiesto una asociación de polimorfismos enzimáticos de mayor riesgo patogénico con la presencia de factores que incrementan aductos tóxicos en el DNA.

## V-97

**VALOR DE LA PROTEÍNA MIOCÁRDICA FIJADORA DE ÁCIDOS GRASOS (H-FABP) PARA EL DIAGNÓSTICO PRECOZ DE INFARTO AGUDO DE MIOCARDIO**

**J. García de Tena<sup>1</sup>, S. García-Valdecasas<sup>2</sup>, M. Ruiz Álvarez<sup>2</sup>, M. Barrionuevo<sup>2</sup>, R. Peñalver<sup>1</sup>, J. Ramos<sup>1</sup>, M. Valderrama<sup>1</sup> e I. Arribas<sup>2</sup>**

<sup>1</sup>Urgencias, <sup>2</sup>Análisis Clínicos, <sup>3</sup>Unidad de Cuidados Intensivos. Hospital Universitario Príncipe de Asturias. Alcalá de Henares, Madrid.

**Objetivos.** La troponina I (TnI) es un marcador preciso para el diagnóstico del infarto agudo de miocardio (IAM). Sin embargo, los niveles de TnI pueden ser normales en las primeras horas del IAM. La proteína miocárdica fijadora de ácidos grasos (H-FABP) es una proteína soluble que se une a ácidos grasos de cadena larga para transportarlos al interior de la célula miocárdica donde son posteriormente oxidados. La H-FABP, localizada fundamentalmente en el citoplasma de las células cardíacas, puede detectarse en plasma tras 1,5 horas después del daño miocárdico. Nuestro objetivo fue evaluar la eficacia diagnóstica precoz de los niveles plasmáticos de H-FABP en pacientes que consultan por dolor torácico con sospecha de origen coronario y compararla con la de la TnI.

**Material y métodos.** Se incluyeron 40 pacientes consecutivos (26 varones y 14 mujeres, rango de edad 44-92 años) que acudieron a urgencias dentro de las primeras 6 horas de dolor torácico con sospecha de origen coronario. Los niveles de H-FABP se determinaron mediante ELISA (Hytest). Se determinó la sensibilidad, especificidad, valores predictivos positivo y negativo, cocientes de probabilidad positivo y negativo así como el área bajo la curva.

**Resultados.** Tabla 1. Puntos de corte: TnI = 0,6 ng/ml; H-FABP = 6,2 ng/ml AUC = Área bajo la curva; IC 95% = intervalo de confianza al 95%

**Discusión.** El diagnóstico precoz del síndrome coronario agudo en pacientes que consultan en urgencias por dolor torácico resulta crucial desde el punto de vista pronóstico. En ocasiones la clínica y los hallazgos electrocardiográficos no son concluyentes y los marcadores séricos de daño miocárdico actualmente empleados como las tropo-

ninas pueden ser normales en las primeras horas. La detección precoz de daño miocárdico mediante el empleo de nuevos biomarcadores podría contribuir a una mejor valoración del riesgo y del pronóstico en pacientes con IAM. Los niveles plasmáticos de H-FABP parecen presentar una mayor eficacia en el diagnóstico precoz de IAM comparado con los de troponina I en pacientes que consultan en urgencias en las 6 primeras horas del inicio del dolor torácico con alta sospecha de origen coronario.

**Conclusiones.** Nuestros datos muestran una mejor eficacia de los niveles plasmáticos de H-FABP comparados con los de la troponina I para el diagnóstico precoz de IAM.

Tabla 1. Eficacia de los niveles plasmáticos de H-FABP en el diagnóstico precoz de IAM en pacientes que consultan en urgencias por dolor torácico.

	H-FABP (IC 95%)	TnI (IC 95%)
Sensibilidad	100% (100-100)	23% (8,2-38,5)
Especificidad	51% (30,0-70,0)	89% (80,9-98,2)
Valor predictivo positivo	57% (38,8-75,5)	58,3% (30,4-96,2)
Valor predictivo negativo	100% (100-100)	65,2 (53,7-76,7)
Cociente de probabilidad positiva	2 (1,34-2,98)	2,29 (2,24-2,35)
Cociente de probabilidad negativa	0,00	0,86 (0,84-0,89)
Área bajo la curva ROC	0,82 (0,69-0,95)	0,7 (0,58-0,82)

### V-98

#### ENFERMEDAD PULMONAR OBSTRUCTIVA CRÓNICA E INSUFICIENCIA RESPIRATORIA: CALIDAD DE VIDA C. López Carrión, M. Domínguez Antelo, P. Rey Martínez, A. Lahoz Tornos y V. del Villar Sordo

Medicina Interna. Hospital Santa Bárbara. Soria.

**Objetivos.** La calidad de vida (CV) relacionada con la salud es una variable de gran interés en la asistencia, ética médica, aplicación de nuevos tratamientos o evaluación de los ya disponibles. Para su medida disponemos de diferentes instrumentos genéricos y específicos cuya fiabilidad y validez resultan razonablemente satisfactorias. El cuestionario St. George (SG), diseñado por Jones et al, 1991 y adaptado al castellano por Ferrer M, 1995 es específico para cuantificar el impacto de la enfermedad respiratoria en el estado de salud. Los objetivos de este estudio son medir la calidad de vida SG (total y por escalas) en pacientes con insuficiencia respiratoria y EPOC, objetivar calidad de vida SG (total y por escalas) en relación con factores independientes y valorar si el SG se correlaciona con factores clínicos habituales en estos pacientes.

**Material y métodos.** Estudio observacional, descriptivo, transversal, de prevalencia y asociaciones, correspondiente al primer semestre de 2006 en el área de salud de Soria (Hospital Santa Bárbara). Criterios de inclusión: pacientes con EPOC e insuficiencia respiratoria crónica y aceptar participar en el estudio. Se han estudiado 40 pacientes. Variables estudiadas: Edad. Sexo. Cuestionario SG: consta de 50 ítems (76 niveles) en 3 escalas: síntomas, actividad e impacto (SG-T, SG-S, SG-A y SG-I). La puntuación de 0 a 100, donde 0 indica el mejor estado de salud y 100 el peor. Exacerbaciones 2005-2006. Disnea, PO<sub>2</sub> (basal), PCO<sub>2</sub> (basal), Saturación O<sub>2</sub> (basal), O<sub>2</sub> domiciliario. BIPAP/CPAP. Corticoide inhalado u oral. FEV1 y grado de severidad de la EPOC definido por American Thoracic Society (Estadio 1 cuando FEV1 > 50, Estadio 2 cuando FEV1 entre 36-50 y Estadio 3 cuando FEV1 < 35). IMC. Enf. asociadas. Hto. Además del análisis descriptivo y distribución, en el inferencial se utilizó: coeficiente de correlación, prueba de la t de Student o la U de Mann-Whitney, test de la chi al cuadrado y el test de Kruskal-Wallis. Se considera significativo un nivel de confianza del 95% (p < 0,05). Resultados. Análisis descriptivo de variables cuantitativas (x ± DE): Edad: 76,45 ± 9,70. IMC: 27,68 ± 6,43. SG-T: 30,10 ± 3,60. SG-S: 22,88 ± 4,48. SG-A: 70,45 ± 21,78. SG-I: 31,60 ± 7,28. FEV1: 47,28 ± 13,58. Disnea grado 3: 47,5%, varones: 75%, oxigenoterapia: 82,5%, bipap o cepap (10 y 5%); corticoides inhalados: 95%. Los pacientes con corticoides inhalados presentan un SG-T, SG-A y SG-I peor (p < 0,05). Hay diferencias significativas en el SG-T y por escalas entre los grados de disnea, y entre los grados de FEV1 en el SG-A. No hay diferencias en SG-T, SG-A, SG-S, SG-S en función de la edad, IMC, SO<sub>2</sub>, PO<sub>2</sub> y PCO<sub>2</sub> basales.

**Discusión.** No hay correlación de la edad con el SG. El 79% son exfumadores o fumadores. Hay diferencias significativas entre la disnea y el grado de FEV1, lo que determina limitación en actividades de la vida diaria debido al grado de disnea y de FEV1, siendo su calidad de vida peor. Por escalas el SG-A es la que peor CV tiene en relación a grados de disnea más limitantes y de FEV1. Las exacerbaciones, de 1,63/año, es concordante con otros estudios y permite consolidar su relación con la CV, siendo mejor cuantas menos se produzcan. La puntuación del SG-T, de 30,10 de media, refleja una CV muy aceptable a pesar de ser enfermos con EPOC avanzada e insuficiencia respiratoria crónica.

**Conclusiones.** La CV total tiene una puntuación media de 30,10 ± 3,60. La CV por escalas (x ± DE) SG-S: 22,88 ± 4,48, SG-A: 70,45 ± 21,78 y SG-I: 31,60 ± 7,28. La actividad se encuentra bastante limitada a pesar de tener un impacto y una sintomatología menor. Hay diferencias en la CV medida SG en función del grado de disnea donde los pacientes con más grado de disnea tienen peor SG-A y SG-I. La afectación del SG-S es menor cuanto mayor es el grado de disnea. Los pacientes tratados con corticoides inhalados tienen peor SG-A. El grado de FEV1 a medida que es peor la CV empeora significativamente en referencia a la actividad. No se ha objetivado ningún tipo de correlación entre las puntuaciones obtenidas con el cuestionario de St George y saturaciones de O<sub>2</sub>, CO<sub>2</sub>, IMC y edad.

### V-99

#### PREDICCIÓN DE MORTALIDAD EN LA EPOC CON INSUFICIENCIA RESPIRATORIA CRÓNICA

M. Domínguez Antelo, P. Rey Martínez, C. López Carrión,  
A. Lahoz Tornos y V. del Villar Sordo

Medicina Interna. Hospital Santa Bárbara. Soria.

**Objetivos.** Celli BR et al (2004) clasifican la EPOC en función de la disnea, índice de masa corporal (IMC), prueba de la marcha a los 6 min. (PM6M) y FEV1. Denominan a este índice BODE, como predictor de muerte por todas las causas y por causas respiratorias. El índice BODE, tendrá valores entre 0 y 10. Celli BR divide el BODE en cuartiles: cuartil 1 tendrá puntuación de 0 a 2, cuartil 2 entre 3 y 4, cuartil 3 entre 5 y 6 y cuartil 4 entre 7 y 10. Puntuaciones mayores indican mayor riesgo de muerte. Es de interés conocer, según el BODE, el índice de mortalidad de los pacientes con EPOC e insuficiencia respiratoria crónica en el área de Salud de Soria. Los objetivos de este estudio piloto son: Medir el índice BODE en pacientes con EPOC e insuficiencia respiratoria crónica. Verificar la fuerza y precisión de asociación entre factores de riesgo y la puntuación del BODE. Establecer la predicción de mortalidad según la clasificación del BODE. Determinar la predicción de mortalidad según el estadio en función del FEV1. y comparar ambos tipos de predicciones.

**Material y métodos.** Estudio observacional, descriptivo, con análisis inferencial y asociaciones. Criterios de inclusión: Pacientes con EPOC e insuficiencia respiratoria crónica y, al menos, 6 meses, con OCD. Aceptar participar en el estudio. Se han analizado las siguientes variables: sexo, edad, edemas, ingurgitación yugular, disnea (escala del British Medical Research Council), FEV1, enfermedades crónicas, tabaquismo, IMC, PM6M, PaO<sub>2</sub>, PaCO<sub>2</sub>. BODE: puntuación en escala BODE: sumatorio de FEV+DISNEA+IMC+PM6M. Análisis: determinar la distribución de frecuencias, y medidas de centralización, dispersión y forma en variables cuantitativas. Comparación de variables cualitativas mediante el test de la Chi al cuadrado. Se emplearon OR e IC 95% como fuerza y precisión de asociación.

**Resultados.** El estudio (preliminar) incluye 51 pacientes, la x ± DE son: edad: 75,82 ± 9,09. PaO<sub>2</sub>: 53,24 ± 4,53. PaCO<sub>2</sub>: 45,14 ± 7,47. FEV1: 33,69 ± 10,37. El 96,1% eran hombres. El IMC < 21 o 21: 9,8%, en el 90,2% > 21. El 96,1% eran fumadores o exfumadores. El 60,8% padecen 2 enfermedades crónicas asociadas. Edemas: 60,8% e la ingurgitación yugular en el 64,7%. Disnea, en el 9,8% de grado 1; 35,3% de grado 2; 3,9% de grado 3 y el 51% de grado 4. La PM6M: 250-349 m. 5,9%, 150-249: 31,4%, < 150: 62,7%. BODE: 3 = 2%, 4 = 7,8%, 5 = 21,6%, 6 = 11,8%, 7 = 3,9%, 8 = 23,7%, 9 = 31,4%, 10 = 7,8%. ESTADIO BODE: 3-4 = 9,8%, 5-6 = 33,3%, 7-10 = 56,9%. ESTADIO FEV1: 1 = 5,9%, 2 = 37,3%, 3 = 56,9%. Los pacientes con índice BODE 3-4 tendrán una mortalidad a los 48 meses del 30%, 5-6 del 40%, y > 6 del 80%. La mortalidad según el FEV1, por estadios, se distribuye: estadio 1:

mortalidad del 25% a los 48 meses, estadio 2: 35% y estadio 3, del 55%. Se asocian significativamente con la puntuación del BODE los edemas y la ingurgitación yugular. (OR de 6,35, IC 95% 1,73-23,33, y de 5,62, IC 95% 1,55-20,29, respectivamente). El índice BODE no es superior a la escala de gravedad según el FEV1.

**Discusión.** El índice BODE refleja mejor que la FEV1 de manera aislada el verdadero estado del paciente EPOC, aunque el FEV1 por sí solo es un marcador pronóstico importante. Es probable que existan variables no incluidas en el BODE con significación pronóstica. El índice BODE no es superior al FEV1, quizás porque la muestra está formada por pacientes muy crónicos, en estadios muy avanzados de enfermedad.

**Conclusiones.** De los resultados del estudio se pueden extraer las siguientes conclusiones: El índice BODE en pacientes con EPOC e insuficiencia respiratoria crónica es mayor o igual a 7 en el 56,9% de los casos. Puede que existan otros factores de riesgo no incluidos en el índice BODE que también tengan valor pronóstico. Los pacientes con BODE mayor o igual a 7 tienen una mortalidad estimada del 80% a los 48 meses. Los pacientes con FEV1 entre 36-50% tienen una mortalidad estimada a los 48 meses de 35%; si la FEV1 es menor de 36%, la mortalidad es del 55%. En este estudio preliminar no hay diferencias pronósticas entre la escala FEV1 y el índice BODE.

#### V-101 SÍNDROME DE BODY PACKER: ESTUDIO DE 410 PACIENTES

M. Villalba García<sup>1</sup>, C. López González-Cobos<sup>1</sup>, M. Gómez Antúnez<sup>2</sup>, E. Vilalta Castell<sup>1</sup>, R. Salomón Pérez<sup>1</sup>, F. Fernández González<sup>3</sup>, A. Muiño Míguez<sup>2</sup> y C. Pérez de Oteyza<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Medicina Interna D, <sup>2</sup>Medicina Interna 2A, <sup>3</sup>Unidad de Acceso Restringido. Hospital Gregorio Marañón. Madrid.

**Objetivos.** Estudiar las características demográficas, clínicas y la aparición de complicaciones en el seguimiento de los individuos transportadores intestinales de drogas ilícitas o Síndrome de Body Packer (SBP).

**Material y métodos.** Estudiamos prospectivamente 410 pacientes que ingresaron consecutivamente en nuestro Hospital. Todos ellos habían sido detenidos por la policía en el Aeropuerto Internacional de Madrid (Barajas), ante la sospecha de ser portadores de cuerpos extraños intestinales. Analizamos en todos ellos sus características demográficas, clínica al ingreso, hallazgos radiológicos así como datos analíticos, incluyendo la determinación de tóxicos en orina. Observamos la aparición de complicaciones asociadas y el tratamiento seguido en cada caso.

**Resultados.** La edad media de los pacientes ha sido de 33,4 ± 9,3 (18-62), el 76% eran varones. Procedían en un 76% de Colombia y tan sólo 18% del resto de países sudamericanos. La media de horas transportadas era de 79 ± 31 (2-200), ingirieron medicación abstrinvente en 52% (170). A su llegada 28% de los pacientes (115) presentaron dolor abdominal, 5% vómitos (21), rectorragia 5% (19), agitación 1,5% (6), cefalea o crisis 1% (4), tan sólo 2 pacientes presentaron palpitations. Un 4% de los pacientes se encontraba febril al ingreso (16), y un 6,6% taquicárdico (25). La media de horas tras la ingesta a su llegada fue de 33 ± 17. En la Rx de abdomen se encontró dilatación de asas en el 3,3% (13). Sufrieron signos de intoxicación 7 pacientes (1,7%), obstrucción 13 (3,2%), rotura de envueltas 9 (2,2%) y expulsión oral de bolas 11 (2,7%), encontrando criterios de rhabdomiólisis en 10 pacientes (2,5%). La cocaína se encontró en la orina del 36% de los pacientes, siendo positiva para opiáceos y cannabis en el 5,4% y 8,3% respectivamente. Confesó ser consumidor un 11,6% de los pacientes (28). Preciso intervención quirúrgica un 3% de los pacientes (12), falleciendo tan sólo 2 pacientes (0,5%).

**Discusión.** Las drogas ilícitas se asocian a patologías no sólo por su consumo, sino también en relación con su transporte desde las zonas de producción hasta los países consumidores. Nuevos síndromes como el de "bodypacker" se han convertido en procesos "casi" habituales en centros, como el nuestro, de referencia de un aeropuerto internacional. Se pueden presentar complicaciones tóxicas y mecánicas obstructivas, que aunque infrecuentes, pueden ser mortales. Es necesario su adecuado conocimiento para un manejo adecuado.

**Conclusiones.** El SBP presentó un escaso número de complicaciones y mortalidad. El manejo conservador conlleva la eliminación de paquetes de droga sin complicaciones en la mayoría de los casos.

#### V-109 TIPO DE ACTIVIDAD REALIZADA Y PROCEDENCIA DE LOS PACIENTES DE UN HOSPITAL DE DÍA MÉDICO

A. Soler Sendra, M. Vila Vall-Ilovera, A. Almuedo Riera y S. Montull Morer

Medicina Interna. Hospital General de Granollers. Granollers, Barcelona.

**Objetivos.** Existen múltiples modelos de Hospitales de Día (HD). En nuestro centro (Hospital Comarcal), se ha optado por uno de atención mixta: 1-sala de tratamientos y procedimientos, 2- visitas médicas de control y seguimiento de pacientes no resueltos. Horario: 8-16 horas. Recursos: 40 horas de enfermería y 60 horas médicas. Describir el tipo de actividad realizada el pasado año 2005 y la procedencia de los pacientes atendidos en el HD.

**Material y métodos.** El Hospital de Día dispone de una base de datos (Access) en la que se recoge de forma diaria la actividad realizada, con datos epidemiológicos de todos los pacientes, la procedencia, motivo de derivación, actividad realizada, adecuación y derivación, entre otros parámetros. Tipo de actividad: 1) Tratamientos: endovenosos (prostaglandinas, Ac monoclonales, antibióticos, etc.), aerosoles, tests funcionales, transfusiones, sangrías etc. 2) Procedimientos: paracentesis, toracocentesis, artrocentesis, punciones lumbares, etc. 3) Visitas médicas: Controles post-UCIAS, post-hospitalización o de Atención Primaria de procesos agudos médicos.

**Resultados.** Durante el año 2005 se han atendido en el HD un total de 1.557 pacientes, que han motivado 5.503 asistencias. La edad media fue 54 a (límites 4-93), un 52% eran hombres. -Actividad realizada: 372 pacientes (24%), motivaron 1.445 tratamientos de HD y 113 procedimientos. Al 76% se le realizaron visitas médicas. El motivo derivación fue: 42,3% patología infecciosa (no VIH), 12,7% respiratoria, 11,7 digestiva, 7% cardiológica y resto miscelánea. El 29% de los tratamientos fueron prostaglandinas e.v(PG), 25% analíticas urgentes y cultivos, 7% broncodilatadores, 6% anti-TNF, el 33% restante miscelánea. -Procedencia pacientes: 59% urgencias, 23% consultas externas, 10% hospitalización convencional, 5% Atención Primaria y 3% Hospitalización a Domicilio. Derivaron pacientes a la unidad un total de 113 médicos diferentes, de todas las áreas médicas del hospital, y también de cirugía, anestesia, traumatología y pediatría. Los adjuntos de Medicina Interna y especialidades médicas son los principales derivadores (40%), seguido de los MIR (18%) y staff de UCIAS (16%).

**Conclusiones.** En nuestro HD se ha optado por un modelo mixto de atención (tratamientos y visitas médicas), abarcando pacientes de rango de edad desde la pediatría a la geriatría. Principalmente se realizan visitas de seguimiento médico (2/3 de los pacientes). El principal motivo de derivación es la patología infecciosa. Los tratamientos realizados son muy variados, destacando las PG e.v (C.vascular). Los pacientes proceden básicamente de urgencias y son derivados por diversos especialistas, destacando los de las áreas médicas.

#### V-140 RELACIÓN ENTRE GENES DE SUSCEPTIBILIDAD PARA PADECER ARTRITIS REUMATOIDE Y LAS MANIFESTACIONES ARTICULARES DE LA COLITIS ULCEROSA

J. Mendoza<sup>1</sup>, R. Lana<sup>2</sup>, A. Lérida<sup>3</sup>, C. Núñez<sup>1</sup>, D. Alecsandru<sup>4</sup>, E. Urcelay<sup>4</sup>, E. de La Concha<sup>4</sup> y M. Díaz-Rubio<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Digestivo, <sup>2</sup>Urgencias, <sup>4</sup>Inmunología. Clínico San Carlos. Madrid. <sup>3</sup>Medicina Interna. Viladecans. Viladecans, Barcelona.

**Objetivos.** Determinar si el microsatélite TNFab o los alelos del HLA DR se asocian con manifestaciones articulares en pacientes españoles con CU.

**Material y métodos.** Se incluyeron 256 pacientes con CU con una media de seguimiento de 11 años (rango 2-41). El 26% presentaron artritis periféricas tipo 1 y 2, el 4% artropatías centrales (espondilitis y sacroileitis) el 2% ambas. Se dividieron en 2 grupos en función de la presencia o no de manifestaciones articulares, 84 (49% mujeres) y

172 (36% mujeres) respectivamente. A todos los individuos se les realizó el genotipaje por las técnicas convencionales de PCR del microsatélite TNFab y de los alelos del HLA DR, cuando el alelo resultante era el HLA DR1 se subtipaban para el alelo HLADRB1\*103 debido a que ya se ha comunicado su asociación con manifestaciones articulares en la CU. También se analizó la presencia del HLA-B27. El estudio estadístico se realizó mediante la comparación de la  $\chi^2$  y los resultados se corrigieron estadísticamente en función de la presencia del HLADRB1\*103 y del HLA-B27. Se consideró estadísticamente significativa una p corregida por el número de comparaciones  $pc < 0,05$ .

**Resultados.** El minihaplotipo TNFa6b5 se asoció con una mayor susceptibilidad a presentar manifestaciones articulares en la colitis ulcerosa ( $pc = 0,003$ ,  $OR = 2,39$  [IC95% 1,4-3,6]). El locus HLA-DR no se asoció con la aparición de manifestaciones extraintestinales por sí solo. Sin embargo cuando analizamos su distribución en los portadores del TNFa6b5 la combinación DR1, DR7 y DR11 estaba muy incrementada en los pacientes con manifestaciones articulares ( $pc < 0,00001$   $OR = 5,6$  [IC 95% 2,6-9,3]). Esta asociación fue independiente de la presencia de los alelos DRB1\*0103 y HLA-B27. **Conclusiones.** La aparición de manifestaciones articulares en los pacientes con colitis ulcerosa se asocia con factores genéticos que están presentes en el complejo mayor de histocompatibilidad fundamentalmente el TNFa6b5.

### V-167

#### FUNCIONAMIENTO SEXUAL LUEGO DEL STROKE

S. Cedrés

Facultad de Medicina del Uruguay. Hospital Pasteur. Montevideo, Uruguay.

**Objetivos.** Objetivo general: valorar el funcionamiento sexual de pacientes víctimas del stroke durante los primeros 6 meses de producido el mismo. Objetivos específicos: relacionarlo con las siguientes variables: Sexo, situación marital, Constitución del hogar, situación laboral Severidad, naturaleza y topografía del stroke, Grado de discapacidad y dependencia Humor depresivo, Deterioro cognitivo **Material y métodos.** Tipo de estudio: Descriptivo, Prospectivo, Longitudinal. Los pacientes fueron valorados en tres oportunidades: intrahospitalaria y 3 y 6 m post alta se evaluó severidad = Escala Neurológica Canadiense. La discapacidad y dependencia = Escala de Oxford (Ranking modificada) y de Barthel. La depresión = escala de Hamilton y la valoración cognitiva: MMSE. La funcionalidad sexual se determinó mediante interrogatorio dirigido, y cuestionario autoadministrado para valorar la funcionalidad sexual pre y post stroke.

**Resultados.** Se captaron 71 pacientes durante la estadía hospitalaria, la población final 6 m fue de 33 pacientes. 1) Evaluación sexual: Al ingreso, más de la mitad de los pacientes eran portadores

de disfunciones sexuales 43/71 (FR = 0,60). Esta relación crece notablemente al evaluar a los 3 meses, 37/42 (FR = 0,89). A los 6 m, todos eran disfuncionantes 33/33 (FR = 1). Con respecto al sexo masculino: al ingreso 23/31 eran portadores de alguna disfunción sexual (FR = 0,74), mientras que a los 3 y 6 meses, todos los pacientes la presentaban. Al ingreso, predominaban las alteraciones en la fase de excitación, y a los 6 meses en el deseo. Con respecto al sexo femenino: Al ingreso 20/40 presentaban (FR = 0,5), a los 3 meses 21/26 (FR = 0,81) y a los 6 meses todas 22/22 (FR = 1). En todos los períodos evaluados, la principal disfunción sexual fue en la fase de deseo. 2) Evaluación funcional: Creciente incapacidad para vivir con autonomía y sin dependencia por las metodologías utilizadas En la evaluación intrahospitalaria los pacientes "autónomos" ("Escala de Rankin modificada") eran 17/71 (FR = 0,24), a los 3 meses disminuían a menos de la mitad (5/42, FR: 0,11) y a los 6 meses conservaban la misma proporción sobre el total (6/33, FR = 0,11) 3) Secuelas psicológicas. Deterioro muy importante y progresivo del "estado cognitivo" En la evaluación intrahospitalaria 35/71, FR = 0,49 eran normales, y esta cifra cae a los 6 meses (11/33, FR = 0,33), mientras que el deterioro severo crece de 7/71, FR = 0,09 a casi el triple a los 6 meses (8/33, FR = 0,24). Estado depresivo a los 3 meses los pacientes no deprimidos caen casi a la tercera parte (10/42, FR = 0,23) y a los 6 meses continúa disminuyendo (6/33, FR = 0,18). Las depresiones moderadas o severas aumentan muchísimo (desde 14/71, FR = 0,19 a 20/42, FR = 0,47 a los 3 meses y a 23/33, FR: 0,69 a los 6 meses) Se demostró una relación estadísticamente significativa (Test Chi cuadrado c/corrección de Yates) entre la presencia de disfunción sexual a los 6 meses y : naturaleza isquémica, topografía en el hemisferio dominante, presencia de depresión (leve, moderada o severa), presencia de discapacidad (moderada y severa), presencia de dependencia (severa) No se encontró relación con: situación marital, constitución del hogar, situación laboral, discapacidad leve, dependencia leve y moderada y demencia (leve, moderada o severa).

**Conclusiones.** La vida sexual sufre un gran impacto luego del stroke, lo que se ve expresado en las tres fases de la respuesta sexual (A los 6m todos eran disfuncionantes). Este impacto se da más precozmente en el sexo masculino. En el hombre, previo al stroke, la disfunción que predomina es en la fase de la excitación, y a los 3 y luego 6 meses tiene frecuencia en ascenso las disfunciones del deseo, siendo esta al final la predominante. En la mujer en cambio, en todos los períodos de la evolución evaluados, lo predominante es la disfunción en el deseo. Acerca de la evolución funcional, en el período de 3 meses luego del alta, aumentan las discapacidades que determinan la dependencia severa. Hemos demostrado la enorme incidencia de los cuadros depresivos. El precoz tratamiento antidepressivo y la implementación de medidas terapéuticas de estimulación dirigidas a evitar el deterioro intelectual, son conductas que debemos priorizar para mejorar la vida sexual de estos pacientes.

# COMUNICACIONES PÓSTERS

## ENFERMEDADES INFECCIOSAS

### A-2 ENDOCARDITIS FÚNGICA: EXPERIENCIA EN EL HOSPITAL UNIVERSITARIO 12 DE OCTUBRE

J. Barbero Allende<sup>1</sup>, J. Aguado García<sup>2</sup>, A. Lalueza  
Blanco<sup>2</sup>, V. Melgar Molero<sup>1</sup> y J. Origiñen Sabater<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Medicina Interna, <sup>2</sup>Enfermedades Infecciosas. 12 de Octubre.  
Madrid.

**Objetivos.** Conocer la incidencia de endocarditis fúngica (EF) sobre el total de endocarditis infecciosas (EI). Conocer los factores de riesgo para la EF, su pronóstico y su impacto en cuanto a morbi-mortalidad. Comparar tanto la incidencia como el pronóstico sobre estudios previos y observar la tendencia en las últimas décadas.

**Material y métodos.** Búsqueda retrospectiva de casos de EI con el sistema de codificación de diagnósticos del Servicio de Admisión del Hospital 12 de Octubre en el período 1998-2005. Como criterios de inclusión se aceptaron los criterios de Dukes modificados para la EI y la documentación microbiológica, en hemocultivos y/o cultivo de válvula cardíaca, de la participación de hongos. El análisis de los datos se realizó con el programa estadístico SPSS 12.0. Búsqueda en PubMed de estudios previos similares.

**Resultados.** Se hallaron 89 casos de EI, 6 de origen fúngico (6,74%). De éstos 5 se produjeron en el período 03-05, representando el 19,23% de los casos de EI de ese período. La edad media fue de 39,6 años (desviación típica 32,39), todos ellos varones, incluyendo 2 casos en lactantes (3 y 3,5 meses). El agente más frecuentemente aislado fue *Candida albicans* (4 casos). También se encontró un caso producido por *Candida parapsilopsis* y otro por *Acremonium* spp. Dentro de los factores predisponentes, 3 se produjeron en portadores de prótesis endovasculares (2 válvulas metálicas mitrales y otra sobre tubo aórtico protésico), uno era adicto a drogas por vía parenteral y los otros dos eran prematuros con necesidad de ingreso prolongado en unidades de cuidados intensivos, antibioterapia de amplio espectro, portadores de vías centrales y candidemias asociadas. Tres de los casos se localizaron sobre las prótesis mencionadas y los otros 3 sobre válvulas nativas, una aórtica y 2 tricuspídeas (los 2 lactantes). En todos los casos se utilizó tratamiento quirúrgico, además de antifúngico, en un caso con voriconazol y en el resto con anfotericina B, aislada o combinada con otros antifúngicos (caso de posfúngica o fluconazol). La mortalidad fue del 50%, en pacientes de 40, 66 y 78 años, respectivamente, todos ellos con insuficiencia valvular severa (en uno además con absceso valvular) por complicaciones postoperatorias, en un caso hemoperitoneo y shock hemorrágico y en los otros dos sepsis asociadas a infecciones nosocomiales (distintas de la EF) con disfunción multiorgánica. Los pacientes con mejor evolución fueron los lactantes y otro paciente de 58 años, todos ellos sin insuficiencia valvular preoperatoria.

**Discusión.** En nuestro estudio la EF supone un porcentaje algo mayor a otras series publicadas (0-6%), lo cual se acentúa notablemente en el último trienio del estudio. Es bien conocido que esta entidad se asocia con procedimientos quirúrgicos y médicos cada vez más empleados en pacientes cada vez más complejos. Prótesis valvulares, catéteres centrales, antibioterapias prolongadas y nutriciones parenterales son los factores de riesgo más importantes, mientras otros más "clásicos", como la adicción a drogas por vía parente-

ral, se encuentran en retroceso. A la "emergencia" de la EF se le añade el problema de la excesivamente alta mortalidad, que se mantiene inalterable en todas las series publicadas en los últimos 40 años, a pesar de los avances diagnósticos (tanto microbiológicos como ecocardiográficos), los nuevos antifúngicos y la mejora de las técnicas quirúrgicas. Todos los pacientes fueron intervenidos quirúrgicamente, aunque se han descrito casos aislados tratados de forma conservadora con combinaciones de antifúngicos. Presentaron peor evolución los pacientes de mayor edad y con disfunción valvular (estadísticamente no significativo por el bajo poder estadístico del estudio).

**Conclusiones.** La EF es una entidad rara pero cada vez más frecuente relacionada con el mayor intervencionismo médico que aún conserva una alta mortalidad a pesar de la mejora en los métodos diagnósticos y terapéuticos. Los nuevos antifúngicos (voriconazol, caspofungina) pueden ser una alternativa al tratamiento convencional pero se necesitan de estudios prospectivos para evaluarlos, así como definir el papel de la cirugía. Mientras tanto la prevención debe ser el pilar fundamental para combatir la EF.

### A-3 IMPORTANCIA DE LA PROTEÍNA C REACTIVA EN PACIENTES CON INFECCIÓN POR EL VIRUS DE LA INMUNODEFICIENCIA HUMANA (VIH)

F. Marcos Sánchez, M. Albo Castaño, F. Árbol Linde,  
S. Casallo Blanco, P. Del Valle Loarte, M. Martín  
Barranco, D. Joya Seijo y L. De Matías Salces

Medicina Interna. N<sup>o</sup> S<sup>o</sup> del Prado. Talavera de la Reina,  
Toledo.

**Objetivos.** La proteína C reactiva (PCR) es un marcador de inflamación y de daño tisular. Algunos estudios han demostrado la asociación entre el valor de la PCR y las diferentes fases de la infección por el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH), encontrándose una asociación entre el valor del mismo y la progresión o no de la infección. Nos propusimos analizar que nivel de proteína C reactiva tenían los pacientes que acudían a una consulta monográfica de VIH de un hospital del grupo 2 y si existían diferencias según los diferentes estadios de la infección VIH. Por lo tanto, si existían niveles más elevados en los estadios C, respecto a los A y B.

**Material y métodos.** A una consulta monográfica de pacientes con infección por el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH), acudieron un total de 34 pacientes en el transcurso de un mes. Analizamos el valor de la determinación de la proteína C reactiva (PCR) en los mismos. El valor normal en nuestro laboratorio, oscila entre 0 y 5 mg/dl. **Resultados.** Durante un mes acudieron a la citada consulta un total de 34 pacientes, 22 varones (64,7%) y 12 mujeres (35,2%). Con edades comprendidas entre 33 y 51 años, con una edad media de 41,1 años. Los valores de la proteína C reactiva oscilaron entre 0 mg/dl y 19 mg/dl, con un valor medio de 4,35 mg/dl (valores normales hasta 5 mg/dl). Se encontraban por encima del límite establecido como normal por el laboratorio (5 mg/dl), un total de 10 pacientes (29,4%). Analizando por estadios de la infección VIH, se encontraban en estadios A y B, 28 pacientes (82,3%) y en ellos existían niveles elevados de PCR (por encima de los 5 mg/dl), en seis casos (21,4%). Por otra parte se encontraban en el estadio C de la infección por el VIH, un total de 6 pacientes y en ellos se encontraron elevaciones de la PCR por encima del límite admitido como normal en cuatro casos (66,66%).



**Discusión.** La proteína C reactiva es un marcador muy sensible de inflamación y de daño tisular. Es un marcador que se encuentra elevado en el caso de que exista una infección, encontrándose más elevado si esta es bacteriana que en los casos en que se trata de una infección viral. Hay diversos estudios que han demostrado que niveles más elevados de la PCR están asociados con progresión de la infección por el virus de la inmunodeficiencia humana. Se piensa que es un marcador de progresión independiente del recuento de los linfocitos CD4. Se ha observado que niveles cada vez más elevados de la PCR indican progresión de la enfermedad. Nuestros resultados demuestran niveles más elevados de la PCR en los pacientes en estadios avanzados de la infección por el VIH (C), con respecto a los pacientes en estadios más precoces (A y B), siendo la diferencia altamente significativa, 66,6% con respecto al 21,4%, pero tiene un valor relativo, debido al escaso número de enfermos incluidos en el estudio y al pequeño número de pacientes en el estadio C de la infección.

**Conclusiones.** Los niveles de la proteína C reactiva (PCR) pueden aportar información adicional, en la práctica clínica, en el seguimiento de los pacientes afectados de infección por el virus de la inmunodeficiencia humana. Resulta un método barato y sencillo de realizar y nos puede indicar que algunos de nuestros pacientes van a progresar en la infección VIH, independiente del recuento de CD4 de la carga viral del VIH y del resto de la información que habitualmente obtenemos en las revisiones periódicas de estos pacientes.

#### A-4 AISLAMIENTOS DE MICOBACTERIAS AMBIENTALES EN ZARAGOZA: 1990-1999

S. Terraza Martín<sup>1</sup>, M. Lezcano Carreras<sup>2</sup>, A. Vitoria Agreda<sup>3</sup>, P. Arazo Garcés<sup>1</sup>, A. Pascual Catalán<sup>1</sup>, D. Gil Pérez<sup>1</sup>, J. Aguirre Errasti<sup>1</sup> y J. Amiguet García<sup>4</sup>

<sup>1</sup>Medicina Interna Y Enfermedades Infecciosas, <sup>2</sup>Microbiología. Miguel Servet. Zaragoza. <sup>3</sup>Microbiología, <sup>4</sup>Enfermedades Infecciosas. Clínico Lozano Blesa. Zaragoza.

**Objetivos.** Observar los aislamientos de micobacterias ambientales en la provincia de Zaragoza, y su evolución durante los años del estudio.

**Material y métodos.** Revisión de los aislamientos de micobacterias ambientales (MA), recogidos a partir de los ficheros de la Sección de Micobacterias de los Servicios de Microbiología del Hospital Miguel Servet, y Hospital Clínico Lozano Blesa, durante un período de diez años (1990-1999).

**Resultados.** Durante el período del estudio se recogieron los aislamientos de micobacterias ambientales pertenecientes a 913 pacientes. El número de pacientes con algún aislamiento aumentó en la segunda parte del estudio [350 (38,3%) vs 563 (61,7%)]. El año del estudio en el que se recogió un mayor número de pacientes con aislamientos fue 1995 (16,6%), seguido por 1996 (15,4%), y 1997 (12,8%). Las especies de micobacterias ambientales aisladas fueron *M. gordonae* (19,8%), *M. fortuitum* (16,2%), *M. avium* complex (MAC) (12,8%), *M. xenopi* (10,5%), *M. kansasii* (10,3%), *M. chelonae* (4,8%), y *M. marinum* (0,5%). En el 25% (228) de los pacientes se aislaron otras especies de MA, entre las que se incluyen *M. terrae*, *M. triviale*, *M. flavescens*, *M. phlei*, *M. szulgai*, *M. pulveris*, *M. vaccae*, *M. malmoense*, *M. engbaeckii*, *M. chitae*, y *M. peregrinum*. Las muestras respiratorias representaron el 84,2% del total de muestras biológicas en las que se aislaron las micobacterias ambientales, incluido esputo (74,9%), BAL (7,6%), BAL y esputo (1,2%) y biopsia pulmonar (0,5%).

**Discusión.** Las diferencias en las especies aisladas en otras áreas geográficas, puede ser debido a factores climáticos del suelo, vegetación y aguas, además de las diferentes técnicas y medios de cultivo utilizados. Las muestras respiratorias representan la fuente de aislamiento más común para las micobacterias ambientales al igual que en otros trabajos.

**Conclusiones.** *M. gordonae* es la micobacteria ambiental más aislada en la provincia de Zaragoza durante la década 1990-1999, seguido por *M. fortuitum*, *M. avium* complex, *M. xenopi*, *M. kansasii*, *M. chelonae* y *M. marinum*. Hemos observado un incremento en los aislamientos de micobacterias ambientales a lo largo de los años del estudio, debido a la epidemia de SIDA, a la mejora en los méto-

dos de laboratorio, y al mejor reconocimiento clínico de las micobacteriosis.

#### A-5 INCIDENCIA Y CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS DE LOS ABSCESOS HEPÁTICOS AMEBIANOS EN UN HOSPITAL GENERAL

I. Zamarreño Gómez<sup>1</sup>, E. Ojeda Pérez<sup>1</sup>, I. Benavente Claveras<sup>1</sup>, Á. Cosme Jiménez<sup>2</sup>, G. Garmendia Larrañaga<sup>3</sup> y J. Echeverría Irigoien<sup>4</sup>

<sup>1</sup>Medicina Interna, <sup>2</sup>Digestivo, <sup>3</sup>Radiología, <sup>4</sup>Servicio de Microbiología. Hospital Donostia. San Sebastián, Guipúzcoa.

**Objetivos.** Conocer las características epidemiológicas y clínicas de los pacientes con abscesos hepáticos amebianos (AHA) en nuestro hospital.

**Material y métodos.** Se revisan las historias clínicas de los pacientes con AHA durante el período de 1985-2005 en el Hospital Donostia de San Sebastián, de 750 camas, hospital de referencia para Guipúzcoa, con un número aproximado de 27.000 admisiones por año (hasta el año 2000). La etiología amebiana se demostró mediante serología, cultivo de heces y/o PAAF del absceso, y la localización hepática por técnicas de imagen.

**Resultados.** Se incluyeron 13 pacientes (7 hombres y 6 mujeres) con una edad media de 42.5 años. Once residían en Guipúzcoa, 1 procedía de Uruguay (veraneaba en San Sebastián) y otro de Japón (residía en Guipúzcoa desde 6 meses antes). Once pacientes habían viajado a zonas endémicas [India (4), México (3), Costa Rica, Uganda, Guinea y Marruecos (1)]. Dos no tenían antecedentes de viajes al extranjero por lo que podrían considerarse autóctonos. En el 82% de los casos los síntomas aparecieron durante los 4 primeros meses después del viaje. De los 13 pacientes, 3 presentaban hábito alcohólico y/o tabáquico, uno había padecido paludismo y era portador de una hepatopatía vírica (VHB-VHC) y otro padecía EPOC. El resto estaban previamente sanos. La fiebre (77%), leucocitosis (70%), VSG (61%) y dolor abdominal (50%) fueron los datos clínicos y analíticos más frecuentes. La colitis amebiana, acompañando al AHA, se comprobó en 3 casos. Los abscesos fueron únicos en el 77% de los casos y asentaron preferentemente en el lóbulo derecho. El diagnóstico serológico por inmunofluorescencia indirecta (IFI > 1/256) se hizo en 7 pacientes, serología más examen parasitológico positivo de heces o del material obtenido directamente del absceso en 5 casos y sólo por material del absceso en 1 caso. Se hizo tratamiento antibiótico (metronidazol + paramomicina) en todos los pacientes. El drenaje percutáneo y/o quirúrgico por fracaso de la terapéutica antibiótica se realizó en 6 y 4 pacientes respectivamente. La mortalidad global fue de 2 casos. Tres pacientes tuvieron diferentes complicaciones (derrame pleural recidivante que precisó toracocentesis repetidas, sobreinfección del absceso por pseudomonas y recidiva de la fiebre que requirió nuevo ingreso). La estancia media hospitalaria fue de 18 días en la serie y de 27 días en los pacientes a los que se les practicó drenaje percutáneo y/o quirúrgico.

**Discusión.** En nuestra serie, como es habitual, es el antecedente epidemiológico de viaje a zonas endémicas lo que junto con clínica compatible con absceso hepático, obliga a realizar serología y confirma el diagnóstico. Sin embargo 2 de los 13 casos eran autóctonos. Uno de ellos probablemente fue contagiado por su pareja que había sido diagnosticada de colitis amebiana; el otro tenía como factor de riesgo el trabajar en limpieza de alcantarillado. Respecto a los 2 casos fallecidos, en uno de ellos el tratamiento fue tardío por no solicitar asistencia médica a pesar de presentar fiebre durante varios meses y en el segundo caso, con enormes abscesos múltiples, precisó drenaje y el postoperatorio cursó con distress respiratorio y complicaciones varias que le condujeron a la muerte.

**Conclusiones.** 1) El diagnóstico diferencial del AHA debe hacerse con el absceso hepático piógeno. En ausencia de patología predisponente para este último se realizará serología para *E. histolytica* 2) La etiología amebiana debe considerarse a pesar de que no exista el antecedente de viaje a zonas endémicas puesto que hay casos autóctonos. 3) El tratamiento antibiótico se instaurará lo antes posible. El drenaje percutáneo está indicado, sobre todo, cuando hay resistencia al tratamiento, los abscesos son grandes o están sobreinfectados.

#### A-6 ENFERMEDAD DISEMINADA POR *M. AVIUM* COMPLEX EN ZARAGOZA

S. Terraza Martín<sup>1</sup>, J. Aguirre Errasti<sup>1</sup>, J. Amiguet García<sup>2</sup>, P. Arazo Garcés<sup>1</sup>, A. Pascual Catalán<sup>1</sup>, D. Gil Pérez<sup>1</sup>, J. Diez Manglano<sup>4</sup> y S. Letona Carbajo<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Medicina Interna Y Enfermedades Infecciosas. Miguel Servet. Zaragoza. <sup>2</sup>Enfermedades Infecciosas. Clínico Lozano Blesa. Zaragoza. <sup>3</sup>Medicina Interna. Royo Villanova. Zaragoza.

**Objetivos.** Valorar las características epidemiológicas, clínicas y evolutivas de los pacientes con enfermedad diseminada por *M. avium* complex (MAC) en Zaragoza.

**Material y métodos.** Revisión de historias clínicas de los pacientes con aislamientos de MAC, en el Hospital Miguel Servet, Hospital Clínico Lozano Blesa, y Hospital Royo Villanova, desde 1990 a 1999. Para el diagnóstico de enfermedad diseminada se emplearon los criterios de la *American Thoracic Society* (ATS).

**Resultados.** Durante el período del estudio se obtuvieron 117 pacientes con aislamientos de MAC. Aplicando los criterios de la ATS, se diagnosticaron 17 casos de enfermedad diseminada; el 70,6% realizados a partir de hemocultivos. Entre 1990-1994 se obtuvieron el 29,4% de los casos y entre 1995-1999 el 70,6%, predominando los diagnósticos en los años 1995 y 1996. El 88,2% eran varones, y la edad media de 32 años. Todos los pacientes con enfermedad diseminada estaban infectados por el VIH; entre los demás factores de riesgo predominaron el tabaquismo (70,6%), y la hepatopatía (64,7%). El recuento de linfocitos CD4 osciló entre 2 y 164, siendo la media 29/μl; y la media de la carga viral 470000 copias/mm<sup>3</sup>. El síndrome respiratorio fue el cuadro clínico más frecuente (94,1%), seguido por el s. febril (88,2%), el s. constitucional (64,7%), y el s. digestivo (23,5%). Se observó anemia en el 94,1% de los casos, y pancitopenia en el 11,8%. La radiografía de tórax fue patológica en un 41,2% de los pacientes, predominando la afectación bilateral (71,4%); sólo el 17,6% mostraron cavitación radiológica. En la ecografía abdominal se objetivó hepatomegalia en el 73,3% de los casos, y esplenomegalia en el 60%. Todos los pacientes recibieron tratamiento, siendo los fármacos más frecuentemente empleados el etambutol (82,4%), los macrólidos (76,5%), la rifampicina o rifabutin (58,8%), las quinolonas (58,8%), y la amikacina (23,5%). El 78,6% de los pacientes en los que se pudo obtener datos evolutivos, falleció durante el curso de la enfermedad; la media del tiempo de supervivencia fue de 5,5 meses.

**Discusión.** La enfermedad diseminada por MAC incide raramente en la población sin SIDA, y se presenta en pacientes con inmunosupresión avanzada (raramente en pacientes con recuentos por encima de 50-75 linfocitos CD4/mm<sup>3</sup>).

**Conclusiones.** La enfermedad diseminada por *M. avium* complex, en nuestro medio, se presenta exclusivamente en pacientes infectados por el VIH. La mayoría de los pacientes fallece durante el curso de la micobacteriosis, a pesar del tratamiento, debido a la severa inmunodepresión que presentan; por lo que el tratamiento antirretroviral de alta eficacia es la mejor estrategia en estos casos.

#### A-7 ENFERMEDAD POR MICOBACTERIAS DE CRECIMIENTO RÁPIDO: ANÁLISIS DE 7 CASOS

S. Terraza Martín<sup>1</sup>, P. Arazo Garcés<sup>1</sup>, C. Ramos Paesa<sup>1</sup>, A. Pascual Catalán<sup>1</sup>, D. Gil Pérez<sup>1</sup>, J. Diez Manglano<sup>2</sup>, J. Aguirre Errasti<sup>1</sup> y J. Amiguet García<sup>3</sup>

<sup>1</sup>Medicina Interna Y Enfermedades Infecciosas. Miguel Servet. Zaragoza. <sup>2</sup>Medicina Interna. Royo Villanova. Zaragoza. <sup>3</sup>Enfermedades Infecciosas. Clínico Lozano Blesa. Zaragoza.

**Objetivos.** Valorar las características epidemiológicas y clínicas de los pacientes con enfermedad por micobacterias de crecimiento rápido en Zaragoza.

**Material y métodos.** Estudio retrospectivo de diez años de duración (1990-1999), en el Hospital Miguel Servet, Hospital Clínico Lozano Blesa, y Hospital Royo Villanova. Para el diagnóstico de enfermedad se emplearon los criterios de la *American Thoracic Society* (ATS). **Resultados.** Durante el período del estudio se obtuvieron 913 pacientes con aislamientos de micobacterias ambientales, de los cuales 271 (29,7%) correspondían a micobacterias de crecimiento rápido:

*M. fortuitum* (54,6%), *M. chelonae* (16,2%), *M. marinum* (1,8%), y otras especies (*M. chitae*, *M. engbaecki*, *M. peregrinum*, *M. phlei*, *M. pulveris*, *M. vaccae*, etc) (27,3%). Aplicando los criterios de la ATS, se diagnosticaron 7 casos de enfermedad. La afectación cutánea fue la manifestación clínica más frecuente (57,1%), seguida por la enfermedad pulmonar (14,3%), ganglionar (14,3%), y articular (14,3%). El 57,1% eran mujeres, y la edad media de 43 años. Dos casos de enfermedad cutánea por *M. marinum* mostraban una lesión papulosa en la mano derecha, y referían el cuidado de peceras; y en uno de los dos pacientes con enfermedad cutánea por *M. chelonae*, se encontró la lesión cutánea en el lugar de la punción de la insulina. El único caso de artritis, causada por *M. fortuitum*, presentó la infección de la prótesis de rodilla colocada dos meses antes. El otro caso de enfermedad por *M. fortuitum* se manifestó en un adulto inmunocompetente con clínica de tumoración laterocervical. El paciente con enfermedad pulmonar por *M. chelonae*, refería el antecedente de tuberculosis pulmonar. El tiempo desde el inicio de los síntomas hasta el diagnóstico osciló entre 42 y 1080 días, siendo la media de 291 días. Se utilizó la cirugía en el 57,1% de los pacientes. Los fármacos más frecuentemente empleados fueron quinolonas, sulfamidas, macrólidos, aminoglicosidos, y doxiciclina. Se observaron efectos secundarios en el 28,6% de los casos. Con el tratamiento, todos los pacientes evolucionaron favorablemente.

**Discusión.** La afectación más característica de las micobacterias de crecimiento rápido son los cuadros de infección de partes blandas y tejido celular subcutáneo secundarios a inyecciones o traumatismos, además de las infecciones de herida quirúrgica.

**Conclusiones.** En nuestro medio, la enfermedad cutánea es la manifestación clínica más frecuente de las micobacterias de crecimiento rápido. El elevado tiempo de evolución en los casos de enfermedad por micobacterias de crecimiento rápido, se debe a la escasa sintomatología de las micobacteriosis cutáneas, y posiblemente a la baja sospecha de los clínicos.

#### A-8 ¿ES LA COLONIZACIÓN POR *S. AUREUS* RESISTENTE A LA METICILINA (SARM) UN FACTOR DE RIESGO DE MORTALIDAD?

J. Capdevila Morell<sup>1</sup>, E. Vendrell Torra<sup>1</sup>, E. Palomera Fanegas<sup>2</sup>, L. Force Sanmartín<sup>1</sup>, C. Vázquez Roa<sup>3</sup>, A. Llopis Calvo<sup>4</sup>, J. Cornudella Vilanova<sup>5</sup> y A. Robledo Balta<sup>6</sup>

<sup>1</sup>Medicina Interna, <sup>2</sup>Unitat de Recerca. Mataró. Mataró, Barcelona. <sup>3</sup>Convalescencia. Residencia Geriátrica L'Estada. Llavaneras, Barcelona. <sup>4</sup>Convalescencia. Sant Jaume i Santa Magdalena. Mataró, Barcelona. <sup>5</sup>Convalescencia. Casal de Curació. Vilassar de Mar, Barcelona. <sup>6</sup>Convalescencia. Centre Geriatric del Maresme. Mataró, Barcelona.

**Objetivos.** Valorar si la colonización por SARM se un factor independiente de mortalidad de los enfermos afectos.

**Material y métodos.** Análisis *post-hoc* de factores de mortalidad a los 12 meses de una cohorte de pacientes ingresados en un hospital de agudos y en 4 centros socio-sanitarios (CSS) de la misma área sanitaria, que prospectivamente fueron seguidos durante un año para estudiar los factores asociados a la colonización por SARM. El estudio se ha centrado en los enfermos de los CSS, siendo los casos los pacientes que han fallecido y los controles el resto de internos. Se han efectuado curvas de supervivencia, análisis de factores de riesgo de mortalidad a los 12 meses (tablas de contingencia, *t* de Student y U de Mann-Whitney) y análisis multivariado (regresión logística). Las variables analizadas son edad, sexo, comorbilidades, presencia de úlceras, estado cognitivo, estado nutricional (MNA-r), estado funcional (Barthel), factores extrínsecos (sondas, catéteres), hemograma y bioquímica básica al inicio del estudio (diciembre 03). En noviembre de 2005 se comprobó por el registro de datos o por encuesta telefónica, si los pacientes estaban vivos o habían fallecido. **Resultados.** Se han analizado 691 pacientes, de los que 130 (19%) estaban muertos al año de seguimiento. De los 413 enfermos ingresados en CSS, 90 (22%) habían muerto a los 12 meses. 93 pacientes ingresados en CSS (22,5%) eran portadores de SARM, (nasal 62%, úlceras cutáneas 23% y ambos localizaciones 15%). La mortalidad de estos fue del 34% vs el 18% de los pacientes no colonizados (*p* < 0,001). No se observaron diferencias en la mortalidad según el

sexo, pero sí en cuanto a la edad 79,5 vs 75,7 años ( $p < 0,04$ ). En el análisis univariado, los factores que se asociaron a mortalidad a los 12 meses ( $p < 0,05$ ) fueron la presencia de comorbilidades como la insuficiencia cardíaca, el AVC, la BNCO, la insuficiencia arterial o venosa en extremidades inferiores y la neoplasia activa; un índice de Barthel  $< 40$ , la presencia de úlceras, sonda urinaria, la hipoalbuminemia y ser portador del SARM. En el análisis multivariado fueron factores independientes de mortalidad la neoplasia activa (OR: 19,4; IC: 7,1-53,1), la insuficiencia cardíaca (OR: 3,01; IC: 1,4-6,3), la BNCO (OR: 2,13; IC: 1,0-4,6), el AVC (OR: 2,8; IC: 1,3-6,1), la presencia de úlceras (OR: 3,4; IC: 1,3-9,3); un índice de Barthel inferior a 40 (OR: 3,4; IC: 1,6-7,2); la edad (OR: 1,39; IC: 1,0-1,1) y ser portador de SARM (OR: 2,91; IC: 1,2-8,8).

**Conclusiones.** 1) La colonización por SARM es un factor predictivo de mayor mortalidad al año de su detección. 2) Los enfermos portadores de SARM en un CSS tienen un riesgo de morir al año entre 2 y 3 veces superior a los enfermos no colonizados por esta bacteria. 3) La colonización por SARM es un factor independiente de mortalidad aunque hay otros factores más directamente relacionados con la muerte al año de los pacientes ingresados en centros socio-sanitarios. 4) Es necesario realizar estudios sobre factores de persistencia de la colonización por SARM que puedan ser modificables para intentar disminuir la mayor mortalidad de los pacientes portadores.

#### A-9

### INGRESOS POR INFECCIÓN DEL TRACTO URINARIO EN UN HOSPITAL COMARCAL. PAPEL DE LOS GERMENES MULTIRESISTENTES

H. Mas Pueyo, A. García Flores, A. Rivera Austrui, A. Zamora Cervantes, A. García Hinojo, N. Subirà Farré y R. Massa Puig

Medicina Interna. Hospital Comarcal de Blanes. Blanes, Girona.

**Objetivos.** Describir las principales características demográficas, clínicas y microbiológicas de los pacientes ingresados por infección del tracto urinario (ITU) en el Servicio de Medicina Interna del Hospital Comarcal de Blanes. Determinar la incidencia de gérmenes multiresistentes y el perfil del paciente infectado por estos gérmenes.

**Material y métodos.** Se incluyeron todos los pacientes ingresados en el Servicio de Medicina Interna en el período de 2 años (2004-2005) con diagnóstico al alta de ITU. La recogida de datos se realizó mediante revisión retrospectiva de las historias clínicas de estos pacientes. Se excluyeron los episodios de adquisición nosocomial.

**Resultados.** Se recogieron 118 episodios en 114 pacientes, representando el 3,7% del total de ingresos en el Servicio de Medicina Interna durante el período de estudio. La edad media fue de 72 años (15-99) y el 53,5% fueron mujeres. La estancia media fue de 6,7 días (1-34). En el 63,5% de los casos se recogió el antecedente de patología urológica: incontinencia urinaria, infección urinaria previa y patología prostática. En un 55% existía comorbilidad asociada, destacando la diabetes mellitus en el 57,8%. La fiebre estaba presente en el 75,4% de los casos, en el 15% la única manifestación fue el mal estado general y en el 7,6% el shock séptico. En el 29% de las exploraciones complementarias se objetivó patología urológica. El germen aislado en orina con más frecuencia fue *Escherichia coli* en un 70,8% seguido de *Proteus mirabilis* 9,4% y *Klebsiella pneumoniae* en un 5,2%. En un 8,3% de los casos se aisló más de un germen. En un 32,2% de los episodios se aisló el germen en los hemocultivos. La pauta antibiótica inicial más utilizada fue Amoxicilina-Ac. clavulánico en 43 episodios, seguido de Ceftriaxona en 38. El tratamiento empírico fue adecuado según antibiograma en el 81,7% de los casos. La evolución fue favorable en el 93,2% de los casos y 6 pacientes fallecieron. Se aislaron gérmenes multiresistentes en 7 episodios (5,9%): 5 *E. coli* productores de BLEE, 1 *Klebsiella pneumoniae* y 1 *Proteus mirabilis*. En este subgrupo destaca la estancia media de 10,5 días, edad media de 81 años, patología urológica previa en todos los casos y el tratamiento empírico no adecuado según antibiograma en 5 casos, un paciente falleció.

**Discusión.** La incidencia y prevalencia de la infección del tracto urinario en los pacientes ingresados en nuestros hospitales es considerable, representando el 12,8% de toda la patología infecciosa adquirida en la comunidad, según datos del estudio multicéntrico EPINE. En nuestro estudio, si valoramos el total de ingresos en el servicio de Medicina Interna, en un 3,7% el motivo de ingreso fue una ITU. La

edad media de 72 años refleja el aumento de la edad de los pacientes ingresados, siendo una característica común de todos los episodios. La presencia de patología urinaria en un 63,5% de los episodios está determinado por los criterios de ingreso de los pacientes con ITU consensuados en todas las guías clínicas. *E. coli* es el germen aislado con mayor frecuencia, seguido de *Proteus mirabilis* y *Klebsiella*, distribución similar a estudios centrados en ITU de origen extrahospitalario. El tratamiento empírico instaurado en nuestra serie fue correcto en el 81,7% de todos los episodios, si valoramos solo los causados por gérmenes multiresistentes el tratamiento fue en la mayoría inadecuado. El aumento de las resistencias de los uropatógenos causantes de ITU de adquisición comunitaria, y su relación con datos clínico-epidemiológicos, obliga a conocer los datos locales de nuestra área para poder realizar recomendaciones terapéuticas adecuadas.

**Conclusiones.** *E. coli* es el agente etiológico aislado con mayor frecuencia. El 63,5% de los pacientes presentaba patología urológica previa. El tratamiento empírico fue adecuado en la mayoría de los casos. Debemos mantener la alerta frente a las infecciones causadas por gérmenes multiresistentes para adecuar su manejo global.

#### A-10

### ENDOCARDITIS INFECCIOSA POR ENTEROCOCO: DESCRIPCIÓN DE 11 CASOS

P. Martínez-Odrizola<sup>1</sup>, J. Muñoz<sup>2</sup>, P. Arriola<sup>1</sup>, E. Lizarralde<sup>1</sup>, J. Santamaría<sup>2</sup>, J. Zuazo<sup>3</sup>, R. Cisterna<sup>4</sup> y F. Miguel de la Villa<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Medicina Interna, <sup>2</sup>Enfermedades Infecciosas, <sup>3</sup>Cirugía Cardíaca, <sup>4</sup>Microbiología. Hospital de Basurto. Bilbao, Vizcaya.

**Objetivos.** Identificar a los pacientes diagnosticados en nuestro centro de endocarditis infecciosa (EI) por *Enterococcus* durante un período de 12 años, analizando sus características clínicas y microbiológicas, así como el tratamiento y la evolución de la enfermedad.

**Material y métodos.** Estudio retrospectivo realizado en un hospital de tercer nivel durante los años 1994-2005, mediante revisión de las historias clínicas de los pacientes diagnosticados de EI y de bacteriemia por *Enterococcus* e ingresados en los servicios de Medicina Interna, Enfermedades Infecciosas, Cardiología y Cirugía Cardíaca. Se recogieron sus datos demográficos, la forma de presentación clínica, los factores desencadenantes de bacteriemia, las características microbiológicas, las complicaciones y el tratamiento que siguieron los pacientes.

**Resultados.** Durante el período de estudio se diagnosticaron de EI un total de 207 pacientes y se registraron 182 casos de bacteriemia por *Enterococcus*. Se encontraron 11 casos de EI por enterococo, lo que representó el 5,3% del total de EI y el 6% de las bacteriemias por *Enterococcus*. Se trataba de 7 hombres y 4 mujeres, con edades comprendidas entre los 37 y los 94 años (media 58,6 ± 18,8). El microorganismo causante de la EI fue *E. faecalis* en 9 casos (82%) y *E. faecium* en 2 casos (18%). Dos de los *E. faecalis* eran resistentes a aminoglicósidos. La válvula afectada con mayor frecuencia fue la aórtica, con 8 casos (73%), seguida de la mitral, con 2 (18%) y de la tricúspide, 1 caso (9%). En el 82% de los casos (9 pacientes) la EI se instaló sobre una válvula nativa y sólo en 2 casos (18%) sobre válvula protésica. Estos dos últimos pacientes fueron diagnosticados de EI protésica precoz. Únicamente 5 pacientes (45%) tenían antecedentes de enfermedad valvular cardíaca. El factor desencadenante de bacteriemia pudo encontrarse en 5 pacientes: 3 con adicción a drogas por vía parenteral, 1 con hemorragia digestiva por carcinoma de colon y 1 con resección prostática transuretral. La manifestación clínica más frecuente fue la fiebre, que estaba presente en todos los pacientes. El tiempo transcurrido desde el inicio de la sintomatología hasta el diagnóstico fue muy variable, oscilando entre los 7 y los 120 días (media 37,5 ± 41,1). Entre los datos de laboratorio destacaban la presencia de anemia en el 82% (9/11) de los casos y de hematuria microscópica en el 64% (7/11). Para la realización del diagnóstico por imagen fue necesaria la realización de un ecocardiograma transesofágico en la mayor parte de los pacientes (73%); el ecocardiograma transtorácico fue diagnóstico únicamente en 3 casos. El tratamiento antimicrobiano más utilizado fue la combinación de ampicilina y gentamicina, que se empleó en 7 pacientes (64%). Cuatro casos fueron tratados con monoterapia (por resistencia a aminoglicósidos y/o alergia a beta-lactámicos); 2 de ellos con ampi-

cilina y 2 con vancomicina. Cinco pacientes precisaron tratamiento quirúrgico de sustitución valvular por desarrollo de insuficiencia aórtica grave. Ocho pacientes (73%) sufrieron complicaciones, falleciendo 2 pacientes. Los 4 enfermos tratados con monoterapia presentaron complicaciones graves, que condujeron a la muerte a 2 pacientes.

**Discusión.** La endocarditis por enterococo tiene una prevalencia baja, similar a la comunicada en otras series. Únicamente el 18% se desarrolló sobre válvula protésica. El diagnóstico de la enfermedad es tardío, retrasándose hasta 37 días. La EI por enterococo es una enfermedad con alta morbilidad, presentando complicaciones graves el 73% de los casos y precisando tratamiento quirúrgico el 45% de los pacientes. Los pacientes con enterococo resistente a aminoglucósidos tuvieron un peor pronóstico.

**Conclusiones.** 1) La endocarditis enterocócica es más frecuente sobre válvula nativa, especialmente válvula aórtica. 2) Se trata de una enfermedad con alta morbimortalidad, presentando complicaciones graves el 73% de los casos y una mortalidad del 18%.

#### A-11

##### NEUMONÍA NEUMOCÓCICA COMUNITARIA EN UN HOSPITAL COMARCAL: ANÁLISIS DE 71 CASOS

M. Pinazo Delgado<sup>1</sup>, A. Tapiz Reula<sup>1</sup>, J. Aligué Capsada<sup>1</sup>, A. Otero Fernández<sup>1</sup>, O. El Boutrouki<sup>1</sup>, R. Pérez Vidal<sup>1</sup>, M. Morta<sup>2</sup> y D. Estivill<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Medicina Interna, <sup>2</sup>Microbiología. Fundación Althaia. Manresa, Barcelona

**Objetivos.** En el primer trimestre del año pasado se produjo un aumento de incidencia de casos de neumonía por *Streptococcus pneumoniae* (SP) en nuestro hospital. Planteamos: 1) Analizar las características clínicas y epidemiológicas. 2) Caracterizar SP y su sensibilidad a antibióticos en nuestro medio. 3) Evaluar medidas terapéuticas, evolución de los pacientes y mortalidad relacionada con el episodio agudo.

**Material y métodos.** Estudio descriptivo de todos los casos de neumonía por SP (criterios clínicos y radiológicos compatibles), diagnosticados en los hospitales de Althaia de Manresa (Barcelona) de enero a marzo-2005. Se analizaron variables epidemiológicas, clínicas, microbiológicas y terapéuticas. Al ingreso se realizaron en todos hemograma, bioquímica y radiografía simple de tórax. En la mayoría se solicitaron antígeno de neumococo en orina, cultivo de esputo en pacientes que expectoraban (válidos microorganismos en esputos grado IV y V de la clasificación de Murray-Washington) y hemocultivos en pacientes con temperatura superior a 38 °C y criterios de ingreso hospitalario. Se realizó gasometría en aquellos con pulsioximetría inferior al 92%. El procesamiento de los resultados se ha realizado con el paquete estadístico SPSS 12.0.

**Resultados.** 71 casos en 71 pacientes. Factores de riesgo: ninguno 53,5%, EPOC (17%). Edad media de presentación de 55 ± 27 años. Clínica: fiebre 64 (90%), cambio en la tos 53 (75%), cambio en la expectoración 33 (46,5%), dolor pleurítico 34 (48%), disnea 33 (46,5%) y taquipnea 27 (38%). Insuficiencia respiratoria en 37 (52%) y leucocitosis en 53 (75%). Diagnóstico: a) radiológico: infiltrados multilobares en 22 (31%); b) antígenos en orina: 45/53 (85%) positivos; c) cultivos de esputo: SP en 11/22 (50%); 28/54 (52%) SP en hemocultivos. Tratamiento antibiótico: 21 (30%) con amoxi-clavulánico, 13 (18%) con levofloxacino y 15 (21%) con ceftriaxona (resto, tratamiento combinado). El tratamiento fue adecuado en 99% de los pacientes. Complicaciones 18 (25%): derrame pleural metaneumónico 9 (13%), empiema en 4 (6%). Ingreso en UCI 6 (8,5%). Mortalidad: 7% (5 éxitus, en 4 la neumonía fue la causa directa). Neumonía bacteriémica en 28 (39%). Hallamos relación estadística entre la existencia de dolor pleurítico y bacteriemia ( $p = 0,16$ ). De los SP aislados (37 antibiogramas): 78% sensibles a penicilina (CIM < 0,1), 100% a quinolonas, rifampicina y linezolid. Resistencia a eritromicina: 20%.

**Discusión.** SP es la causa más frecuente de neumonía adquirida en la comunidad, con una incidencia elevada en nuestro medio y una morbimortalidad valorable. El factor de riesgo más frecuente fue la EPOC (17%). Se presentó clínicamente como una neumonía típica, con criterios de gravedad gasométricos (insuficiencia respiratoria, 52%), hematológicos (leucocitosis, 75%) y radiológicos (Infiltrados multilobares, 31%). Se positizaron el 85% de los antígenos en orina

cursados, por lo que nuestra serie apoya la elevada sensibilidad de esta prueba, sobre todo en comparación con cultivo de esputo. Se realizó tratamiento antibiótico adecuado en la mayoría de los pacientes, basado en betalactámicos y quinolonas (antibióticos con resistencias bajas en nuestro medio). El 39% de las neumonías fueron bacteriémicas, y una cuarta parte de los pacientes presentaron complicaciones. La mortalidad en nuestra serie es del 7%. La elevada tasa de bacteriemia y de mortalidad no se pudieron relacionar. El único parámetro que hemos podido relacionar con la existencia de neumonía bacteriémica el dolor pleurítico ( $p = 0,16$ ).

**Conclusiones.** 1) La prevalencia de neumonía neumocócica bacteriémica entre enero y marzo del 2005 fue elevada en nuestro medio. 2) La sensibilidad de la antigenuria de SP es muy elevada como técnica diagnóstica. 3) La mortalidad atribuible a la neumonía en nuestra serie coincide con otras registradas en España. 4) Los SP estudiados presenta moderada resistencia a penicilina y eritromicina y sensibilidad del 100% a quinolonas. 5) Todos los pacientes menos uno fueron tratados de forma correcta. 6) Podemos relacionar de forma significativa la existencia de dolor pleurítico con bacteriemia.

#### A-12

##### VÍA ANDROGÉNICA Y CITOQUINAS EN LOS ESTADOS SÉPTICOS. ESTUDIO EN 34 ENFERMOS

J. Pérez Arancón<sup>1</sup>, E. Pérez Martínez<sup>2</sup> y J. Blanco Ramos<sup>3</sup>

<sup>1</sup>Medicina Intensiva. Hospital de Navarra. Pamplona, Navarra.

<sup>2</sup>Atención Primaria. Atención Primaria. Pamplona, Navarra.

<sup>3</sup>Enfermedades Infecciosas. Hospital General de la Rioja.

Logroño, La Rioja.

**Objetivos.** El propósito de este estudio es la evaluación de los niveles del Factor de Necrosis Tumoral (FNT), Interleuquina 1 (IL-1), Interleuquina 6 (IL-6), Inhibidor del activador del Plasminógeno-1 (PAI-1), Dehidroepiandrosterona (DHEA), testosterona y cortisol en los procesos sépticos agudos.

**Material y métodos.** Han sido estudiados, con carácter prospectivo, 34 pacientes (11 mujeres y 23 hombres), de edad media 45,59 ± 3,3 años, que cumplen los criterios de inclusión como enfermos sépticos. Con objeto de estimar la probable variabilidad de los parámetros determinados se analizó un grupo de 30 personas (13 mujeres y 17 hombres), de edad media 44,9 ± 5,9 años en su trabajo habitual. Criterios de inclusión: los criterios de inclusión como enfermos sépticos fueron: 1) Sintomatología compatible. 2) Evidencia de foco séptico. 3) Hemocultivo positivo y/o cultivo de foco séptico positivo. 4) Datos bioquímicos (leucocitosis, bicarbonato estándar y actual). Fueron excluidos del estudio los pacientes con: Hipertensión arterial sistémica, hiperlipemia, obesidad, diabetes, colitis ulcerosa, leucosis, dermatomiositis, tumores, postoperados de cirugía cardíaca por cardiopatía isquémica y los pacientes que recibían glucocorticoides, andrógenos, estatinas o etomidato. Determinaciones: estudio estándar Bioquímico y hematológico. Endotoxina (Limulus). PAI-1 (actividad biológica). FNT (inmunoradiométrico). IL-1 (inmunoradiométrico) IL-6 (inmunoradiométrico). DHEA (radioinmunoensayo). Testosterona (radioinmunoensayo). Cortisol (radioinmunoensayo). Bacteriológicos (aeróbicos y anaeróbicos). Análisis estadístico: Para las variables que tienen una distribución normal se utilizó pruebas paramétricas. Las variables que no tienen una distribución normal la prueba empleada ha sido la U de Mann-Whitney (no paramétrica).

**Resultados.** Media ± Sm: EDAD (años) Control 44,9 ± 5,9 Enfermos 45,9 ± 3,3 N.S.; SEXO Control M 13 H 17 Enfermos M 11 H 23 N.S.; Superficie C.m<sup>2</sup> Control 1,82 ± 0,04 Enfermos 1,80 ± 0,05 N.S.; FNT pg/ml Control 2,58 ± 0,53 Enfermos 42,33 ± 10,89  $p < 0,001$ ; PAI-1 U/ml Control 9,06 ± 1,16 Enfermos 23,44 ± 1,61  $p < 0,001$ ; IL-1 pg/ml Control 0,09 ± 0,008 Enfermos 17,88 ± 2,20  $p < 0,001$ ; IL-6 pg/ml Control 12,91 ± 2,69 Enfermos 1.297 ± 420,2  $p < 0,001$ ; Endotoxina pg/ml Control 0,36 ± 0,03 Enfermos 74,11 ± 3,81  $p < 0,001$ ; Cortisol pg/ml Control 111,1 ± 12,01 Enfermos 373,1 ± 78,60  $p < 0,001$ ; DHEA pg/ml Hombres Control 251,2 ± 33,11 Enfermos 68,4 ± 16,03  $p < 0,001$ ; DHEA pg/ml Mujeres Control 141,45 ± 17,18 Enfermos 80,93 ± 19,78  $p < 0,05$ ; Testosterona pg/ml Hombres Control 31,2 ± 3,10 Enfermos 3,58 ± 0,61  $p < 0,001$ .

**Discusión.** Está suficientemente documentado que la infección, provoca la aparición en plasma de niveles elevados de FNT, así como de IL-6, citoquinas que comparten acciones biológicas (nivel lesional y

gravedad de la misma). El FNT sirve de estímulo para la liberación de PAI-1, y su acción conjunta explica la disfunción multiorgánica. La función exacta de la DHEA no está todavía completamente determinada, si bien parece guardar cierta relación con las enfermedades graves en general (septicemia, fallo hepático, infarto agudo de miocardio, neoplasias, etc.), como queda reflejado en este estudio, posiblemente por bloqueo enzimático (17-OH-pregnenolona), lo que determinaría a la vez el descenso de la testosterona en el hombre. La elevación del cortisol estaría también en concordancia con la derivación de la esteroidogénesis.

**Conclusiones.** 1) Las elevaciones de FNT, PAI-1, e IL-6, en pacientes con clínica compatible, son indicadores de infección. 2) El descenso de DHEA y testosterona en el hombre durante el episodio séptico es indicativo de variaciones en la esteroidogénesis suprarrenal. 3) La elevación de los niveles de cortisol tanto en el hombre como en la mujer son garantía de adecuación adrenal al estímulo infeccioso.

**A-13**

**LA NUEVA EPIDEMIOLOGÍA DEL SIDA**

**A. Arévalo Gómez, A. Castro Iglesias, S. López Calvo, L. Bello Rodríguez, P. Vázquez Rodríguez y J. Pedreira Andrade**

Medicina Interna B. Juan Canalejo. La Coruña.

**Objetivos.** Las características sociodemográficas, epidemiológicas y clínicas de los pacientes con infección por VIH han ido variando con los años. Entre ellas destaca la creciente proporción de pacientes originarios de otros países. Los objetivos de este estudio son: 1) Analizar las características sociodemográficas, clínicas e inmunológicas de los nuevos casos de VIH o SIDA de nuestro medio en los últimos dos años. 2) Conocer la incidencia del VIH/SIDA de los pacientes de nacionalidad extranjera. 3) Analizar dichas características en este grupo de pacientes, y compararlas con la población general autóctona.

**Material y métodos.** Se recogieron los datos de los pacientes declarados durante los años 2004-2005 como nuevos casos de VIH o SIDA en la Unidad de VIH de nuestro hospital. Se analizaron las variables sexo, edad al diagnóstico, país de procedencia, vía de transmisión, situación clínica e inmunológica y vacunación frente neumococo. Se denominaron "Nuevas Infecciones" a las declaraciones de VIH sin criterios SIDA y a los diagnósticos de VIH y SIDA simultáneo (diagnósticos tardíos). El análisis de los datos se realizó mediante el paquete estadístico SPSS 12.0. Para la comparación de variables categóricas se utilizó la prueba Ji cuadrado y para las numéricas la prueba t de Student o el test de Mann-Whitney. Como medida de asociación se calculó la Odds Ratio (OR) con intervalos de confianza del 95% (IC del 95%).

**Resultados.** Se recogieron 113 pacientes, 64 (57%) fueron nuevos casos de VIH (sin cumplir criterios de SIDA) y 49 (43%) nuevos casos de SIDA. Las nuevas infecciones supusieron un 75% del total. De ellas, 21 pacientes (25%), cumplieron criterios de SIDA. El sexo varón fue 4 veces más frecuente. La edad media fue de 38 años. La vía parenteral en relación con la adicción a drogas endovenosas estaba presente en el 50% de los casos (57 pacientes), y en las nuevas infecciones en el 41%. La vacunación frente al neumococo sólo constaba en el 9% de los pacientes. La población inmigrante supuso un 17%. En ella: la proporción de varones fue significativamente menor (58% vs 84%)  $p < 0,01$ . (OR = 0,26; IC 0,90-0,75); El 69% procedía de Latinoamérica; El porcentaje de ADVP fue menor que en la población autóctona (37% frente 53%) aunque de manera no estadísticamente significativa ( $p < 0,1$ ) OR 1,9 (IC 0,70-5,38). No hubo diferencias en cuanto a la media de edad, situación clínica ni inmunológica. Se realizó un diagnóstico tardío en el 26% de la población inmigrante frente al 17% de la población no inmigrante ( $p < 0,4$ ).

**Discusión.** Se mantiene la tendencia creciente de los últimos años de la vía sexual como mecanismo de contagio, el progresivo aumento de la edad y de la proporción de inmigrantes, debido al mayor nº de éstos en nuestra nación. Los pacientes originarios de otros países tuvieron un mayor porcentaje de diagnósticos tardíos, lo que refleja un peor acceso a las instituciones sanitarias. La mayor proporción de

mujeres y del contagio sexual de los extranjeros podría verse influenciado por la mayor frecuencia con la que esta población ejerce la prostitución.

**Conclusiones.** 1) La proporción de nuevos diagnósticos de VIH/SIDA en personas extranjeras continúa aumentando, siendo del 17% en nuestro medio. 2) Se observa una tendencia progresiva del contagio por vía sexual, la cual supone el principal mecanismo de contagio en las nuevas infecciones. 3) La edad media es alta, en torno a 38 años. 4) El 25% de las nuevas infecciones debutan con Sida, lo que indica que un notable número de infectados no realiza test de VIH hasta fases tardías. 5) El número de vacunaciones es bajo en este grupo de pacientes. 6) En la población inmigrante: la transmisión sexual fue la más frecuente y el porcentaje de mujeres fue mayor que en la población general. Latinoamérica es el lugar de procedencia más frecuente en nuestro medio. La proporción de diagnósticos tardíos fue mayor. 7) La frecuencia creciente de personas originarias de otros países, exige la puesta en marcha de servicios de prevención cultural y adaptados a las necesidades de estos grupos.

**A-14**

**NOCARDIOSIS BRONCOPULMONAR. APORTACIÓN DE NUESTRA EXPERIENCIA**

**J. Castiella Herrero<sup>1</sup>, M. Lamata Subero<sup>2</sup>, F. Sanjuán Portugal<sup>1</sup>, L. Sánchez Muñoz<sup>1</sup> y J. Naya Manchado<sup>1</sup>**

<sup>1</sup>Medicina Interna, <sup>2</sup>Laboratorio de Microbiología. Fundación Hospital Calahorra. Calahorra, La Rioja.

**Objetivos.** La infección por bacterias del género de los actinomicetos *Nocardia* es infrecuente en nuestro medio. Afecta a adultos con enfermedades o condiciones que supongan un descenso de la inmunidad celular. La forma habitual de presentación es la pulmonar o pleural (45-50%). De todas las especies descritas como patógenas para el ser humano, el complejo *N. Asteroides* es el más frecuente y *N. Farcinia* la más virulenta. Presentar nuestra experiencia en infección pulmonar por bacterias del género *Nocardia*.

**Material y métodos.** Datos clínicos y microbiológicos (tablas 1 y 2) de 4 pacientes ingresados por fiebre e insuficiencia respiratoria. Diagnosticados de Nocardiosis pulmonar mediante tinción de Gram, cultivo en placas de agar sangre, agar chocolate y GVPC. Identificación de la especie mediante técnica molecular de secuenciación del gen 16S rDNA. Estudio de sensibilidad a antibióticos mediante método de Kirby-Bauer. Todos los pacientes tenían patología pulmonar de base. Uno de ellos (3) seguía con el hábito tabáquico, otro (2) además tenía un SAHOS y carcinoma de próstata. Dos pacientes (1 y 4) tomaban esteroides de forma regular. En los 4 casos la bacteria se aisló en esputo y en uno (4) también en lavado BA. En los 4 casos se usó el cotrimoxazol como antibiótico de elección, y en uno (4) además se utilizó la amikacina durante 21 días. La evolución fue favorable en 3 casos y hubo un fallecimiento (2) a los 10 días del alta.

**Conclusiones.** Nuestra experiencia es clínicamente similar a otras ya descritas, pero destacamos de nuestra serie el aislamiento de una especie infrecuente en la literatura nacional, como es la *N. Otitidiscaviarium* con un perfil clínico más agresivo (absceso) y de sensibilidad microbiológica diferente al resto.

Tabla 1. Datos clínicos.

Sexo Edad	Patología RES	Presentación clínica	Especie
1 Hombre 84	Neumoconiosis EPOC Bronquiectasias	Neumonía LID clase IV Fine	<i>Cyarcigeorgica</i>
2 Hombre 78	EPOC SAHOS	Neumonía LID clase IV Fine Insuficiencia respiratoria	Abscesus
3 Hombre 75	EPOC Tabaquismo	Insuficiencia respiratoria	Abscesus
4 Mujer 69	Asma bronquial Intrínseco	Absceso de LID	<i>Otitidiscaviarium</i>

Tabla 2. Datos microbiológicos.

Antibiótico	1	2	3	4
Amikacina	S	S	S	S
Gentamicina	ND	S	S	S
Cefotaxima	S	S	S	R
Ciprofloxacino	R	R	R	R
Imipenem	S	ND	S	R
Minociclina	S	S	S	S
Cotrimoxazol	S	S	S	S

### A-15 FIEBRE BTONOSA MEDITERRÁNEA. ESTUDIO DE 29 CASOS

M. Marco Lattur<sup>1</sup>, A. Barceló López<sup>2</sup>, A. Villoslada Gelabert<sup>1</sup>, C. Cifuentes Luna<sup>1</sup>, A. Bassa Malondra<sup>1</sup>, A. de la Peña Fernández<sup>1</sup>, J. Buades Reinés<sup>1</sup> y V. Fernández-Baca<sup>3</sup>

<sup>1</sup>Medicina Interna, <sup>2</sup>Microbiología. Hospital Son Llatzer. Palma de Mallorca, Baleares. <sup>3</sup>Medicina Familiar y Comunitaria. C.S Coll d' en Rabassa. Palma de Mallorca, Baleares.

**Objetivos.** Análisis descriptivo de 29 casos de FBM atendidos en nuestro centro con cuadro clínico y serológico compatible con FBM. **Material y métodos.** Análisis retrospectivo de las historias clínicas de todos los pacientes a los que se había solicitado al menos una determinación serológica frente a *R. conorii* entre el 1 de abril de 2002 y el 30 de mayo de 2006. Se han considerado como caso confirmado, los pacientes que presentaban: 1) título único de IgG por IFI mayor o igual a 1/80 y uno o más de los siguientes síntomas: fiebre, exantema, mancha negra, o 2) seroconversión o cuadruplicación del título de IgG frente a *Rickettsia conorii*. Se recogieron, a partir de la historia clínica, los datos demográficos, epidemiológicos, clínicos y terapéuticos de cada paciente.

**Resultados.** Dieciocho (62%) varones y 11 (38%) mujeres, con una edad media de 43,9 años (4-75). 21 pacientes eran de procedencia rural y/o tenían contacto con perros. Todos se diagnosticaron entre abril y octubre, a excepción de 1 en enero. La media de días de clínica hasta que el paciente acude a urgencias fue de 4,96 días. La mancha negra se identificó en 14 casos, uno de los cuales con lesiones múltiples. La localización fue 7 casos en cabeza y cuello, 1 en tronco y 6 en miembros inferiores. Presentaron exantema 27 pacientes, con una media de duración de 3,7 días. Los síntomas más frecuentes fueron: fiebre 26 (89,6%), artromialgias 18 (62%), cefalea 14 (48,2%), síntomas digestivos 6 (20,6%) adenopatías 6 (20,6%). Las alteraciones analíticas mostraban anemia en 8 casos, 12 plaquetopenia, 3 pacientes leucopenia, alteración en la bioquímica hepática en 17 casos, elevación de CK en 3/3 pacientes, hiponatremia en 16 y alteraciones en la coagulación en 6. Veinte pacientes habían consultado a algún servicio sanitario previamente. Sólo en 5 se sospechó FBM. En el resto se prescribió amoxicilina-clavulánico en 7, amoxicilina+metronidazol en 1, levofloxacino 1, moxifloxacino 1 y antitérmicos en 5 casos. Tras sospechar el diagnóstico, 26 pacientes se trataron con doxiciclina, 1 con josamicina, y 2 con ciprofloxacino. El tiempo medio de demora global desde el inicio de los síntomas hasta pautar tratamiento específico fue de 5,25 días, con una duración media de 7,43 días de tratamiento. Se complicaron 6 pacientes (20,6%): 2 precisaron ingreso en UCI por 1 o más de las siguientes causas: necesidad de ventilación mecánica, bronconeumonía, sepsis, CID), uno presentó neumonía con derrame pleural, hepatitis aguda y colitis, 2 presentaron hepatitis aguda, y hubo un caso con afectación meningea. No hubo ningún fallecimiento. De 29 pacientes atendidos, 14 fueron ingresados en planta de hospitalización, 3 en unidad de corta estancia, 12 fueron dados de alta desde urgencias. La estancia media hospitalaria fue de 6,68 días.

**Discusión.** 1) Dado que se trata de un estudio retrospectivo, para asegurar que se trataba de casos ciertos de FBM, se ha sido muy estricto a la hora de incluir un caso. De este modo, algunos casos probables de FBM, en los que no disponíamos de determinaciones serológicas, han sido excluidos. 2) Se sabe que el retraso en la instauración del tratamiento (> 7 días) puede conllevar peor pronóstico por aparición de complicaciones. En nuestra serie, las complicacio-

nes aparecidas no se han relacionado con la demora en el inicio del tratamiento. 3) Todos nuestros pacientes se diagnosticaron entre abril y octubre, salvo uno en enero que entendemos que podría ser debido a una *Rickettsia no conorii*, que no podemos confirmar.

**Conclusiones.** 1) Pese a la alta prevalencia de la FBM en nuestro medio en un apreciable número de pacientes no se sospecha el diagnóstico en la primera atención médica. 2) Aunque las guías terapéuticas recomiendan pautas cortas de tratamiento, en nuestra serie la media de duración del tratamiento en días fue de 7,43 días. 3) Pese a la aparente benignidad de la FBM, en nuestra serie, el 48,2% de los pacientes fueron ingresados, 6 de ellos presentaron alguna complicación, siendo la mortalidad global de 0%.

### A-16 TRATAMIENTO ANTIRRETROVIRAL EN PACIENTES EN PROGRAMA DE AGONISTAS OPIÁCEOS

M. Alonso Sardón<sup>2</sup>, A. Iglesias Gómez<sup>1</sup> y A. Carpio Pérez<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Medicina Interna III. Universitario. Salamanca. <sup>2</sup>Medicina Preventiva. Universidad de Salamanca. Salamanca.

**Objetivos.** Los pacientes VIH con práctica de riesgo UDVP que mantienen dependencia de sustancias, son una población de alto riesgo de incumplimiento terapéutico, sin que se hayan definido las características predictoras del mismo. Definir en una población de infectados por VIH-1 que está en PAO, las características predictoras de mejor cumplimiento del TAR. Valorar las características de esta población para evaluar la posibilidad de tratamiento directamente observado.

**Material y métodos.** Estudio descriptivo transversal utilizando el análisis estadístico con SPSS 11.0. Revisión de historias clínicas de pacientes en programa de agonistas opiáceos e infección por VIH que están en TAR en el momento del estudio.

**Resultados.** Del total de los 27 pacientes que forman la muestra 16 (59,3%) están realizando tratamiento antirretroviral en el momento del estudio y 11 (40%) no. 25 de los pacientes (92,6%) tienen un tiempo de evolución mayor de 5 años, y de ellos en 15 (55,6%) es superior a 10 años. En el momento del diagnóstico de la infección VIH, 18 pacientes (72%) se encontraban en categoría clínica A, y sólo 1 paciente (4%) en categoría clínica C. En cuanto a la misma categoría clínica en el momento del estudio actual 11 pacientes (40,7%) están en categoría clínica B y 7 pacientes (25,90%) en categoría clínica C, manteniéndose 9 en la A. La media de años de seguimiento en la consulta ha sido 7,08 años (DT: 10,363). El tiempo de evolución desde el diagnóstico de la infección por VIH hasta el inicio de tratamiento antirretroviral tiene una media de 4,25 años con DT: 3,12. La media de las consultas/año es 2,53 (DT: 1,20), con un intervalo de entre 0,57 y 5,60. De ellas, las consultas para informe tiene una media de 10,64 consultas a lo largo del seguimiento, mientras la media de las consultas por síntomas es 5,39. El tipo del primer TAR indicado fue con tres fármacos en 10 (47,6%) de los pacientes de la muestra; en el resto, 11 (52,30%) pacientes, se inició con mono o biterapia. El número de tratamientos indicados desde el seguimiento en la consulta da como resultado una media de 2,20, con DT: 1,196. El intervalo se sitúa entre 1 y 4. La indicación de inicio de tratamiento se realizó en 19 pacientes (90,50%) por los marcadores analíticos y la clínica. De ellos, la mayoría, 11 pacientes (52,4%) lo iniciaron solamente por alteraciones de los marcadores. Las combinaciones de fármacos utilizadas en el 66,6% en los casos que realizaban TAR son triple terapia con combinaciones de dos INTI junto con un IP o INNTI. De los 27 pacientes del estudio se consideraron cumplidores 6 de ellos (30%), los 21 restantes (70%) son no cumplidores o se perdieron durante el seguimiento previo al momento del corte del trabajo. En cuanto a la causa de suspensión del tratamiento antirretroviral, en 9 pacientes fue por abandono, en 6 por toxicidad y en el resto por otras causas. En la historia de seguimiento de sustancias de abuso, los 27 pacientes que forman la muestra tienen un tiempo de evolución superior a los 10 años. La media de tiempo en años desde el inicio del consumo de sustancias hasta el abuso/dependencia es de 6,70 años (DT: 5,34) en el caso de la cocaína y de 2,88 años (DT: 2,88) en el de la heroína. En cuanto al número de sustancias de abuso utilizadas, la media es de 1,89, DT: 0,96. El intervalo se encuentra entre 1 y 3. La media del número de ingresos en Unidades de Desintoxicación es de 3,50 ingresos (DT: 2,28), con un intervalo situado entre 1 y 8. En cuanto al número de

ingresos en Unidades de Deshabitación la media es de 2 ingresos (DT: 3,15) y un intervalo entre 0 y 9. El número de tratamientos sustitutos realizados tiene una media de 2, y el tiempo medio de tratamiento sustitutivo es de 2,32 meses. Los datos obtenidos del cumplimiento del tratamiento sustitutivo nos muestran que 23 pacientes (85,2%) lo realizan de forma regular, y sólo 4 (14,80%) lo hacen de manera irregular.

**Conclusiones.** 1) En la población de referencia estudiada, la adherencia al TAR es nula a lo largo de su seguimiento. 2) Es preciso establecer programas de TAR específicamente diseñados para estos pacientes, en concreto TDO. 3) En nuestro estudio no se ha podido definir ninguna característica predictora de buen cumplimiento del TAR en los pacientes en programa de agonistas opiáceos.

#### A-17

### TRATAMIENTO ANTIBIÓTICO INTRAVENOSO DOMICILIARIO EN REAGUDIZACIONES INFECCIOSAS DE PROCESOS RESPIRATORIOS CRÓNICOS

**J. Irurzun Zuazabal, M. De Damborenea González, A. Basterretxea Ozamiz, J. Salán Puebla, B. Vázquez Vizcaíno, M. García Domínguez, J. Plaza Zaldegui y A. García Berasaluce**

*Hospitalización A Domicilio. Cruces. Barakaldo, Vizcaya.*

**Objetivos.** Los procesos infecciosos que requieren tratamiento endovenoso son una de las principales causas de ingreso hospitalario generando además numerosas estancias. El objetivo de este trabajo es revisar una serie de tratamientos antibióticos intravenosos domiciliarios realizados por nuestro Servicio en pacientes con reagudización infecciosa de su broncopatía crónica, poniendo de manifiesto que tanto el seguimiento clínico como la cumplimentación del tratamiento, en cualquier cadencia de administración, puede realizarse con seguridad y eficiencia en el domicilio del paciente.

**Material y métodos.** De nuestra base de datos de medicación intravenosa, hemos recogido, en un período de 29 meses, los de los pacientes tratados con antibioterapia intravenosa domiciliar por reagudización de su broncopatía crónica. Se analizan edad y sexo; patología respiratoria de base; filiación microbiológica; tratamiento administrado (monoterapia o doble terapia), duración y forma de infusión del mismo, resultados y las posibles complicaciones surgidas durante la administración del tratamiento.

**Resultados.** Se trataron 118 episodios. 42 corresponden a mujeres y 76 a varones. La edad media fue de 73 años (R 24-89). La patología respiratoria de base fue en 70 casos EPOC (59%); en 37 Bronquiectasias (31%); en 10 casos Asma crónico severo (8,5%) y en el caso restante Asbestosis complicada. Se identificaron 104 gérmenes en 102 casos (86% del total). Las identificaciones fueron: *Pseudomonas aeruginosa* (73%); *Stenotrophomonas Maltophilia* (14%); *E. coli* (1 BLEA) (4%) y Otros 7% (2 *Serratia*, 2 *Enterobacter*, 1 *Acinetobacter*, 1 *Enterococo*, 1 *S. aureus* y 1 *Candida*). Del total de los enfermos 77 precisaron doble medicación de forma simultánea y los otros 41 un solo antibiótico. La cadencia de administración del fármaco varía entre 6 a 24 horas y se hizo a través de bomba computerizada uno de los antibióticos cuando existía doble terapia y en 32 casos de los de monoterapia. Los fármacos utilizados fueron: Piperacilina-Tazobactam en 71 ocasiones (en 28 casos como único antibiótico, en 39 asociado a un Aminoglucósido y en 4 junto a Cefazidima); Cefazidima en 28 (3 como único antibiótico y 25 asociado a Aminoglucósido); 6 Carbapenem (3 Imipenem, 2 Ertapenem, 1 Meropenem) y 13 otros (5 Cefepima, 3 Levofloxacino, 2 Tobramicina, Vancomicina, Ampicilina-Sulbactam y Caspofungina). Las estancias domiciliarias originadas fueron 2.354 (E. Media 20 días) y con una duración media del tratamiento de 13 días. Fueron dados de alta al finalizar el tratamiento 103 pacientes (87%); 10 reingresaron en el hospital (8,47%) por mala respuesta al tratamiento vs agravamiento de su proceso; 2 (1,9%) lo hicieron por patología ajena a la respiratoria y 3 fallecieron en el domicilio (2 durante el tratamiento y 1 al finalizar el mismo).

**Discusión.** En la evolución de la enfermedad pulmonar crónica surgen numerosas intercurencias infecciosas que condicionan importante morbi-mortalidad e ingresos hospitalarios. Muchos de estos pacientes pueden beneficiarse de la no estancia en el hospital, evitando aislamientos y sobreinfecciones añadidas, si se cuenta con los recursos suficientes para la atención en el domicilio.

**Conclusiones.** Los servicios de Hospitalización a Domicilio ofrecen el soporte profesional, material y humano adecuado para continuar el tratamiento de las reagudizaciones infecciosas de los procesos crónicos respiratorios de una manera eficaz y segura con escasas complicaciones. El paciente percibe la atención en el domicilio como mejora en su calidad de vida ya que se le evitan numerosas, de sus habituales, estancias hospitalarias. Dado que el grupo de nuestros pacientes corresponde a crónicos avanzados, usuarios de oxigenoterapia, no parece significativo el porcentaje de incidencias (reingreso hospitalario por mala respuesta al tratamiento y fallecimientos domiciliario).

#### A-18

### MIOCARDIOPATÍA DILATADA POR VIRUS DE LA HEPATITIS C (VHC)

**E. Cenciaga Elexpuru, E. Sánchez Haya, M. Álvarez Frías, I. Arruabarrena Etxeberria, J. Vivanco Martínez y G. Zubillaga Garmendia**

*Medicina Interna. Hospital Donostia. Donostia-San Sebastian, Guipúzcoa.*

**Objetivos.** Determinar la posible correlación etiopatogénica en dos casos con el diagnóstico de miocardiopatía dilatada de origen no filiado e infección activa por el VHC.

**Material y métodos.** Revisión bibliográfica de las manifestaciones extrahepáticas del VHC, junto con estudio clínico, epidemiológico y virológico de dos casos de descompensación cardíaca por miocardiopatía dilatada de origen no filiado y asociadas a una infección activa por VHC, buscando algún paralelismo patogénico entre la afectación hepática y cardíaca por el VHC, valorando si la fibrosis en dichos órganos puede ser el factor final común.

**Resultados.** Caso 1: varón de 45 años. Se diagnosticó de miocardiopatía dilatada en el 2006. Manifestaciones hepáticas: cirrosis hepática con hipertensión portal y hepatocarcinoma multifocal. Otras manifestaciones extrahepáticas: insuficiencia renal aguda con crioglobulinas +. Primera imagen cardíaca realizada con ecocardiograma en mayo de 2004: FE 69%, VTdVI 56 mm, VTsVI 34 mm, Septo 9 mm, válvulas normales. Última en abril 2006 mediante RMN cardíaca: FE 26%, VtdVI 51, VTs 47, IM ligera. Su situación viral fue la siguiente: junio 2004 272.000 copias RNA viral Genotipo 3a, julio 2005 1.801.518 copias, septiembre 2005 1083368 copias y en febrero 2006 18.356.556 copias. La forma de diagnóstico por lo tanto es mediante correlación clínica. Caso 2: mujer de 71 años. Se diagnosticó de miocardiopatía dilatada en 1992. Manifestaciones hepáticas: cirrosis hepática y posible hepatocarcinoma. Otras manifestaciones extrahepáticas: síndrome de Sjogren, arteritis de la temporal, síndrome de Costen y artritis seronegativa de pequeñas articulaciones. Primera imagen cardíaca realizada con ecocardiograma en agosto de 1995: FE 33%, VTdVI 85, VtsVI 57, DdVI 66, septo 10, IM ligera, HTP ligera. Última en mayo de 2006 mediante ecocardiograma: FE 20%, VTdVI 255mm, VTsVI 170 ml, septo 8, IM moderada-severa. Porcentaje de fibrosis hepática realizada con fibroscan: 32%. Porcentaje de fibrosis cardíaca mediante biopsia endomiocárdica con tinción con Rojo Congo: 16-18%. El diagnóstico etiológico de la miocardiopatía se realizó mediante la presencia de RNA viral en la biopsia endomiocárdica.

**Discusión.** Analizando los datos descritos, parece existir una relación etiológica entre la afección cardíaca y el VHC, bien sea por la correlación entre la clínica y el número de copias de RNA viral en el caso 1, bien sea por la confirmación mediante biopsia endomiocárdica en el 2º caso. Revisando la escasa bibliografía actual, la mayoría de autores japoneses, han demostrado, mediante biopsias cardíacas, la relación entre el aislamiento del RNA viral en el miocardio, con diferentes formas de miocardiopatías (hipertrofica, dilatada y miocardiitis) de origen no filiado. Matsumori A. ha dado una explicación patogénica al proceso partiendo de la acción profibrótica del VHC. Resumiendo, se daría una cirrosis (fibrosis) hepática y una cirrosis (fibrosis) cardíaca. La teoría de la fibrosis cardíaca estaría en relación con trabajos de Diez J. para la insuficiencia cardíaca por cardiopatía hipertensiva. En la bibliografía no hemos encontrado ningún caso a nivel nacional, ni posiblemente europeo, de cardiopatía relacionada con VHC. Además, en el caso 1 apreciamos una correlación del número de copias del VHC coincidiendo con el tratamiento inmunosupresor para el trasplante hepático. Esta complicación del tras-

plante hepático en paciente con VHC activo no se había descrito en la literatura mundial hasta este momento.

**Conclusiones.** El virus de la hepatitis C es una entidad a tener en cuenta como factor etiopatogénico dentro de las miocardiopatías dilatadas de origen no aclarado. En todo paciente con infección crónica por VHC que se encuentre en una situación de inmunosupresión (corticoides, trasplante hepático, HIV,...) se debe tener en cuenta la facilitación de la replicación del virus y con ello la aparición de todos los cuadros hepáticos y extrahepáticos relacionados con el mismo. En los pacientes portadores de VHC que precisan un tratamiento inmunosupresor o estén en una situación de inmunosupresión por otros motivos, nos debemos plantear el tratamiento del VHC, siempre que no existan contraindicaciones para el mismo.

#### A-19

##### CAUSAS DE MUERTE EN VIH: ¿SON DIFERENTES EN LA ERA DEL TARGA?

F. Martínez García<sup>1</sup>, C. Fernández Rodríguez<sup>1</sup>, M. Oltra Sempere<sup>1</sup>, N. Abdilla Bonías<sup>1</sup>, M. Fabiá Valls<sup>1</sup>, M. Forner Giner<sup>1</sup>, F. Alcacer García<sup>2</sup> y M. Galindo Puerto<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Servicio de Medicina Interna, <sup>2</sup>Unidad de Enfermedades Infecciosas. Hospital Clínico Universitario. Valencia.

**Objetivos.** Con la generalización del tratamiento antirretroviral de gran actividad (TARGA) se ha producido un descenso en la morbi-mortalidad relacionada con el VIH. Pese a todo, las patologías relacionadas con el SIDA siguen constituyendo una causa importante de muerte, junto con otras como son la hepatopatía o los tumores. El retraso en el diagnóstico, la falta de adherencia al tratamiento que conlleva en muchos casos la aparición de resistencias, los efectos secundarios de los antirretrovirales, la coinfección por VHC y la mayor supervivencia figuran entre los factores que contribuyen a una elevada mortalidad. Para conocer cuáles son las principales causas de muerte en los pacientes con infección por VIH y si se ha producido algún cambio en las mismas a raíz de la generalización del TARGA hemos realizado un estudio retrospectivo revisando las episcrisis de los 333 pacientes con infección por VIH fallecidos entre los años 1994 y 2005.

**Material y métodos.** Una vez revisadas las episcrisis de los pacientes fallecidos codificamos las causas de muerte, dividiéndolas en tres grupos: etiología infecciosa, tumoral o hepática. Además se recogieron los datos demográficos de los pacientes así como las características de la infección por VIH: fecha diagnóstico, tiempo desde el diagnóstico hasta la muerte, coinfección por VHC. Se utilizaron el Anova para la comparación de variables cuantitativas y el Chi 2 para las variables cualitativas.

**Resultados.** Se incluyeron 333 pacientes: 252 varones y 81 mujeres. La mediana de edad al fallecimiento fue de 37 años (rango 2-79 años). El 95% de los fallecidos presentaba una categoría inmunológica avanzada (C2-3). La principal vía de contagio fue la adicción a drogas por vía parenteral (92,6%). 103/126 presentaban coinfección por VHC. En 119 pacientes la mediana de tiempo de evolución desde que la infección por VIH se conoce hasta el fallecimiento fue de 8 años. 17/119 (14,28%) el diagnóstico de VIH era reciente o durante el ingreso del éxitus. Las infecciones fueron la principal causa de muerte (68,1%), seguidas de las descompensaciones por hepatopatía crónica (14%) y los tumores (9,3%). La localización más frecuente de infección fue el pulmón (54,4%), seguido del SNC (14,5%) y la infección diseminada (12,3%). En cuanto al diagnóstico microbiológico, el *Pneumocystis* fue el microorganismo más frecuente (18,9%), seguido del *Mycobacterium tuberculosis* (11,8%) y del *Toxoplasma* (7%). 10,1% fallecieron por infecciones bacterianas habituales. Cuando comparamos la mortalidad producida entre 1994-1999 (grupo 1) con la mortalidad producida entre 2000-2005 (grupo 2), se objetiva una disminución del número total de fallecidos (204 vs 129) a expensas de las causas infecciosas (149 vs 79), con mínimas diferencias en el resto de causas aunque no de forma significativa ( $p = 0,072$ ). El número de pacientes con criterios definitorios de SIDA fue significativamente mayor en el grupo 1 ( $p = 0,038$ ). No hubo diferencias entre grupos para la edad, tiempo de evolución de la infección por VIH, porcentaje de pacientes VHC positivos ( $p = 0,29$ ), vía de contagio del VIH ( $p = 0,45$ ), ni en los sitios de infección ( $p = 0,23$ ). El número de infecciones diagnosticadas en todas las localizaciones descritas fue mayor en los pacientes que fallecieron

entre 1994 y 1999. Se detectaron diferencias significativas en los microorganismos causantes de infección ( $p = 0,041$ ). En el primer grupo hubo muchos más casos de infecciones por mycobacterias (25 vs 5), pneumocystis (26 vs 17) y toxoplasmosis (10 vs 6). En el 2º grupo no se registraron ningún caso de criptosporidiasis, criptococosis ni de infección por CMV o VHS. En este último grupo hubo más casos de infección por virus JC (4 vs 1) y un caso de leishmaniasis visceral. Por último resaltar que el número de muertes atribuidas a la propia infección VIH fueron el doble en el grupo 1 (8 vs 4).

**Conclusiones.** Las características de nuestra serie parecen reflejar lo que sucedió en los 90. En muchos casos el diagnóstico VIH coincide con el éxitus, y probablemente se trata de pacientes evolucionados en los que el éxito del TARGA ha consistido en muchos casos en una gran supervivencia pese a encontrarse en fases avanzadas de la enfermedad contribuyendo a la disminución de las muertes por infección.

#### A-20

##### INCIDENCIA DE NEFROTOXICIDAD EN PACIENTES TRATADOS CON VANCOMICINA Y TEICOPLANINA

S. Serradell<sup>1</sup>, J. López-Contreras<sup>1</sup>, I. Gich<sup>2</sup>, J. Barrio<sup>1</sup>, N. Gutiérrez<sup>1</sup>, M. Mangués<sup>3</sup>, P. Domingo<sup>1</sup> y M. Gurgui<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Unidad de Enfermedades Infecciosas. Medicina Interna, <sup>2</sup>Epidemiología, <sup>3</sup>Farmacia. Hospital de la Santa Creu i Sant Pau. Barcelona, Barcelona.

**Objetivos.** Valorar la incidencia de nefrotoxicidad en adultos tratados con vancomicina (V) o teicoplanina (T) endovenosas (EV) durante 7 o más días.

**Material y métodos.** Estudio observacional retrospectivo. Período del 1.12.2003 al 30.12.2005 durante el cual 1610 pacientes recibieron V y/o T, siendo ambos fármacos de uso restringido. Se midieron niveles plasmáticos de V. Se excluyeron: 1) < 18 años. 2) no uso de la vía EV. 3) tratamiento < 7 días. 4) profilaxis quirúrgicas. 5) creatinina basal (Crbas) igual o mayor a 240 mmol/l o 6) hemodiálisis/hemofiltración. Se definió nefrotoxicidad como un incremento igual o mayor a 40 mmol/l de la Crbas. Las variables analizadas fueron edad, sexo, peso, Crbas, aclaramiento de Crbas (ClCr), duración, dosis, indicación del tratamiento, otros fármacos nefrotóxicos concomitantes. Se realizó el estudio estadístico mediante análisis multivariable de regresión logística.

**Resultados.** 312 pacientes cumplieron los criterios de inclusión, 219 recibieron V y 93 T. Grupo V: edad  $62 \pm 17$ , 55% varones, Crbas  $83,9 \pm 26$ , ClCr  $81,3 \pm 35\%$ , indicaciones: infección intestinal/perianal 21, infección piel/herida 66, sepsis por catéter 24 y bacteriemia 29. El 57% recibieron otros nefrotóxicos (aciclovir 5,9%, anfotericina 3,2%, alopurinol 1,8%, furosemida 27,4%, aminoglucósidos 24,8%, AINEs 19,6%). Grupo T: edad  $56,3 \pm 17,3$ , 55% varones, Crbas fue  $93 \pm 36$  con ClCr  $81,8 \pm 39,7$ , indicaciones: infección intestinal 18, sepsis por catéter 18, fiebre inexplicada 12, bacteriemia 22. El 66% recibieron otros nefrotóxicos (aciclovir 32,3%, anfotericina 20,4%, alopurinol 7,5%, furosemida 38,7%, aminoglucósidos 19,4%, AINEs 11,8%). La incidencia de nefrotoxicidad en el grupo V fue del 15/219 (7%) y en el T de 9/94 (10%) ( $p = 0,486$ ). Mediante análisis multivariable de regresión logística se valoró la correlación entre el resto de variables y la nefrotoxicidad, obteniéndose una significación estadística ( $p = 0,001$ ) para la creatinina basal en ambos grupos, y una  $p = 0,002$  para la asociación con aminoglucósidos también en ambos grupos, sin diferencias entre V y T.

**Discusión.** La nefrotoxicidad es uno de los efectos secundarios que se asocia en ocasiones al uso de fármacos glicopéptidos: Vancomicina y Teicoplanina. En nuestro estudio no objetivamos diferencias significativas en cuanto a la incidencia de nefrotoxicidad comparativamente en ambos grupos de vancomicina y teicoplanina. De todas las variables estudiadas, las dos únicas que mostraron una correlación estadísticamente significativa fueron las Creatinina basal y el uso concomitante de Aminoglucósidos, sin que se pudieran encontrar diferencias entre los grupos de vancomicina y teicoplanina.

**Conclusiones.** 1) No existen diferencias significativas en la incidencia de nefrotoxicidad entre el grupo V y el grupo T 2) La creatinina basal y el uso concomitante de aminoglucósidos fueron los dos únicos factores que se correlacionaron con la incidencia de nefrotoxicidad sin que existiesen diferencias entre el grupo V y el grupo T.



**A-21****ASPERGILLOSIS NOSOCOMIAL Y CALIDAD AMBIENTAL.**

**F. Marimon Cortés<sup>1</sup>, A. Castro Salomó<sup>1</sup>, S. Iftimie<sup>1</sup>, R. Ferré Vallès<sup>1</sup>, J. Echevarría Peña<sup>1</sup>, I. Pujol Bajador<sup>2</sup>, A. Jammoul<sup>1</sup> y P. Sardà Auré<sup>1</sup>**

<sup>1</sup>Medicina Interna. H. Universitari Sant Joan Reus. <sup>2</sup>Universitat Rovira i Virgili. Reus, Tarragona. <sup>3</sup>Microbiología. Hospital Universitari Sant Joan de Reus. Reus, Tarragona.

**Objetivos.** Evaluar la relación entre las concentraciones aéreas de *Aspergillus* spp. en habitaciones de un servicio de Medicina Interna y la incidencia de casos de aspergilosis nosocomial; así como su variabilidad en función de la contaminación ambiental del hospital.

**Material y métodos.** Se recogieron aleatoria y prospectivamente muestras ambientales de *Aspergillus* spp. en habitaciones y sus respectivos baños del servicio Medicina Interna del Hospital Sant Joan de Reus, entre enero 2002 y mayo 2005. Durante este período se recogieron los casos de aspergilosis invasiva y colonizaciones respiratorias, según criterios establecidos por el *National Institute of Immunology, Allergy and Infectious Diseases*. Las muestras ambientales y los casos se distribuyeron en 5 períodos en función del proceso de limpieza descontaminante (estado basal, período s post-limpieza exhaustiva y período s post-limpieza convencional).

**Resultados.** Se incluyeron 11374 ingresos hospitalarios, entre los que se detectaron 90 colonizaciones respiratorias por *Aspergillus* spp. y 28 aspergilosis invasivas a lo largo de los 5 períodos. Se observaron diferencias estadísticamente significativas en la cantidad de CFU/m<sup>3</sup> ambientales de *Aspergillus* spp. en relación con el número de enfermos colonizados y aspergilosis invasivas. En función del grado de limpieza se observó una disminución significativa del número de enfermos colonizados, no siendo significativa esta reducción en el número de aspergilosis invasivas.

**Discusión.** La aspergilosis nosocomial es una infección intrahospitalaria grave, cuya incidencia ha aumentado en los últimos años. Su tratamiento suele ser poco efectivo, con lo que las medidas de profilaxis son el arma más importante para reducir el número de casos de aspergilosis invasiva. Se ha sugerido que el medio ambiente juega un papel crucial en el desarrollo de la aspergilosis invasiva, siendo la inhalación de esporas de *Aspergillus* spp. el medio de colonización y posterior desarrollo de la enfermedad en individuos susceptibles (inmunocomprometidos). La monitorización ambiental permitió observar diferencias en el grado de contaminación ambiental en los distintos períodos y por tanto la eficacia de las medidas de limpieza. En consecuencia se observó una reducción de las colonizaciones respiratorias por *Aspergillus* spp. durante los períodos s con limpieza exhaustiva y también se observó una disminución del número de casos de aspergilosis invasiva, no pudiéndose detectar diferencias significativas probablemente por su baja prevalencia. La utilización de métodos preventivos es ampliamente utilizada en servicios de onco-hematología, siendo los pacientes transplantados y/o bajo tratamiento con inmunosupresores los individuos más susceptibles. Si bien los individuos con broncopatía crónica en tratamiento con corticoides (dosis superior a 10 mg/día prednisona) también tienen un riesgo elevado. Dada la elevada prevalencia de este tipo de pacientes en los servicios de M. interna creemos que la utilización de medidas de control ambiental podrían ser coste-efectivas.

**Conclusiones.** La utilización de medidas de control ambiental y eliminación de esporas de *Aspergillus* spp., se ha visto efectiva para la disminución del grado de contaminación ambiental y su relación con la disminución del número de enfermos colonizados y por tanto de aspergilosis invasiva.

**A-22****TEST DE LABORATORIO, DIAGNÓSTICO MICROBIOLÓGICO Y RESULTADOS HISTOLÓGICOS EN LA ESPONDILODISCITIS INFECCIOSA ESPONTÁNEA**

**M. Amer López<sup>1</sup>, C. Navarro San Francisco<sup>1</sup>, F. Montoya Lozano<sup>1</sup>, P. García de Paso<sup>1</sup>, P. Martínez Hernández<sup>1</sup>, F. Zamora Vargas<sup>1</sup>, M. García Arias<sup>2</sup> y J. Vázquez Rodríguez<sup>1</sup>**

<sup>1</sup>Medicina Interna, <sup>2</sup>Reumatología. La Paz. Madrid.

**Objetivos.** Estudiar las características de laboratorio, microbiológicas y los estudios anatomopatológicos en relación a su contribución en

el diagnóstico clínico y etiológico de los casos de Espondilodiscitis Infecciosa Espontánea (EIE) del adulto, no quirúrgicas, diagnosticadas en el S<sup>o</sup> Medicina Interna de nuestro hospital en los 10 últimos años.

**Material y métodos.** Se estudiaron todos los adultos diagnosticados de EIE en el S<sup>o</sup> de Medicina Interna del Hospital La Paz entre enero de 1996 y diciembre de 2005. Las variables estudiadas fueron: cifra de leucocitos, VSG, mantoux, serología a *Brucella*, cultivos en medios para bacterias (aerobios y anaerobios), hongos y micobacterias. Los estudios anatomopatológicos se realizaron sobre la región vertebral afectada (disco/vértebra/absceso concomitante) mediante punción-aspiración con aguja (PAAF) guiada con control radiológico (TAC, RNM, Ecografía), biopsia "cerrada" con aguja guiada con control radiológico o biopsia "abierta" intraoperatoria. Se incluyeron los estudios anatomopatológicos (PAAF o biopsias) realizados a los pacientes en regiones extravertebrales. Los resultados anatomopatológicos se consideraron como diagnósticos de EIE (Dx), orientativos de EIE (O) o no orientativos de EIE (NO).

**Resultados.** Se diagnosticaron 37 casos de EIE en 36 pacientes (un paciente tuvo dos episodios) durante el período de estudio. La cifra media de leucocitos al ingreso era de 11.336/mm<sup>3</sup> (r: 3.100-37.000). La VSG al ingreso era de 66 (r: 6-140). Se realizó mantoux a 19 (52,7%) de los pacientes: 14 (73,7%) negativo y 5 (26,3%) positivo. Sensibilidad: 40%, especificidad: 78,6%. En 21 (56,7%) pacientes se realizó serología a *Brucella*: 2 (9,5%) fueron positivas y 19 (90,5%) negativas. Sensibilidad y especificidad: 100%. En 35 (94,6%) de los pacientes se realizaron cultivos para bacterias y hongos: resultaron positivos 2/3 (66%) LCR, 3/5 (60%) abscesos, 13/22 (59,1%) hemocultivos, 1/2 (50%) líquido pleural, 2/6 (33,3%) PAAF, 1/9 (11,1%) urocultivos. En 20 (54,1%) de los pacientes se realizaron baciloscopias y cultivo en medio para micobacterias: resultaron positivos 4/8 (50%) de los cultivos de esputo, 1/3 (33,3%) de los cultivos de abscesos, 1/4 (25%) de PAAF de disco (baciloscopia positiva, cultivo: creció MAI), 1/1 biopsia hepática (baciloscopia y cultivo negativo, PCR + para micobacterias, con histología compatible). Se intentó estudio microbiológico-histológico de la región vertebral afectada en 25 (67,6%) pacientes: en 9 (36%) fue denegada la prueba por diferentes causas, en 16 (64%) se realizó: 4 (25%) sin éxito, por problemas técnicos, 12(75%) con éxito. En 12 pacientes se obtuvieron 15 muestras: 9 (60%) PAAF vertebra/disco (4 Dx, 0 O, 5 NO), 4 (26,7%) biopsia "abierta" (0 Dx, 2 O, 2 NO) y 2 (13,3%) biopsia "cerrada" (1 Dx, 0 O, 1 NO). Total: 5 (33,3%) Dx, 2 (13,3%) O y 8 (53,4%) NO. El estudio histológico de las 11 regiones extravertebrales incluyó 3 médulas óseas, 2 esputos y una muestra de biopsia hepática, PAAF de LOE hepática, PAAF absceso de pulmón, BAS/BAL, líquido pericárdico y líquido pleural. La biopsia hepática se consideró Dx y la PAAF de LOE hepática O, el resto fue NO. Total: 1 (9,1%) Dx, 1 (9,1%) O y 9 (81,8%) NO.

**Discusión.** En el diagnóstico de EIE, los hemocultivos positivos (42-82%) y las técnicas de imagen, altamente sensibles y específicas, se consideran suficientes para orientar el tratamiento antibiótico. Existe una alta concordancia entre los hemocultivos y los cultivos procedentes de PAAF o biopsia del disco/vértebra. Si los hemocultivos son negativos, resulta mandatorio realizar el aspirado/biopsia del disco vertebral en un 30-70% de los casos: sensibilidad del 61-83%.

**Conclusiones.** Encontramos un alto rendimiento de los hemocultivos y cultivos procedentes de otras localizaciones para el diagnóstico de EIE piógenas y de los cultivos de esputo en el diagnóstico de EIE tuberculosa. El rendimiento de los cultivos procedentes de los aspirados/biopsia (33,3%) son inferiores a los resultados de la literatura (49-83%).

**A-23****ESPONDILODISCITIS INFECCIOSA ESPONTÁNEA**

**P. Martínez Hernández<sup>1</sup>, M. Amer López<sup>1</sup>, C. Navarro San Francisco<sup>1</sup>, F. Zamora Vargas<sup>1</sup>, F. Montoya Lozano<sup>1</sup>, P. García de Paso<sup>1</sup>, C. Córcoles Hernández<sup>2</sup> y J. Vázquez Rodríguez<sup>1</sup>**

<sup>1</sup>Medicina Interna, <sup>2</sup>Medicina Familiar y Comunitaria. La Paz. Madrid.

**Objetivos.** Estudiar las características clínicas y epidemiológicas de las Espondilodiscitis Infecciosas Espontáneas (EIE) del adulto, no quirúrgicas, diagnosticadas en el S<sup>o</sup> Medicina Interna de nuestro hospital en los 10 últimos años.

**Material y métodos.** Se estudiaron todos los adultos diagnosticados de EIE en el S° de Medicina Interna del Hospital La Paz entre enero de 1996 y diciembre de 2005. Se incluyeron los pacientes con cuadro clínico y radiológico compatible asociado al aislamiento del microorganismo a partir de los cultivos y/o del foco de la EIE, o en los que se detectaron títulos elevados de anticuerpos frente a *Brucella* y síntomas consistentes con infección por *Brucella* (diagnóstico definido). Se consideró como diagnóstico probable: la presencia de material purulento o de granulomas caseificantes típicos en las biopsias vertebrales o de otros focos extravertebrales concomitantes junto con la respuesta favorable al tratamiento antibiótico empírico o antituberculostático (EIE piógena o micobacteriana, no filiada). Se excluyeron: 1) los pacientes con cirugía o instrumentación espinal previa que fuera sospechosa de haber producido infección del disco intervertebral durante este procedimiento; 2) ausencia de datos radiológicos de afectación del disco intervertebral.

**Resultados.** Se diagnosticaron 37 casos de EIE en 36 pacientes (un paciente tuvo dos episodios): 10 (27%) 1996-2000 y 27 (73%) 2001-2005. Varones, 26 (70,3%). Edad media: 60.6 a. (r: 29-89 a.). Región afectada: 2 (4,2%) cervical; 16 (33,3%) dorsal; 30 (62,5%) lumbar. Total: 48 discos afectados. Afectación única: 27 (75%); múltiple: 9 (25%) : contiguos 7 (77,7%), no contiguos 2 (22,3%). Etiología: I) 29 (78,4%) piógenas: *S. aureus* (7), *S. epidermidis* (2), *S. hominis* (1), otros coagulasa negativos (3), *Strep. intermedius* (1), *Strep. pneumoniae* (1), *Strep. agalactiae* (1), *K. pneumoniae* (2), *Brucella* (2), *Salmonella* D9 (1).II) 8 (21,6%) micobacterianas: *M. TBC* (6), *MAI* (1). Total: 26 (70,3%) EIE definidas y 11 (29,7%) EIE no filiadas : 10 piógenas y 1 micobacteriana. 15 (78,9%) de las piógenas fueron monomicrobianas y 4 (21,1%) poli-microbianas. Factores predisponentes: Diabetes 9, enolismo 7, ADVP 6, VIH (+) 5, intervención abdomino/pélvica 5. En 26 (72,2%) se presentaron antecedentes relacionados con EII: patología ósea/degenerativa (14), infecciones piógenas previas (8), traumatismos (6), micobacteriosis previas (6). Síntomas: dolor lumbar (69,4%), fiebre (63,9%), sd. constitucional (43,2%), dolor MMII (30,5%). Signos: dolor palpación c. lumbar (36,1%), lasségue (+) (13,9%), disminución fuerza MMII (13,9%), contractura c. lumbar (8,3%). Probable fuente de infección: bacteriemia (17), micobacteriosis diseminada (7), fístula rectal a disco (1), trabajador de mataderos (1), desconocida (12). En 14 (37,8%) se estimó fallo terapéutico y 7 (18,9%) fueron intervenidos: neurocirugía (6), cirugía general (1). Destino final: alta (23), neurocirugía (5), hospital de apoyo (4), unidad de lesionados medulares (2), éxitus (2), cirugía general (1). 7 (18,9%) pacientes fallecieron: 2 durante el ingreso, 1 en neurocirugía y 4, posteriormente, durante el seguimiento. Media de días de ingreso: 39.1 días (r: 4-113 días). Tiempo medio desde el inicio de los síntomas al diagnóstico: 15.2 semanas. En 32 (86,5%) el diagnóstico de EIE fue el principal y en 5 (13,5%) fue secundario.

**Discusión.** La EIE es una causa infrecuente de dolor de espalda agudo o subagudo y presenta una mayor variedad de aislamientos microbiológicos que la EI postquirúrgica. La incidencia de EIE está aumentando por el incremento de pacientes de avanzada edad, enfermedades crónicas debilitantes o inmunodeprimidas (diabetes, cirrosis, enolismo e IRC). La RNM ha mejorado la facilidad y precisión del diagnóstico de EIE.

**Conclusiones.** 1) Hemos observado un aumento exponencial de los diagnósticos de EIE piógenas en los cinco últimos años del estudio, en relación a una mayor disponibilidad de RNM y a la presencia de pacientes de edad avanzada con factores predisponentes. 2) La EIE es una enfermedad potencialmente grave, que precisa con frecuencia de tratamiento quirúrgico y deja secuelas neurológicas y funcionales severas.

#### A-24

##### ENDOCARDITIS POR PEPTOSTREPTOCOCCUS

M. Marco Lattur<sup>1</sup>, M. García-Gasalla<sup>1</sup>, A. Bassa Malondra<sup>1</sup>, C. Cifuentes Luna<sup>1</sup>, A. Cladera Riera<sup>2</sup> y M. Garau Colom<sup>3</sup>

<sup>1</sup>Medicina Interna, <sup>2</sup>Hematología, <sup>3</sup>Microbiología. Hospital Son Llàtzer. Palma de Mallorca, Baleares.

**Objetivos.** La endocarditis por *Peptostreptococcus* ssp. es poco frecuente y sus características no están bien definidas. Presentamos dos

casos diagnosticados en nuestro hospital y revisamos los descritos en la literatura.

**Material y métodos.** Análisis descriptivo de dos casos de endocarditis por *Peptostreptococcus* ssp. diagnosticados en nuestro centro y revisión de las características clínicas y microbiológicas de los 9 casos descritos en la literatura médica en lengua inglesa y española. (PubMed 1963-2005).

**Resultados.** Caso 1: varón, 74 años, portador de una prótesis mitral, que presenta un cuadro de dos meses de malestar y pérdida de peso sin fiebre y un episodio de hemiparesia izquierda transitoria y púrpura cutánea en extremidades inferiores. En 3 hemocultivos se aisló *Micromonas micros* (anteriormente *P. micros*) y el ecocardiograma mostró vegetaciones en la válvula protésica mitral. Recibió tratamiento con penicilina G y gentamicina 4 semanas, con buena evolución clínica y microbiológica (hemocultivos negativos). Caso 2: paciente de 22 años ADVP, que ingresa por fiebre. En la exploración física se observó un soplo sistólico en el foco tricuspídeo. En hemocultivos se aisló *Schleiferella asaccharolytica*, (anteriormente *P. asaccharolytica*) el ecocardiograma mostró una vegetación tricuspídea y la RX tórax un nódulo cavitado. Recibió tratamiento con penicilina 6 semanas, asociado inicialmente a gentamicina. La fiebre persistió las primeras semanas, presentó además un nuevo episodio de embolismo pulmonar, posteriormente quedó asintomático negativizándose los hemocultivos. Resumen de las características epidemiológico-clínicas de los 9 casos descritos previamente conjuntamente con los dos diagnosticados en nuestro hospital: la edad media fue de 55,8 años, 3 eran mujeres. La fiebre apareció en 8/11 casos. Las válvulas afectadas fueron: mitral en 5 casos, aórtica en 4, tricuspídea en 1, mitroaórtica en 1. En 8 la válvula afectada fue protésica. Los hemocultivos fueron positivos en 6 casos, en el resto se aisló *Peptostreptococcus* en el cultivo del tejido valvular. Las especies de *Peptostreptococcus* aisladas: *P. magnus* (previamente *Finogoldia magna*) (4), *M. micros* (3), *P. anaerobius* (2), *S. asaccharolytica* (1), *Peptostreptococcus* sp. (1). Dos casos presentaron embolismos pulmonar o sistémico. En la mayoría el tratamiento utilizado fue penicilina ± gentamicina y cirugía en 6 de los casos. Un paciente falleció.

**Discusión.** La endocarditis por gérmenes anaerobios se describe en 2-16% de los casos de endocarditis infecciosa. Los anaerobios implicados son mayoritariamente *Propionibacterium acnes* y *Bacteroides fragilis*. La endocarditis por gérmenes del género *Peptostreptococcus* se ha descrito con escasa frecuencia, generalmente en forma de casos aislados. En una revisión de la literatura médica, hemos encontrado descritos en detalle únicamente 9 casos de endocarditis por *Peptostreptococcus*, existiendo mención únicamente de algún otro caso en alguna serie. La endocarditis por *Peptostreptococcus* no se había descrito previamente en pacientes ADVP, tampoco la afectación de la válvula tricuspídea, ni las manifestaciones embólicas. Estos cocos anaerobios grampositivos muestran un crecimiento adecuado pero muy lento en medios anaerobios no selectivos, por lo que es necesario un cuidadoso procesamiento en el laboratorio.

**Conclusiones.** La endocarditis por *Peptostreptococcus* es poco frecuente, mayoritariamente afecta a válvulas protésicas y aproximadamente en el 50% de los casos se requiere tratamiento quirúrgico. Los dos casos que presentamos tienen características previamente no descritas: manifestaciones embólicas pulmonares y sistémicas, y el segundo caso es la primera descripción en paciente ADVP, con afectación de la válvula tricuspídea.

#### A-25

##### ANÁLISIS DE 182 EPISODIOS DE BACTERIEMIA POR ENTEROCOCO: ESTUDIO DE LA EPIDEMIOLOGÍA, SENSIBILIDAD ANTIBIÓTICA Y EVOLUCIÓN CLÍNICA

P. Martínez-Odrizola<sup>1</sup>, J. Muñoz<sup>2</sup>, P. Arriola<sup>1</sup>, E. Montero<sup>1</sup>, A. Gutiérrez-Macias<sup>1</sup>, C. Ezpeleta<sup>3</sup>, R. Cisterna<sup>3</sup> y F. Miguel de la Villa<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Medicina Interna, <sup>2</sup>Enfermedades Infecciosas, <sup>3</sup>Microbiología. Hospital de Basurto. Bilbao, Vizcaya.

**Objetivos.** Identificar a los pacientes diagnosticados en nuestro centro de bacteriemia por enterococo (BE) durante un período de 12 años, analizando sus características epidemiológicas, clínicas y microbiológicas, así como la evolución de la enfermedad.

**Material y métodos.** Estudio retrospectivo realizado en un hospital de tercer nivel durante el periodo comprendido entre el 1 de enero de 1994 y el 30 de abril de 2006, mediante revisión de las historias clínicas de los pacientes diagnosticados de BE e ingresados en los diferentes servicios médicos y quirúrgicos del hospital. Se recogieron los datos demográficos, la puerta de entrada de la infección, los factores desencadenantes de bacteriemia, las características microbiológicas, la comorbilidad y las complicaciones que presentaron los pacientes.

**Resultados.** Durante el periodo de estudio se registraron 182 episodios de BE en 178 pacientes. La edad de los pacientes estaba comprendida entre los 3 días y los 96 años (media 63,5 años  $\pm$  21,7). Las localizaciones de la infección fueron las siguientes: urinaria, 29%; cardiovascular, 25% (bacteriemia por catéter 19%, endocarditis 6%); intraabdominal, 21% (colangitis 14%, enfermedad del colon, 5%); bacteriemia primaria, 12%; intratorácica, 5%; piel y partes blandas, 4%; endometritis, 1%; y herida quirúrgica, 1%. Se registraron 7 casos de sepsis neonatales. El 68% de las infecciones fueron de origen nosocomial (32% de las cuales ocurrieron en una unidad de Cuidados Intensivos), lo que representó el 5% de las bacteriemias intrahospitalarias durante ese periodo. La intervención diagnóstica o terapéutica sobre el tracto urinario fue el factor desencadenante de bacteriemia en el 41% de las sepsis urinarias. El 83% de los pacientes presentaron comorbilidad asociada, siendo las principales enfermedades: neoplasias (32%), cirugía reciente (18%), cardiopatía (15%), diabetes mellitus (13%) e infección por VIH (7%). El *Enterococcus faecalis* fue el responsable del 70% de los casos, *E. faecium* del 22% y otras especies de enterococo del 8% (8 casos de *Enterococcus* spp, 3 *E. casseliflavus*, 2 *E. avium*, 2 *E. durans*). El 20% de las bacteriemias eran polimicrobianas, con predominio de la asociación con bacilos gramnegativos (59%). Se encontraron un 23% de cepas con resistencia a antibióticos: 14% a ampicilina, 8% a gentamicina, 3% a ampicilina y gentamicina y 0,5% a vancomicina. *E. faecium* presentó un 57% de resistencias a ampicilina y un 12% a gentamicina y *E. faecalis* un 8% a gentamicina. No se encontraron cepas de *E. faecalis* resistentes a ampicilina. Un 33% de los pacientes presentaron complicaciones graves y un 2,2% recaídas de la infección. La mortalidad global de la serie fue del 31%.

**Discusión.** La incidencia de infecciones por enterococo ha aumentado en las dos últimas décadas, llegando a ser el tercer patógeno más frecuente de bacteriemia nosocomial en los Estados Unidos. En el presente trabajo el 68% de las BE eran de origen nosocomial. Nuestros resultados son similares a los comunicados en otras series, con un predominio de la infección urinaria y cardiovascular, pero con mayor incidencia, con respecto a la descrita en otros trabajos, de la infección intraabdominal especialmente de la colangitis aguda. La tasa de resistencia a ampicilina fue elevada, sobre todo en lo que respecta al *E. faecium*. La mortalidad fue alta, aunque muchas de las muertes fueron atribuibles a la patología de base (32% de pacientes oncológicos en estadios avanzados de la enfermedad neoplásica).

**Conclusiones.** 1) La infección nosocomial por enterococo se ha convertido en un importante problema sanitario, que afecta especialmente a pacientes ancianos y oncológicos. 2) En nuestro hospital el enterococo constituye el quinto patógeno más frecuente de bacteriemia intrahospitalaria. 3) En la presente serie destaca la elevada incidencia de *E. faecium*, resistente a ampicilina en más de la mitad de los casos.

#### **A-26 LEUCOENCEFALOPATÍA MULTIFOCAL PROGRESIVA EN PACIENTES INFECTADOS POR EL VIH: ELEVADA MORTALIDAD TRAS SU DIAGNÓSTICO**

**M. Abad Cardiel, J. Lobo García, V. Estrada, J. Vergas,  
P. Cubo Romano, S. Muñoz, P. Valles Benavente  
y A. Iñurrieta**

Unidad de enfermedades infecciosas. Clínico San Carlos. Madrid.

**Objetivos.** La leucoencefalopatía multifocal progresiva (LMP), es una infección oportunista del sistema nervioso central que afecta a los pacientes infectados por el VIH. En la actualidad no se dispone de un tratamiento específico, y la morbimortalidad asociada es importante.

**Material y métodos.** Realizamos un estudio retrospectivo, a través de la historia clínica de todos los pacientes infectados por el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH), que fueron diagnosticados de LMP en nuestro hospital, en los últimos 11 años. Se recogieron datos epidemiológicos, clínicos y analíticos. Se analizó la evolución clínica de los dos primeros años desde que se estableció el diagnóstico.

**Resultados.** Se encontraron 26 casos con diagnóstico de LMP. En un 45,8% este diagnóstico fue definitivo, es decir, se obtuvo por la presencia de una PCR del virus JC positiva en líquido cefalorraquídeo, y la existencia de cambios compatibles en la prueba de imagen (TC/RNM). El diagnóstico fue probable en el resto de los casos, en los que sólo existían alteraciones en las pruebas de imagen. El 70% eran varones, de ellos, el 50% usuarios de drogas por vía intravenosa, principal factor de riesgo detectado. Como forma de presentación se valoró tanto síntomas de afectación del lenguaje, como de la función motora, sin encontrar una presentación tipo. La mediana de CD4 era de 58 células/ $\mu$ L (Rango intercuartil 25-98). El 58,3% no recibían TARGA (naives 45%). El 33,3% de los pacientes recibieron como tratamiento cidofovir y TARGA. La mortalidad fue del 37,5% en el tercer mes, y del 45,8% en el sexto mes. Un 25% de los pacientes mejoraron clínicamente después del inicio de TARGA. En el análisis multivariante ninguna variable se relacionó con la mortalidad.

**Conclusiones.** La LMP es una condición asociada con un muy mal pronóstico en los pacientes infectados por el VIH. La población de mayor riesgo para esta enfermedad son aquellos pacientes que se encuentran apartados del sistema sanitario. La tasa de mortalidad son especialmente altas de forma precoz tras el diagnóstico.

#### **A-27 NEUMONÍA NEUMOCÓCICA: REVISIÓN DE LA SITUACIÓN ACTUAL**

**M. Abad Cardiel, P. Valles Benavente, A. Iñurrieta,  
J. Lobo García, C. Núñez, J. Castillo, P. Ruiz  
y M. Ruiz-Yagüe**

Medicina Interna III. Clínico San Carlos. Madrid.

**Objetivos.** La neumonía neumocócica es la etiología más prevalente de neumonía adquirida en la comunidad. La emergencia de resistencias del *Streptococcus pneumoniae* es un problema de salud. Se pretende conocer su relevancia y evolución en la población de nuestro hospital.

**Material y métodos.** Se realizó un estudio retrospectivo revisando los informes de alta de los pacientes diagnosticados de neumonía en el periodo de enero de 2004 hasta septiembre de 2005. Se recogieron datos epidemiológicos, clínicos, analíticos, diagnósticos y evolutivos.

**Resultados.** Se revisaron los 440 casos de neumonía del periodo del estudio. Se obtuvieron 50 casos de neumonía por *Streptococcus pneumoniae*, 34 de ellos en el periodo de 2005. La población estudiada estaba compuesta por 10 pacientes menores de 12 años, siendo la mediana de 54 años (rango de 0,08-88). Un 68% de ellos eran varones. Dentro de los síntomas clásicos, el más frecuente fue el de fiebre con tos y expectoración. En un 4% la forma de presentación fue un episodio de parada cardiorrespiratoria. Un 52% estaban inmunodeprimidos. El 54% presentaba insuficiencia respiratoria a su llegada al servicio de urgencias. Todos los pacientes presentaban infiltrado en la radiografía de tórax, en un 68% la afectación era exclusivamente uniloba, en un 20% bilobar y en un 12% trilobar. Se llegó al diagnóstico mediante exclusivamente el antígeno en orina en un 44%. Fue positivo en un 68%. Se aisló *Streptococcus pneumoniae* en cultivo de esputo o en lavado bronquioloalveolar en un 20%, y en hemocultivos en un 40%. Como tratamiento se utilizó cefalosporinas en un 52%, levofloxacino en un 34%, penicilinas en un 28%. Se modificó el tratamiento en un 6% por mala evolución clínica. Se recogieron los antibiogramas, siempre que el diagnóstico se realizase mediante cultivo. Un 34% de los pacientes precisaron ingreso en la Unidad de Cuidados Intensivos. La mortalidad fue de un 14%. El análisis multivariante no mostró ningún factor estadísticamente relacionado con un desenlace fatal.

**Conclusiones.** La neumonía por *S. pneumoniae* supone un 11,4% del total de las neumonías del hospital. Su mortalidad es importante,

pues afecta a pacientes jóvenes. La obtención del antibiograma no implicó cambios en el tratamiento antibiótico pautado de forma empírica en la mayoría de los casos.

#### A-28

### ANÁLISIS DEL PALUDISMO IMPORTADO EN UN HOSPITAL DEL LEVANTE

**B. Alcaraz Vidal, P. García López, M. Artero Castro, N. Cobos Trigueros, M. Tomás Redondo, E. Peñalver, G. García Parra y F. Vera Méndez**

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

**Objetivos.** Describir las características clínicas y epidemiológicas de los casos de paludismo importado atendidos en nuestro hospital.

**Material y métodos.** Análisis retrospectivo de los casos de paludismo atendidos en nuestro hospital en el período comprendido entre los años 1992 y 2005.

**Resultados.** Se han identificado 9 casos de paludismo, 3 de los cuales habían sido diagnosticados años antes y habían sufrido varios episodios febriles. 6 pacientes eran varones y 3 mujeres. La media de edad fue de 35,6 años (rango 22-53). Sólo 2 eran españoles, ambos con antecedente de viaje a zona endémica (Guinea Ecuatorial y Honduras) y con quimioprofilaxis previa. De los inmigrantes (78%), 5 eran procedentes del África subsahariana, 1 del sudeste asiático (India) y 1 de Oceanía. Los datos clínicos más frecuentes al inicio fueron fiebre de alto grado (100%), mialgias (33%) y diarrea (33%); la cefalea, el dolor abdominal y los vómitos fueron también síntomas comunes. Al momento del diagnóstico, 5 pacientes (55,5%) presentaron ictericia, 4 trombopenia, 2 leucopenia, 1 pancitopenia, 3 hepatomegalia y 3 esplenomegalia. El diagnóstico se estableció mediante el test de la gota gruesa y técnicas de PCR en algunos casos. La especie identificada fue *P. falciparum*, sospechando resistencia a la Cloroquina en 5 de ellos, bien por proceder de áreas geográficas de resistencia o por una mala respuesta a un tratamiento anterior. La complicación más frecuente fue la anemia hemolítica leve (45%); asimismo hubo un caso con coagulopatía, también de carácter banal y otro paciente fue diagnosticado de infección VIH. La evolución con tratamiento fue favorable en todos los casos, no requiriendo ninguno de los pacientes ingreso en UCI.

**Discusión.** El paludismo es una enfermedad causada por protozoos intracelulares del género *Plasmodium* y transmitido por el mosquito Anopheles. Es endémico en muchas zonas tropicales y subtropicales, en relación con el deterioro socio-sanitario de muchos de estos territorios y el aumento de resistencias a los fármacos antipalúdicos. En España dejó de ser una enfermedad endémica en 1964, pero en los últimos años su patrón epidemiológico ha cambiado considerándose una enfermedad reemergente, fundamentalmente a expensas de casos importados por inmigrantes de zonas endémicas (40%) sobre todo africanos y de viajeros a países tropicales. La especie más frecuente es *P. falciparum*-predominante en África, seguida de *P. vivax* sudeste asiático, subcontinente indio y América latina. Existen diversos métodos diagnósticos, siendo los más utilizados la gota gruesa y técnicas de PCR. El fármaco de elección para el tratamiento es la Cloroquina -previa determinación de G6PD-, continuando con Primaquina si la especie es vivax u ovale. Ante la sospecha de cepas de falciparum resistente a Cloroquina (prácticamente en todas las áreas excepto América central y Caribe), se utilizan Quinina + Doxiciclina, Atovacuona + Proguanil o Mefloquina (cepas resistentes en sudeste asiático). Por el momento la mejor prevención consiste en evitar la picadura del mosquito junto con una quimioprofilaxis adecuada, que deberá mantenerse hasta cuatro semanas tras la vuelta del viaje.

**Conclusiones.** 1) En nuestro medio el paludismo viene importado de forma predominante por inmigrantes del África subsahariana. 2) Fiebre de alto grado, mialgias y diarrea son hallazgos comunes al inicio. 3) La especie más identificada es *P. falciparum*, con altos índices de resistencia a Cloroquina. 4) La evolución suele ser favorable, siendo la anemia hemolítica la complicación más frecuente.

#### A-29

### LINFOMA PLASMOBLÁSTICO EN PACIENTES VIH

**F. Norman<sup>1</sup>, A. Trueba<sup>1</sup>, D. Sánchez-Mateos<sup>1</sup>, A. Sanz-Llorente<sup>2</sup>, J. Patier<sup>1</sup> y M. García-Cosío<sup>3</sup>**

<sup>1</sup>Medicina Interna, <sup>2</sup>Medicina Familiar, <sup>3</sup>Anatomía Patológica. Ramón y Cajal. Madrid.

**Objetivos.** Presentación de 3 casos de linfoma plasmoblástico (LP) en pacientes con infección por VIH describiendo la clínica, hallazgos anatomopatológicos característicos y su evolución.

**Material y métodos.** Se revisan 76 casos de linfomas asociados a infección por VIH diagnosticados en nuestro Centro y se seleccionan 3 con LP. Los tres casos se diagnostican mediante histología convencional, técnicas de inmunohistoquímica y de biología molecular para detección del virus de Epstein-Barr (VEB) y del virus herpes humano tipo 8 (VHH-8) o virus del Sarcoma de Kaposi en tejido linfático.

**Resultados.** Caso 1: varón de 38 años con tumoración en cavidad oral de 10 meses de evolución. En los antecedentes infección por VIH desde hace 10 años, tratamiento anti-retroviral irregular por intolerancia y sin seguimiento en últimos 6 años. A la exploración física destacaba únicamente masa exofítica en zona maxilar/alveolar derecha. En la analítica anemia leve de 12,5 g Hb, trombopenia de 55.000, linfopenia de 1.900, función renal normal, AST/ALT 94/69, GGT133, carga viral VIH 4,8 log con CD4 totales de 240. TAC toracoabdominopélvico sin hallazgos relevantes. Medula ósea negativa. Tras biopsia de lesión oral se confirma diagnóstico de linfoma de alto grado, tras técnicas de inmunohistoquímica (IHQ) se confirma como LP de cavidad oral asociado a VIH y VEB, con HHV-8 (por IHQ) negativo. Caso 2: Mujer de 29 años, VIH+ sin seguimiento desde hace años que acude por tumoración craneofacial de 2-3 meses de evolución, sangrado local, lesiones purpúricas y astenia. En la exploración destacan lesiones petequeales, tumoración maxilar derecha con infiltración necrótica de paladar duro, adenopatías laterocervicales, axilares e inguinales y esplenomegalia de 8 cm. En analítica destacaba Hb de 5,5 g, 1.090 linfocitos y 35.000 plaquetas, LDH de 2.309 con 330 CD4 totales y carga viral 5,7 log. En TAC hepatoesplenomegalia e imágenes pulmonares nodulares. TAC cráneo-facial con gran tumoración maxilar que invade paladar y con afectación de partes blandas. Aspirado y biopsia medula ósea con evidencia de médula infiltrada por LP; biopsia maxilar y PAAF de ganglio compatible con mismo diagnóstico. En estudio molecular se detecta presencia de VEB pero no de HHV-8. Caso 3: varón de 41 años con infección VIH de 6 años de evolución sin tratamiento previo, sarcoma de Kaposi diagnosticado en 2001; consulta por lesiones cutáneas y pancitopenia. En exploración adenopatías subcentimétricas cervicales, axilares e inguinales, hepatoesplenomegalia, lesiones compatibles con sarcoma de Kaposi en extremidades y lesión eritematosa indurada en región supraescapular derecha y nódulos subcutáneos en brazos. En analítica destacaba pancitopenia, CD4 45 y carga viral VIH > 5,7 log. Rx torax normal, TAC toracoabdominopélvico con hepatoesplenomegalia y adenopatías retroperitoneales, endoscopia gástrica con lesión submucosa en curvatura mayor de cuerpo gástrico. Las muestras cutáneas, gástricas y de médula ósea eran compatibles con LP. No se realizaron técnicas de detección de VEB/HHV-8 en las muestras del último paciente. Los 3 pacientes fueron tratados con quimioterapia y fallecieron precozmente (una muerte por toxicidad y 2 por progresión de la enfermedad).

**Discusión.** Aproximadamente un 2,6% de linfomas asociados a VIH son LP, representando una infrecuente variedad de LNH asociado a SIDA que habitualmente afecta la cavidad oral o zona mandibular. Las células tumorales comparten algunas características de los linfomas difusos de célula grande B pero hay ausencia o expresión mínima del antígeno CD20. En las células tumorales se demuestra con frecuencia la presencia del VEB y en algunos casos también existe positividad para el HHV-8. Algunos autores sugieren que la expresión de VEB y HHV-8 en el tejido implica a estos virus en el desarrollo de esta variedad de linfoma, aunque son series con escaso número de pacientes.

**Conclusiones.** En nuestra serie el LP supuso el 4% de los linfomas asociados a VIH. En 2 de los 3 casos presentados se documentó la presencia de EBV pero no de HHV-8. Todos los casos tuvieron mal pronóstico a pesar de quimioterapia agresiva, con supervivencia entre 1 y 5 meses.

## A-30

**IMPLICACIÓN DE LA PATOLOGÍA INFECCIOSA EN LOS PACIENTES FALLECIDOS EN EL SERVICIO DE MEDICINA INTERNA EN UN HOSPITAL GENERAL**

**G. Calvo Vila<sup>1</sup>, C. Cortés-Lletget<sup>1</sup>, M. Villegas Urbano<sup>1</sup>, M. Martín Baranera<sup>2</sup>, L. Ceresuela Eito<sup>1</sup> y L. Reig Puig<sup>3</sup>**

<sup>1</sup>Servicio de Medicina Interna, <sup>2</sup>Unidad de Epidemiología. Hospital General de L'Hospitalet. L'Hospitalet de Llobregat, Barcelona. <sup>3</sup>UFISS de Geriatria. Hospital Sociosanitari de L'Hospitalet. L'Hospitalet de Llobregat, Barcelona.

**Objetivos.** Estudiar el papel de la patología infecciosa en los fallecimientos acontecidos durante el año 2005 en el servicio de Medicina Interna de nuestro hospital. Describir las características clínicas y epidemiológicas de los pacientes fallecidos. Establecer si existen diferencias en cuanto a edad, distribución estacional y días de ingreso entre el grupo de pacientes fallecidos por causa infecciosa y no infecciosa. **Material y métodos.** Se recogieron todos los pacientes fallecidos en el Servicio de Medicina Interna durante el año 2005, identificando aquellos que en el diagnóstico principal o secundario constara un proceso infeccioso. Se agruparon según patologías. Se estableció la distribución por sexo, edad y período estacional, cuantificándose el período transcurrido desde el ingreso hasta que se produjo el fallecimiento.

**Resultados.** Durante el año 2005 se produjeron en el Servicio de Medicina Interna 192 éxitos. El 55,2% fueron mujeres, la edad media fue de 82,81 ( $\pm$  9,3 años), la mediana de días de ingreso fue de 5 (0-56 días), y el 63% falleció en otoño-invierno. La patología infecciosa estuvo implicada en 90 casos (46,9%). En 77 pacientes de los estudiados (40,1%) la infección fue la causa desencadenante del éxito y en el resto (13) la infección se presentó como una complicación de un proceso no infeccioso. En 17 pacientes existía más de un proceso infeccioso concomitante. Las patologías infecciosas más prevalentes como causa principal del éxito fueron: neumonías 37 (48%), infecciones respiratorias 19 (24,7%) de las cuales 10 eran EPOC, infecciones invasivas del tracto urinario 8 (10,4%) y úlceras de decúbito infectadas 4 (5,2%). En 17 de estos pacientes se asociaron otras infecciones. Cuando la infección fue un diagnóstico secundario (13 casos) se asoció a patología cardiovascular en 9 casos. Las infecciones asociadas fueron predominantemente de origen respiratorio (7). No hemos observado diferencias significativas entre el grupo de fallecidos por causa infecciosa y no infecciosa en cuanto a sexo, edad, distribución estacional y días de ingreso previos al fallecimiento.

**Discusión.** Destacamos la importancia de la patología infecciosa como causa de muerte en los pacientes que fallecen en un Servicio de Medicina Interna. La edad avanzada de los pacientes puede estar sesgada por el hecho de que los pacientes más jóvenes que fallecen por causa infecciosa lo hacen en las Unidades de Cuidados Intensivos. Las principales limitaciones fueron el carácter retrospectivo del estudio y la dificultad que comporta el hecho de trabajar con diagnósticos codificados para establecer, en algunos casos, la causa de muerte.

**Conclusiones.** 1) La patología infecciosa estuvo implicada en el 46,9% de los éxitos del Servicio de Medicina Interna de nuestro hospital, siendo las infecciones más prevalentes las respiratorias, seguidas de las urinarias. 2) Algo más de la mitad fueron mujeres con una edad media muy avanzada. 3) La mayoría de los éxitos se produjeron durante el período otoño-invierno y no se observaron diferencias significativas entre los fallecidos por causa infecciosa y no infecciosa. 4) El 50% de los pacientes fallecieron durante los primeros 5 días de ingreso, sin encontrar diferencias significativas entre ambos grupos. 5) Predominio de patología cardíaca (54%) en los casos en los que las infecciones aparecían como diagnóstico secundario.

## A-31

**CASUÍSTICA DE MICROORGANISMOS MULTIRRESISTENTES EN UN HOSPITAL DE LARGA ESTANCIA**

**M. Rodríguez Muñoz<sup>1</sup>, J. Pérez Manzano<sup>1</sup>, M. Rausell Félix<sup>2</sup> y G. González González<sup>1</sup>**

<sup>1</sup>Medicina Interna, <sup>2</sup>Laboratorio. Hospital Febles Campos. Santa Cruz de Tenerife.

**Objetivos.** Valorar la incidencia, a través del cálculo de los ratios de infección, de microorganismos multirresistentes a lo largo de 20

meses de seguimiento en un hospital de media-larga estancia de Tenerife.

**Material y métodos.** Desde octubre-2004 hasta mayo-2006 se han recogido sistemáticamente los resultados positivos, y sus correspondientes antibiogramas, de todos los cultivos microbiológicos practicados a los pacientes ingresados en el Hospital Febles Campos de Tenerife (centro de media-larga estancia, eminentemente geriátrico, que cuenta con 203 camas de altos requerimientos sanitarios). Mensualmente se registra el total de casos y se calculan los ratios de infección (RI) para los gérmenes multirresistentes mediante la fórmula recomendada por la SHEA Long-Term Care Committee para la vigilancia de la infección nosocomial en hospitales de larga estancia:  $RI = (n^{\circ} \text{ de nuevas infecciones nosocomiales} / n^{\circ} \text{ de pacientes-día mensual}) \times 1000$ . Los microorganismos considerados como multirresistentes han sido: 1) Enterobacterias (*Escherichia coli* y *Klebsiella pneumoniae*) con Betalactamasas de Espectro Extendido (BLEE). 2) *Stafilococo aureus* resistente a meticilina (MRSA). 3) *Pseudomonas aeruginosa* sensible a un máximo de dos antibióticos. 4) *Acinetobacter baumannii* sensible sólo a Carbapenems.

**Resultados.** Durante el período estudiado se cursaron 2280 muestras para cultivo microbiológico. De ellas, el 41,5% correspondían a exudados, el 37,5% a urocultivos, el 16,4% a hemocultivos, el 2,7% a coprocultivos y un 1,9% fueron cultivos de esputo. Del total de cultivos se aislaron 133 microorganismos multirresistentes, distribuidos de la siguiente forma: 52 enterobacterias con BLEE (39,1%), 58 MRSA (43,6%), 13 *Pseudomonas aeruginosa* (9,8%) y 10 *Acinetobacter baumannii* (7,5%). La media de los ratios de infección mensuales para microorganismos multirresistentes fue 1,15 infecciones por 1.000 pacientes-día (con un mínimo de 0,17 y un máximo de 1,88). Por germen, los RI se distribuyeron de la siguiente forma: BLEE 0,45; MRSA 0,49; *P. aeruginosa* 0,12; *A. baumannii* 0,09 infecciones por 1.000 pacientes-día.

**Discusión.** A pesar de que se recomienda la utilización de tasas de incidencia para cuantificar y comparar los datos sobre infecciones en hospitales de larga estancia, son escasísimos los estudios publicados que ofrecen resultados en este sentido. El ratio de infección para microorganismos multirresistentes en nuestro hospital se encuentra en el límite, según la SHEA Long-Term Care Comité, para considerar un RI como elevado ( $> 1$  infección por 1000 pacientes día). Sin embargo, si consideramos por separado a cada germen vemos cómo la media de RI se mantiene en niveles más que aceptables para cada uno de ellos. Además, la tasa de MRSA en nuestro caso puede estar sobreestimada en tanto que en su cálculo se han incluido algunos pacientes portadores o colonizados (muchos de ellos derivados desde hospitales de agudos) además de los infectados. La recogida sistemática de datos sobre infecciones en este hospital se inició con la creación hace dos años de la Comisión de Control de Infecciones y Política de Antibióticos, con la consiguiente aplicación de un extenso programa de investigación, control y prevención de las infecciones nosocomiales, haciendo especial énfasis en los microorganismos multirresistentes (protocolos de actuación en infección por MRSA, normas para el correcto lavado de manos, restricción para la prescripción de ciertos antibióticos, descolonización de portadores, vigilancia de brotes, charlas al personal no facultativo, etc).

**Conclusiones.** Las tasas de infección por gérmenes multirresistentes en el Hospital Febles Campos de Tenerife pueden considerarse como: aceptable, en el caso del global y bajos, si nos referimos a cada uno de los microorganismos estudiados por separado. El programa de investigación, prevención y control de infecciones nosocomiales establecido en este Centro probablemente esté ayudando en gran medida en la obtención de estos resultados.

## A-32

**CARACTERÍSTICAS CLÍNICO-EPIDEMIOLÓGICAS DE LOS PACIENTES CON COINFECCIÓN VIH-VHC**

**M. Garcinuño Jiménez<sup>1</sup>, M. López Fernández<sup>1</sup>, G. Hernández Pérez<sup>1</sup>, J. Hernández Hernández<sup>2</sup>, J. Barragán Casas<sup>1</sup>, O. Abdallaoui<sup>1</sup> y D. Sánchez Fuentes<sup>1</sup>**

<sup>1</sup>Medicina Interna, <sup>2</sup>Digestivo. Nuestra Señora de Sonsoles. Ávila.

**Objetivos.** Describir y analizar las características clínico-epidemiológicas y aspectos terapéuticos de los pacientes con coinfección VIH-VHC en seguimiento en la consulta de Medicina Interna- VIH del área de salud de Ávila.

**Material y métodos.** Se analizaron los datos de las historias clínicas de los pacientes con infección VIH en seguimiento regular en nuestra consulta M. Interna-VIH. Se recogieron datos sociodemográficos, prácticas de riesgo, hábitos tóxicos, consumo de metadona, recuento de CD4, carga viral del VIH, serología de virus de la hepatitis B (VHB) y C (VHC), genotipo y viremia del VHC, así como la tratamiento de la hepatitis C.

**Resultados.** En la actualidad hay un total de 112 pacientes en seguimiento, 83 hombres (74%) y 29 mujeres (26%), con una edad promedio de 41 años, rango (22-70), la mayoría de nacionalidad española (93%). 51,8% eran o habían sido usuarios de drogas intravenosas (UDIs), el 28,5% contrajeron la enfermedad por relaciones heterosexuales y el 12,5% homosexuales, se desconocía el mecanismo de transmisión en el 7%. Un porcentaje muy elevado de pacientes (92%) seguía tratamiento retroviral para el VIH. La prevalencia de anticuerpos anti-VHC fue del 58% (65 pacientes), en 12 de ellos (18,4%) la determinación de viremia de VHC por PCR fue negativa, por tanto el 47,3% (53) de nuestros pacientes VIH presentan una infección crónica activa por el VHC, de los que 12 pacientes han recibido o están recibiendo tratamiento para la hepatitis C. Predomina el genotipo 1 con un 35,8%, seguido del genotipo 3 con un 18,8%. En cuanto a la edad y distribución por sexos fue similar a la del total de pacientes VIH. La mayoría de los VHC positivos, 84,4%, habían sido UDIs, de los cuales el 33,9% seguían pauta de deshabituación con metadona. Presentan ingesta elevada de alcohol el 58,4% de los VHC (+), frente al 11% detectado en los VHC (-). El promedio de linfocitos CD4 en los VHC (+) fue de 429 y de 552 en los VHC (-). Presentaban carga viral del VIH indetectable el 80% de los VHC (+) y el 66% de los VHC (-). En el grupo de los VHC (+), 38 pacientes (58,4%) presentan marcadores serológicos de infección VHB pasada y el 7,7% son portadores del HBsAg, frente al grupo de los VHC (-), que presentan datos de infección VHB pasada el 29,5% y el 4,5% son portadores.

**Discusión.** Es clara la relevancia de la infección por VHC en el contexto de infección por VIH. En España, (al igual que ocurre en nuestra serie), la prevalencia de coinfección es muy elevada ya que ambos virus comparten vías de transmisión. En nuestro estudio como en el resto de series españolas la mayoría de los pacientes coinfectados son varones que son o han sido UDIs. Aunque predomina el genotipo 1, su incidencia es menor que en la población general aumentando en contrapartida el porcentaje de genotipo 3, que responde mejor al tratamiento. El porcentaje de pacientes que eliminó espontáneamente el VHC (18,4%) fue discretamente mayor al comunicado en otras series, que obtienen un 5-10% de curación espontánea. La prevalencia de marcadores serológicos de hepatitis B en el total de pacientes VIH es elevada principalmente en el grupo de los coinfectados por VHC. Más de la mitad de los pacientes VHC(+), presentan consumo elevado de alcohol, circunstancia que acelera aún más la progresión de la hepatopatía. Aún, el porcentaje de pacientes que recibe o ha recibido tratamiento para la hepatitis C, es inferior a las series de mono infectados por VHC. Es destacable el adecuado control virológico e inmunológico actual de la mayoría de los pacientes. **Conclusiones.** El elevado número de coinfectados y la progresión más rápida de la enfermedad hepática en estos pacientes, hace que sea prioritario dedicar recursos en prevención y tratamiento para la infección VHC, realizando un estudio sistemático y plantear tratamiento siempre que no existan contraindicaciones. Se hace necesaria una intervención activa para tratar conductas adictivas, como el elevado consumo de alcohol registrado en la población coinfectada, además de otros factores que puedan empeorar la hepatopatía, así como el cribado de VHB.

### A-33 NEUROCISTICERCOSIS: UNA INFECCIÓN DEL SNC EMERGENTE EN ESPAÑA

**D. Sánchez Cano<sup>1</sup>, M. Manzano<sup>2</sup>, M. Sánchez<sup>2</sup>, I. Aomar<sup>1</sup>, L. Montiel<sup>3</sup> y B. Espejo<sup>3</sup>**

<sup>1</sup>Medicina Interna. HU San Cecilio. Granada. <sup>2</sup>Medicina Interna, <sup>3</sup>Neurología. HU Virgen de las Nieves. Granada.

**Objetivos.** La infestación por la larva de *Taenia solium* es endémica en buena parte de países subdesarrollados, siendo la neurocisticercosis (NCC) la causa más frecuente de epilepsia de inicio en adultos

**Material y métodos.** Presentamos 3 casos de NCC (período de 1 año) en pacientes procedentes de Bolivia en la provincia de Granada **Resultados.** Caso 1: varón de 34 años sin antecedentes de interés, que presentó 2 crisis comiciales tónico-clónicas generalizadas, con una TAC sugerente de lesión inflamatoria calcificada con edema perilesional en circunvolución frontal superior derecha compatible con NCC. La RNM no mostró otras lesiones. En la Rx de muslos se hallaron calcificaciones alargadas en el izquierdo, sugerentes de cisticercosis muscular. Resto de estudio negativo. Con la sospecha de NCC, se inició tratamiento con fenitoína y dexametasona, quedando asintomático. Caso 2: mujer de 19 años sin antecedentes de interés con crisis parcial tónica secundariamente generalizada. La TAC y la RNM mostró múltiples lesiones corticales, subcorticales y en ganglios basales sugerentes de NCC en diferentes estadios evolutivos (lesiones hipodensas con captación de contraste en anillo, algunas con pequeño nódulo hiperdenso en periferia así como otras calcificadas). Resto de estudio negativo. Se inició tratamiento con carbamacepina y dexametasona, con excelente respuesta clínica. Caso 3: varón de 31 años sin antecedentes de interés ingresado por cuadro de malestar general, fiebre y cefalea, con posterior agitación y confusión. La TAC mostraba múltiples lesiones hipodensas con intensa captación en anillo, algunas multilobuladas, y otras lesiones calcificadas, compatible con NCC con afectación parenquimatosa y diseminación cisternal. La RNM presentaba idénticos hallazgos. Resto de estudio negativo. Con la sospecha de NCC en forma de meningoencefalitis, se inicia tratamiento con dexametasona y posterior introducción de albendazol. El paciente presentó una rápida mejoría; sin embargo, a los 7 días desarrolló bajo nivel de consciencia, debido a hidrocefalia hipertensiva que se corrigió con derivación ventrículo-peritoneal. La evolución posterior fue lentamente favorable, con persistencia de un deterioro cognitivo leve.

**Discusión.** El ser humano puede adquirir la larva de *Taenia solium* mediante ingesta de alimentos con pobres condiciones higiénicas en zonas endémicas (América Central y del Sur, África Subsahariana y Asia). La localización de los quistes dentro del SNC puede ser tanto parenquimatosa como extraparenquimatosa (intraventricular, subaracnoidea y espinal), siendo en la mayoría de los casos asintomática. Cuando no, el 50-80% de las veces son crisis comiciales; otras manifestaciones son hidrocefalia obstructiva, meningoencefalitis, signos neurológicos focales y deterioro cognitivo. Se han propuesto diversos criterios clínicos atendiendo a los datos de neuroimagen, clínicos, inmunológicos y epidemiológicos, si bien aún precisan ser validados. No obstante, lesiones sugerentes de NCC en TAC o RNM en un contexto clínico-epidemiológico adecuado son diagnosticadas frecuentemente como NCC. El tratamiento se basa en el empleo de anticonvulsivantes, corticoides, antihelmínticos (albendazol) y cirugía cuando fuese preciso. La falta de evidencia científica sobre el beneficio del tratamiento antihelmíntico (sobre todo teniendo en cuenta el posible efecto negativo de la inflamación secundaria a la destrucción de los quistes, y los resultados a largo plazo) hace que se recomiende su individualización.

**Conclusiones.** El fuerte incremento de la población inmigrante en España procedente de países subdesarrollados hace que tengamos que plantearnos nuevos diagnósticos diferenciales a la hora de abordar sus problemas de salud, en nuestro caso, cuando presenten sintomatología neurológica.

### A-34 CARACTERÍSTICAS DE LA PERITONITIS TUBERCULOSA EN GALICIA

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

Medicina Interna. Clínico Universitario. Santiago de Compostela, Coruña.

**Objetivos.** Determinar las características epidemiológicas, clínicas y diagnósticas de la peritonitis tuberculosa (PT) en nuestro medio.

**Material y métodos.** Estudio retrospectivo de 7 casos de PT diagnosticados entre junio 2002 y abril 2006 en una Unidad Médica de Alta Precoc.

**Resultados.** La edad media fue 34,4 años (rango: 20-56) y el 57% eran mujeres. En el 42% existía exposición reciente al M. tuberculosis, el 28% eran alcohólicos, ninguno era emigrante y todos VIH

negativos. Los síntomas más frecuentes fueron fiebre, dolor abdominal y ascitis (100%), distensión abdominal (71%), síndrome general y diarrea (42%). El Mantoux fue positivo en el 42%. El estudio del líquido ascítico demostró un exudado de predominio linfocitario sin células atípicas, con ADA elevado, valor medio 95,8 U/L (rango: 50-150), LDH elevada, valor medio 717,4 UI/L (rango: 269-1398), y BAAR negativo en el 100% de los casos. La PCR para *M. tuberculosis* fue positiva en el 20% y el cultivo de Lowenstein en el 42% de los casos. El TAC abdominal se realizó en 5 casos y todos presentaban hallazgos compatibles con PT. Se alcanzó el diagnóstico en 4,8 días (rango: 3-8) y todos respondieron al tratamiento tuberculostático (INH, RIF, PZD).

**Discusión.** La PT suele presentarse en los países industrializados en mayores de 40 años y en los países subdesarrollados o con inmigrantes entre los 20-30 años. El 57% de nuestros pacientes eran menores de 26 años, lo que debe relacionarse con la elevada incidencia de la tuberculosis en nuestro medio; así el 42% presentaba una exposición reciente al *M. tuberculosis*. Los síntomas son generalmente inespecíficos y suele dominar el cuadro clínico el dolor abdominal, la ascitis y la fiebre, presentes en todos nuestros casos. El mantoux, el BAAR, la PCR y el cultivo de Lowenstein tienen una baja rentabilidad en el diagnóstico de la PT, como ocurrió en nuestra serie, mientras que la determinación del ADA en el líquido ascítico presenta una sensibilidad del 94%-100% y una especificidad del 92%-100%, para valores superiores a 30 U/L. Todos nuestros pacientes presentaron valores de ADA por encima del punto de corte. La presencia en el TAC abdominal de ascitis, libre o loculada, con un valor de alta atenuación (20-45 HU), adenopatías intraabdominales y engrosamiento del peritoneo parietal con afectación del omento y mesenterio son altamente sugestivas de esta enfermedad.

**Conclusiones.** En áreas endémicas, la tuberculosis peritoneal debe considerarse en el diagnóstico diferencial de los cuadros de ascitis y fiebre, donde los datos radiológicos, el estudio del líquido ascítico y la respuesta al tratamiento tuberculostático permiten alcanzar el diagnóstico de un forma rápida y segura.

**A-36**

**SÍFILIS «INFECCIOSA» EN LA CONSULTA DE VIH**

**M. Rubio Roldán<sup>1</sup>, M. Miguélez Morales<sup>1</sup>, M. Hayek Peraza<sup>1</sup>, M. Vélez Tobarías<sup>1</sup>, M. González Febles<sup>1</sup>, R. Sánchez Flórez<sup>2</sup>, I. Gutiérrez<sup>2</sup> y O. Díez Gil<sup>1</sup>**

<sup>1</sup>Medicina Interna, <sup>2</sup>Microbiología. Hospital Universitario Nuestra Señora de Candelaria. S/C de Tenerife.

**Objetivos.** Diversas publicaciones han puesto de manifiesto el resurgir de la sífilis, tanto en España como en otros países europeos y en Norteamérica. El incremento de la sífilis afecta sobre todo a varones homosexuales, que en un número significativo de casos o son portadores del virus de la inmunodeficiencia humana (VIH), o éste se detecta al diagnosticar la lúes. Desde la perspectiva de una consulta hospitalaria monográfica de atención al VIH, también estamos observando esta circunstancia. Hemos realizado un estudio retrospectivo desde marzo de 2004 hasta diciembre de 2005 y prospectivo desde entonces hasta mayo de 2006, de los casos de sífilis infecciosa diagnosticada en los pacientes en seguimiento por la unidad VIH de nuestro centro.

**Material y métodos.** En todos los pacientes se efectuaron pruebas serológicas para sífilis (Ig G ELISA como test treponémico y RPR como prueba no treponémica). Los datos fueron extraídos de la historia clínica del paciente y según protocolo en la fase prospectiva.

**Resultados.** Diagnosticamos 27 casos de sífilis infecciosa de un total de 846 pacientes, (6 en 2004, 16 en 2005 y 5 hasta mayo de 2006), todos varones, de los que 21 (77%) mantenían prácticas homosexuales. La mediana de edad fue de 39 años (20-57). La nacionalidad de los pacientes fue española en 21 (77%) casos, de diversos países de América del Sur en 5 (18%) casos y de la UE en 1 (3%) caso. Según el lugar de residencia, 11 (40%) pacientes residían en municipios del sur de la isla de Tenerife y el resto en la zona metropolitana. Desde el punto de vista de la infección VIH; en 8 (29%) pacientes el diagnóstico se efectuó simultáneamente al de la sífilis. Estos pacientes presentaban una carga viral plasmática (CVP) para el VIH promedia de 273.250 cps/ml y unos linfocitos CD4 promedio de 254/ul. En los 19 pacientes restantes la infección VIH era conocida y 14 (51%) pacientes estaban tomando antirretrovira-

les (5 incluían inhibidores de la retrotranscriptasa no análogos de nucleósidos, 9 inhibidores de la proteasa y un caso inhibidores de la transcriptasa análogo de nucleósido). De los pacientes en tratamiento antirretroviral 2 casos presentaban CVP detectable en el momento del diagnóstico de la sífilis, el resto estaba indetectable (CVP < 200 o < 40 cps/ml). Cinco (18%) pacientes eran naive para el tratamiento antirretroviral, presentando todos una CVP detectable cuyo valor medio fue de 70.480 cps/ml y unos linfocitos CD4 promedio de 354/ul. Diecinueve (70%) casos presentaban una sífilis secundaria con el característico rash con afectación palmoplantar. En dos casos hubo afectación meníngea. En un caso se documentaron condilomas planos genitales. Dos pacientes presentaron adenopatías dolorosas. Tres pacientes fueron considerados como reinfectados. El resto de los pacientes se consideraron como lues latente. Desde un punto de vista serológico todos los pacientes presentaron Ig G ELISA y RPR positivos. Desde el punto de vista terapéutico, el tratamiento indicado constaba en 20 pacientes; de éstos la mayoría recibió penicilina G benzatina 2,4 MU por semana, durante tres semanas. Hubo constancia de reacción de Jarisch-Herxheimer en dos casos.

**Conclusiones.** La aparición de la epidemia del VIH ha supuesto en general una modificación de la conducta sexual de los homosexuales, cuyo resultado ha sido, durante la década de los años ochenta en Europa y EE.UU., una disminución continúa de la incidencia de la sífilis en los homo y bisexuales masculinos. Sin embargo, la consideración de las tendencias actuales parecen reflejar un nuevo aumento de los casos de sífilis, especialmente asociados a una transmisión homosexual en colectivos de grandes centros urbanos, así como la disminución en la percepción del riesgo en dichas prácticas.

Tabla 1. Manifestaciones clínicas de la sífilis "infecciosa" en pacientes de la consulta VIH.

Sífilis 2ª	Sífilis 3ª	Reinfectados	Sífilis latente
22 pacientes	2 pacientes	2 pacientes	1 paciente

**A-37**

**CEFTAZIDIMA EN INFUSIÓN CONTINUA EN EL TRATAMIENTO DE INFECCIONES POR PSEUDOMONA AERUGINOSA RESISTENTE A QUINOLONAS EN UNA UNIDAD DE HOSPITALIZACIÓN A DOMICILIO**

**J. Murcia Zaragoza<sup>1</sup>, F. Laghzaoui<sup>1</sup>, P. Llorens Soriano<sup>1</sup>, S. Diéguez Zaragoza<sup>1</sup>, E. Climent<sup>2</sup>, R. Gómez González<sup>3</sup> y J. Portilla Sogorb<sup>4</sup>**

<sup>1</sup>Unidad de Corta Estancia, <sup>2</sup>Servicio Farmacia, <sup>3</sup>Unidad Hospitalización a Domicilio, <sup>4</sup>Unidad de Enfermedades Infecciosas. Hospital General Alicante. Alicante.

**Objetivos.** Analizar la eficacia y el coste económico de la administración de ceftazidima en infusión intravenosa continua (CIC) en pacientes con infección por *P. aeruginosa* resistente a quinolonas en una Unidad de Hospitalización a Domicilio (UHD).

**Material y métodos.** Estudio retrospectivo y descriptivo sobre todos los pacientes atendidos en una UHD por infección por *P. aeruginosa* resistente a quinolonas y tratados con CIC. Se seleccionaron aquellos pacientes ingresados en el Hospital que presentaban infección activa por *P. aeruginosa* resistente a quinolonas. A estos pacientes se les ofreció la posibilidad de recibir tratamiento con CIC en su domicilio como alternativa a la hospitalización convencional. En todos los casos se solicitó un consentimiento informado. Si el paciente ya llevaba tratamiento con ceftazidima en el hospital se procedía a la colocación de una bomba elástica de flujo continuo 3 o 4 g de ceftazidima en función del peso (4 g > 70 kg). Si el paciente no estaba recibiendo tratamiento con ceftazidima se administraba un primer bolo intravenoso de 2 g, seguido de la infusión. Se analizaron las siguientes variables: sociodemográficas, enfermedades de base, servicio de procedencia, número de ingresos hospitalarios en el último año, localización de la infección y duración del tratamiento antibiótico y curación clínica y microbiológica. Para el estudio económico se partió de los costes sanitarios obtenidos del servicio de información económica del hospital y de la base de datos de gestión de medicamentos y productos sanitarios del Servicio de Farmacia.

Los costes para ceftazidima 2 g/8 horas, CIC (3 g) y CIC (4 g) fueron respectivamente. 54,40 €/día; 57,98 €/día y 64,31 €/día. El coste medio diario de la estancia es de 303,50 € y de 44,92 € para hospital y UHD respectivamente. Se calculó la diferencia de costes (total y por paciente) y el porcentaje relativo a UHD (diferencia total/coste UHD por 100).

Resultados. Se trataron 20 pacientes. La mediana de edad fue de 75 años. Todos los pacientes tenían enfermedades de base y presentaban ingresos hospitalarios en el último año. Las localizaciones de la infección fueron: EPOC reagudizada (30%), herida quirúrgica (20%), infección ósea o partes blandas (20%) y neumonía (15%). El 40% de las infecciones fueron de origen nosocomial. La duración media de CIC en domicilio fue de 14 días (P25-75: 9-17). Se alcanzó curación clínica y microbiológica en el 85%. Tres pacientes reingresaron en los primeros 15 días aunque sólo uno fue por mala evolución del proceso infeccioso. El ahorro en el coste generado fue superior al 200%.

Discusión. Las infecciones nosocomiales constituyen un problema de magnitud creciente que generan un aumento de la estancia hospitalaria y por consiguiente del coste sanitario. Con frecuencia este tipo de infecciones son producidas por *P. aeruginosa* resistente a diversos antibióticos, lo que dificulta el alta hospitalaria incluso bajo el control de la UHD. En nuestro estudio hemos obtenido resultados satisfactorios con finalización del tratamiento y consecución de los objetivos terapéuticos en más del 85% de los casos, consiguiendo un ahorro de gastos superior al 200%, además de las ventajas de la hospitalización a domicilio en la mejora de la calidad de vida de los pacientes. Gran parte del éxito recae en una buena selección de los pacientes candidatos, teniendo en cuenta factores relacionados con el propio paciente, como la estabilidad clínica, infecciones leves o moderadas y la aceptación voluntaria.

Conclusiones. La administración de CIC puede ser utilizada en pacientes con infección por *P. aeruginosa*, de forma segura y eficaz desde las UHD consiguiéndose un ahorro significativo en los costes generados por la estancia hospitalaria.

### A-38 COMPLICACIONES INFECCIOSAS EN ENFERMOS CON PANCREATITIS AGUDA

**G. García de Casola<sup>1</sup>, A. González Gasch<sup>1</sup>, B. Herreros<sup>1</sup>, G. Palacios<sup>1</sup>, I. González Anglada<sup>1</sup>, R. Barba Martín<sup>1</sup> y A. Zapatero Gaviria<sup>2</sup>**

<sup>1</sup>Unidad de Medicina Interna. Fundación Hospital Alcorcón. Alcorcón, Madrid. <sup>2</sup>Unidad de Medicina Interna. Hospital Fuenlabrada. Fuenlabrada, Madrid.

Objetivos. Valorar los procesos infecciosos documentados de los enfermos ingresados con pancreatitis aguda y conocer que gérmenes están implicados.

Material y métodos. Desde enero de 2004 hasta marzo de 2006, de forma prospectiva, incluimos a todos los enfermos ingresados en la Fundación Hospital de Alcorcón con el diagnóstico principal de pancreatitis aguda en una base de datos en la que se incluían datos demográficos, etiología de la pancreatitis, comorbilidad antes del ingreso, datos analíticos, hallazgos de la TAC y las complicaciones médicas e infecciosas desarrolladas durante la estancia hospitalaria.

Resultados. Valoramos un total de 309 episodios de pancreatitis aguda ingresados mayoritariamente en los servicios de Medicina Interna (n = 166; 54%) y Aparato Digestivo (n = 140; 45%). La media de edad fue 63,7 ± 19 años, 50% (n = 154) eran hombres. La estancia media fue 11,9 ± 35 días. Etiología de la pancreatitis: 188 (61%) biliares, 44 (14%) alcohólicas, 18 (6%) otras causas y 59 (19%) idiopáticas. Un total de 11 enfermos (3,6%) fallecieron. Detectamos 40 procesos infecciosos con documentación microbiológica en 33 enfermos, todos ellos con pancreatitis graves según los criterios de Atlanta: 18 infecciones pancreáticas (necrosis o colecciones pancreáticas), 13 infecciones de las vías biliares (colecistitis, colangitis), 8 infecciones urinarias, 7 infecciones de vías venosas centrales y 7 en otras localizaciones. Cuatro de estos 33 pacientes fallecieron (12,1%). En los 18 procesos infecciosos pancreáticos los gérmenes más frecuentemente aislados han sido: *Escherichia coli* 8; *Staphylococcus* spp 7 (*S. epidermidis* 3, *S. aureus* 4 [2 meticilin resistentes]); *Enterococcus* spp 5 (*E. faecium* 2, *E. faecalis* 1, otros 2); *Pseudomonas* spp 4; *Cándida* spp 4 (*C. albicans* 2, *C. glabra*

ta 1, *C. parapsilosis* 1); *Klebsiella pneumoniae* 4; otras bacterias 11. Trece de las 18 infecciones pancreáticas eran polimicrobianas. Conclusiones. Las complicaciones infecciosas son relativamente frecuentes en los enfermos con pancreatitis aguda, especialmente si son graves. En las infecciones específicamente pancreáticas (necrosis, colecciones pancreáticas) destaca la frecuencia de infecciones polimicrobianas y las debidas a bacterias gram positivas (*Staphylococcus* spp y *Enterococcus* spp), muy probablemente favorecidas por la profilaxis primaria con antibióticos de amplio espectro.

### A-39 ESTRATEGIAS ACTUALES EN EL TRATAMIENTO ANTIRRETROVIRAL

**M. Montero Rivero<sup>1</sup>, V. Álvarez Álamo<sup>1</sup>, R. Díez Bandera<sup>1</sup>, M. Sánchez Barba<sup>2</sup>, L. Madrigal Cortés<sup>1</sup>, R. Gómez Cabrera<sup>3</sup>, F. Domínguez Moronta<sup>1</sup> y M. Cordero Sánchez<sup>1</sup>**

<sup>1</sup>M. Interna III. Clínica Universitario. Salamanca. <sup>2</sup>Dpto de Estadística. Universidad. Salamanca. <sup>3</sup>M. de Familia. U.D.M.F.Y.C. Salamanca.

Objetivos. Comprobar la potencia terapéutica o en su defecto el fracaso de las combinaciones: "didanosina+tenofovir+efavirenz; didanosina+tenofovir+nevirapina" en los pacientes tratados en la Unidad de Enfermedades Infecciosas de nuestro hospital.

Material y métodos. De la población de enfermos infectados por VIH en seguimiento por la Unidad de Enfermedades Infecciosas, se recogió una muestra de 36 pacientes que recibían tratamiento con una de las 2 combinaciones objeto del estudio. A todos los enfermos se les distribuyó en los siguientes apartados: edad, sexo, años de evolución desde el diagnóstico, categorías clínica e inmunológica, nadir, pico de carga viral, práctica de riesgo, línea de tratamiento, combinaciones previas, combinación actual, fracasos, adherencia, indicación actual, fracaso virológico, fracaso inmune, tiempo con cada combinación. los datos así obtenidos se trataron estadísticamente mediante el empleo del programa SPSS. El diseño fue descriptivo, transversal y observacional.

Resultados. 1) Fracaso virológico: El 52,8% de los pacientes no presentó fracaso virológico mientras que el 44% sí lo presentó. De los pacientes que presentan fracaso virológico 36,1% lo hacen por respuesta insuficiente, y un 2,8% por rebrote temprano. De los pacientes que han sufrido fracaso virológico, el 41,7% toman la combinación didanosina + tenofovir + efavirenz, y un 54,5% toman la combinación ddi + tenofovir + nevirapina. 2) Fracaso inmunológico. el 44,4% de los pacientes estudiados han sufrido un fracaso inmunológico. De ellos el 37,5% lo han tenido con la combinación basada en nevirapina y un 63,6% con la combinación basada en efavirenz. 3) Categoría clínica: En los pacientes clasificados dentro de la categoría A tuvieron un fracaso terapéutico el 65%. En la categoría B el 30% sufrieron fracaso terapéutico. En la categoría C el 65% sufrieron fracaso terapéutico. 4) Años de evolución. En los pacientes con menos de 5 años de evolución de la enfermedad desde su diagnóstico, un 35% sufrieron fracaso terapéutico. Entre 5 y 10 años de evolución, el fracaso terapéutico fue de un 60%. Entre 10 y 15 años de evolución, el fracaso terapéutico fue de un 75%. 5) Pico de carga viral: En los pacientes con menos de 50.000 UI/ml se produce un fracaso terapéutico del 55%. En los pacientes con carga viral entre 50.000 y 10.0000 UI/ml, el fracaso terapéutico es de 100%. Para los pacientes con carga viral mayor de 100.000 UI/ml el fracaso terapéutico es del 100%.

Discusión. El fracaso terapéutico puede definirse bajo 3 puntos de vista: clínico, inmunológico y virológico. A los que hay que añadir un aspecto fundamental y es que el factor más importante de dicho fracaso depende del virus, y es la resistencia farmacológica. Analizando el fracaso terapéutico por combinación de fármacos, observamos que es mayor en los pacientes tratados con la combinación basada en nevirapina. En estudios que analizan diversas combinaciones de fármacos diferenciándose en la presencia de efavirenz, nevirapina e incluso abacavir, concluyen que la frecuencia de fracasos es similar, y la principal causa reside en la acumulación de mutaciones de resistencia a los fármacos, 2º a fracasos virológicos previos.

Conclusiones. 1) Las combinaciones farmacológicas en dosis única diaria tienen un alto índice de fracaso terapéutico. 2) Las combinaciones basadas en nevirapina, producen un fracaso mayor que las basadas en efavirenz. 3) Ambas combinaciones muestran un mayor



fracaso terapéutico a medida que el grado de enfermedad es mayor. 4) El fracaso terapéutico es mayor cuantos más años de evolución hayan transcurrido desde el diagnóstico. 5) El fracaso terapéutico es mayor cuanto mayor es la carga viral de los pacientes. 6) En el momento actual es prometedor el uso de combinaciones en dosis única diaria, pero es precisa la realización de grandes estudios de resistencias para corroborar su efectividad.

#### A-40 EVOLUCIÓN ATÍPICA, GRAVE DEL TIFUS MURINO. A PROPÓSITO DE 3 CASOS

M. Dávila Ramos<sup>1</sup>, M. Rubio Roldán<sup>1</sup>, J. Escobedo Palau<sup>1</sup>,  
G. Pérez Fajardo<sup>2</sup>, M. Miguélez Morales<sup>1</sup>, M. Hayek  
Peraza<sup>1</sup>, M. Vélez Tobarias<sup>1</sup> y M. Bethencourt Feria<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Medicina Interna, <sup>2</sup>Medicina Familiar y Comunitaria. Hospital  
Universitario Nuestra Señora de Candelaria. S/C de Tenerife.

**Objetivos.** El tifus murino o tifus endémico es una enfermedad infecciosa causada por *Rickettsia typhi*, cuya prevalencia es notoria en el archipiélago canario (1). El curso clínico en la mayoría de los casos es benigno con desaparición de la fiebre y restantes síntomas en los 10-14 días, sin embargo hay un pequeño porcentaje de casos graves, que no debemos desestimar, con complicaciones organoespecíficas que pueden ser graves. Describimos 3 casos de evolución tórpida de tifus murino atendidos en nuestro hospital. (1) Medicina Clínica, vol 121, n° 16, 2003.

**Material y métodos.** Caso clínico 1: varón. 59 años. AP: fumador y bebedor imp. EA: 15 días antes de ingresar presenta erupción cutánea en hombros y 7 días más tarde, fiebre, MEG, anorexia y lesiones cutáneas de inicio en pies con progresión hasta MMSS; acude a Urgencias y objetivan TA: 100/80 mmHg, FC: 76 lpm, FR: 26 rpm, deshidratación, hipofonía global y erupción petequeal diseminada; Hb 12.2 g/dL, leuc. 19.400/L (93,5%N), plaq. 62.000/L. Glc 174 mg/dL, urea 71 mg/dL, creat. 2.08 mg/dL, BT 1.98 mg/dL, GOT/GPT 273/78 UI/L. Ingresó en la UMI por shock séptico y fallo multiorgánico. Para su estabilización precisó tto. antibiótico de amplio espectro, aminas e intubación orotraqueal por fallo respiratorio. Tras serología infecciosa: Ig G e Ig M *Rickettsia typhi* +, se sumó Doxiciclina al tto., obteniendo mejoría clínica en 3 días, siendo dado de alta 1 mes después de haber sido ingresado. Caso clínico 2: varón. 56 años de edad. AP: Ámbito rural. Bebedor moderado. Poliposis intestinal. Dengüe hace 30 años. EA: 6 días antes del ingreso presenta cefalea, MEG, fiebre alta y deposiciones líquidas, sin respuesta a tto. con antitérmicos y AINEs, por lo que acudió al Hospital de la Gomera, desde donde lo remitieron a nuestro hospital ante los hallazgos analíticos y su inestable situación hemodinámica: Hb: 8,9 g/dL, leuc. 2.300/L (22% cayados), plaq. 31.000/L. Creat. 1,3 mg/dL, BT 4,3 mg/dL, GOT/GPT 326/274 UI/L, GGT 681 UI/L, FA 309 U/L. Ingresó en la UMI por shock séptico y fallo multiorgánico. Se inició tto. con Doxiciclina, antibioterapia de amplio espectro ev y requirió el uso de aminas para su estabilización. Serología infecciosa: IgG e IgM *Rickettsia typhi* +. Fue dado de alta tras resolución completa del cuadro 20 días después de haber sido ingresado. Caso clínico 3: varón. 73 años. AP: Ámbito rural. EA: 15 días antes de ingresar presenta fiebre alta y MEG. Acude a Urgencias por empeoramiento de su estado general, determinando Hb 13 g/dL, leuc. 6.900/L (90% N), plaq. 64.000/L. Creat. 1,67 mg/dL. GOT/GPT 283/289 UI/L, BT 0,7 mg/dL, FA 514 U/L. Ingresó en la UMI por sepsis y fallo multiorgánico. Serología +: *Rickettsia typhi*, cruzada para *R. coronii*. Se inicia antibioterapia de amplio espectro y Doxiciclina iv; con mejoría a partir del 3er día de tto., por lo que se decidió alta a planta, donde permaneció durante 15 días, hasta total resolución del cuadro.

**Discusión.** El curso clínico en la mayoría de los casos es benigno; la defervescencia con tto. específico se produce en 2-4 días. El porcentaje de complicaciones organoespecíficas no suele superar el 10%, y los casos graves (desarrollo de shock refractario, dificultad respiratoria, fracaso multiorgánico, etc.) se producen tan sólo en torno al 2-4%. Los casos descritos presentan afectación orgánica grave (neumonitis, hepatitis, trombopenia e insuficiencia renal) en un contexto de shock séptico. Finalmente la evolución, aunque tórpida, fue favorable con la resolución ad integrum. La mortalidad del tifus murino oscila entre el 0-1%.

**Conclusiones.** 1) El tifus murino se encuentra entre las rickettsiosis más prevalentes en nuestro medio. 2) Debemos tener un alto índice de sospecha en pacientes con sd. febril y exantema, sobre todo cuando reúnan las características epidemiológicas. 3) Siendo generalmente un cuadro banal, presenta, en un porcentaje no despreciable de pacientes, complicaciones organoespecíficas que pueden tener una evolución grave y una gran morbilidad. 4) Test de dco. rápido o una mejora operativa en la realización de pbas. serológicas específicas convendrían en esta enfermedad, así como en otras donde la rapidez diagnóstica puede ser crucial para el paciente.

#### A-41 DIAGNÓSTICO DE COLITIS POR CITOMEGALOVIRUS EN DOS PACIENTES CON INSUFICIENCIA RENAL CRÓNICA SECUNDARIA A GLOMERULONEFRITIS CRÓNICA

G. Pérez Vázquez<sup>1</sup>, L. Mouronval Morales<sup>1</sup>, L. García  
Aragón<sup>1</sup>, E. Iglesias Quirós<sup>1</sup> y A. Gascón Mariño<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Medicina Interna, <sup>2</sup>Nefrología. Hospital Obispo Polanco. Teruel.

**Objetivos.** Descripción de dos casos de colitis por citomegalovirus (CMV) en pacientes con insuficiencia renal crónica (IRC) secundaria a glomerulonefritis.

**Material y métodos.** Se exponen dos casos clínicos de colitis por CMV, mujer y varón de 37 y 57 años respectivamente.

**Resultados.** Caso A: mujer de 37 años con IRC secundaria a nefropatía lúpica en tratamiento con micofenolato mofetilo. En mayo de 2006 presenta durante dos semanas febrícula, dolor abdominal y deposiciones diarreas. Se obtienen coprocultivos que son todos negativos y urocultivo estéril. En analítica se aprecia anemia aguda respecto a controles previos (Hb 10,7 g/dl), leucopenia (leucocitos 3.000/mcl). Mayor deterioro de la función renal habitual con creatinina (Crp) de 3,4 mg/dl, moderada elevación de transaminasas (GOT 32 UI/ml, GPT 39 UI/ml) y de la Proteína C Reactiva (PCR) 16 mg/l. Ante la sospecha de infección por CMV se solicita serología que muestra IgM positiva e IgG elevada (35,0). En control serológico previo del año 2000 la IgM era negativa y la IgG de 6,2. A la paciente se le indicó suspender durante dos semanas el tratamiento inmunosupresor, objetivándose mejoría clínica. En un control serológico tres semanas más tarde seguía la IgM positiva y la IgG elevada de 28,7. Además, había mejorado la anemia (Hb 11,7 g/dl), la función renal (Crp 2,6 mg/dl) y se habían normalizado los leucocitos, la función hepática y la PCR. Caso B: Hombre de 57 años con IRC secundaria a glomerulonefritis crónica de etiología no filiada y que no recibía tratamiento inmunosupresor. En Mayo de 2006 presenta durante 10 días fiebre, dolor abdominal y deposiciones diarreas con moco. En analítica se aprecia mayor deterioro de su función renal habitual con Crp 2,9 mg/dl con discreta elevación de GOT 35 UI/L y PCR 11 mg/l. Ante sospecha de infección por CMV se solicita serología que resulta positiva para IgM y con elevación marcada de IgG 31,1. El paciente no tenía controles serológicos previos para diagnóstico diferencial de primoinfección por CMV o reactivación. En analítica de control a las dos semanas se apreciaba mejoría de la función renal con Crp 2,1 mg/dl y normalización de transaminasas y PCR. El paciente se encontraba asintomático.

**Discusión.** El CMV es un herpes virus de amplia difusión, con una acción patógena limitada en la población sana, pero de gran importancia clínica cuando afecta a pacientes inmunocomprometidos. En individuos inmunocompetentes, tanto la primoinfección es como las reactivaciones son normalmente asintomáticas. Los linfocitos T tienen un importante papel en el control de la enfermedad y de la replicación viral, aunque no erradican el virus. Por ello en pacientes con inmunodepresión celular, como son los pacientes con IRC, la infección por CMV es más frecuente. La presentación de la infección por CMV como colitis no es habitual y hay pocos casos descritos en la literatura. La diarrea, fiebre y dolor abdominal son los síntomas presentes habitualmente. La enfermedad es generalmente autolimitada, con una completa recuperación en un período de días a semanas. El tratamiento antiviral no suele estar indicado, exceptuando pacientes trasplantados que no pueden suspender la medicación inmunosupresora y enfermos con síndrome de inmunodeficiencia adquirida.

**Conclusiones.** El diagnóstico de colitis por CMV no es común en pacientes inmunocompetentes. Habitualmente es secundaria a una reactivación de una infección latente que es más común en situaciones de inmunosupresión, tanto en la secundaria a tratamiento inmu-

nosupresor como en enfermedades, véase la IRC y fundamentalmente el síndrome de inmunodeficiencia adquirida.

**A-42**  
**ANÁLISIS COMPARATIVO DE LOS INGRESOS POR VIH AÑOS 2000/2001- EPIDEMIOLOGÍA**

**V. López Mouriño<sup>1</sup>, B. Monteagudo Sánchez<sup>2</sup>, E. Álvarez Asensio<sup>1</sup>, J. Miranda Filloy<sup>3</sup>, E. León Muñíos<sup>4</sup>, M. Chimeno Viñas<sup>5</sup>, L. Palomar Rodríguez<sup>5</sup> y M. Cordero Sánchez<sup>6</sup>**

<sup>1</sup>Medicina Interna. Comarcal de Monforte de Lemos. Monforte de Lemos, Lugo. <sup>2</sup>Dermatología, <sup>4</sup>Pediatría. Arquitecto Marcide. Ferrol, Coruña. <sup>3</sup>Reumatología. Xeral de Lugo. Lugo. <sup>5</sup>Medicina Interna. Virgen De La Concha. Zamora. <sup>6</sup>Medicina Interna. Clínico Universitario. Salamanca.

**Objetivos.** Análisis comparativo-descriptivo de los Ingresos por VIH en los años 2000 y 2001- Número de Ingresos/Tratamiento VIH/ Profilaxis/resultado del ingreso.

**Material y métodos.** Se recogieron todos los ingresos hospitalarios de pacientes con VIH en los Hospitales de Salamanca y de Zamora, prestando atención a los siguientes ítems: n.º de ingresos ,tipo de tratamiento (VIH/profilaxis TBC/profilaxis PC), resultado de ingreso

**Resultados.** (1.ª cifra 2000/2.ª cifra 2001): 1) En el año 2000 se produjeron 275 ingresos (55%), en el 2001 fueron 223 (45%). 2) El tipo de tratamiento: AR (uno o dos antiretrovirales) 10/7% 3/3, sin datos: 4/1%: 1.5/0.5, sin tratamiento 129/86%: 47/39, TARGA 132/129%: 48/58%. 3) Recibieron terapia antiTBC 11/12%: 4/5,5 4) Recibieron terapia antiPC 100/86%: 36/38,5 5) El resultado de ingreso fue el siguiente: mejoría 232/171%. 84/77, éxito 15/20%: 5.5/9, curación: 2/9%: 1/4, alta voluntaria 13/7%: 7,5/3, otros: 13/16%: 4.5/7.

**Discusión.** El número de ingresos fue discretamente superior en el año 2000. El porcentaje de pacientes en tto con TARGA fue ligeramente superior en 2001 El porcentaje de pacientes sin tratamiento fue ligeramente superior en el 2000 Las diferencias fueron no significativas en los siguientes parámetros: pacientes en tto. con 1 solo antiretroviral, pacientes en los que no figuraba el tratamiento, porcentaje de pacientes que recibieron profilaxis para TBc o PC, así como el resultado de ingreso.

**Conclusiones.** En líneas generales no se observan diferencias entre ambos años en los ítems analizados. El cumplimiento del tratamiento fue ligeramente superior en el año 2001.

**A-43**  
**ANÁLISIS COMPARATIVO DE LOS INGRESOS POR VIH AÑOS 2000/2001. ASPECTOS CLÍNICOS**

**V. López Mouriño<sup>1</sup>, B. Monteagudo Sánchez<sup>2</sup>, E. Álvarez Asensio<sup>1</sup>, L. Arribas Pérez<sup>3</sup>, G. García Gutiérrez<sup>3</sup>, M. Chimeno Viñas<sup>3</sup>, L. Palomar Rodríguez<sup>3</sup> y M. Cordero Sánchez<sup>2</sup>**

<sup>1</sup>Medicina Interna. Comarcal de Monforte de Lemos. Monforte de Lemos, Lugo. <sup>2</sup>Dermatología. Arquitecto Marcide. Ferrol, Coruña. <sup>3</sup>Medicina Interna. Virgen de La Concha. Zamora. Medicina Interna. Clínico Universitario. Salamanca.

**Objetivos.** Análisis comparativo-descriptivo de los Ingresos por VIH en los años 2000 y 2001- N.º de ingresos, Adherencia al tratamiento/subgrupos dticos/n.º CD4/dtico relacionado con VIH/presencia de hepatopatía.

**Material y métodos.** Se recogieron todos los ingresos hospitalarios de pacientes VIH ingresados en los años 2000 y 2001 en los hospitales de Zamora y Salamanca. Recogiendo los siguientes datos: n.º de ingresos, adherencia al tratamiento, tipo de diagnóstico reagrupado en subgrupos, n.º de CD 4, relación o no del diagnóstico con la infección por el VIH y la presencia o no de hepatopatía.

**Resultados.** (1.ª cifra 2000/2.ª cifra 2001): 1) En el año 2000 se produjeron 275 ingresos (55%), en el 2001 fueron 223 (45%). 2) Pacientes sin datos de adherencia al tto. 32/23%: 12.5/11, regular 2/4%: 1/2, mala 151/108,%: 58.5/51 buena 73/76 %: 28/36. 3) Los dticos al alta agrupados en subgrupos: directamente relacionados con VIH: 141/110,%: 39/36.5 dtico relacionado con hepatopatía: 41/34%: 11.5/11.5, efectos tóxicos del tto.: 18/15%: 5/5, otros: 160/143%: 44.5/47. 4) N.º de linfocitos CD4: > 500:

17/16%: 6/7, 200-500: 47/47%: 17/21%, < 200: 197/152%: 71.5/68, sin datos 14/8%: 5/3.5 5) El diagnóstico se relacionaba con el VIH en 146/134%: 53/45.5 6) Presentaban hepatopatía 119/86%: 43/39.

**Discusión.** 1) El número de ingresos fue discretamente superior en el año 2000. 2) El porcentaje de pacientes con mala adherencia al tratamiento es levemente superior en el año 2000, mientras que en el 2001 es ligeramente superior el de porcentaje con buena adherencia. 3) El porcentaje en el que el diagnóstico al alta se relaciona directamente con el VIH es ligeramente superior en el 2000. 4) La presencia de hepatopatía también es levemente superior en el año 2000. 5) La diferencia es mínima en lo que se refiere a porcentaje de pacientes en los que no consta la adherencia al tratamiento o esta es regular, los subgrupos diagnósticos al alta y n.º de CD4.

**Conclusiones.** 1) En líneas generales no se observan diferencias entre ambos años en los ítems analizados. 2) En el año 2000 el n.º de ingresos relacionados directamente con el VIH, la presencia de hepatopatía y el porcentaje de pacientes con mala adherencia al tratamiento es mayor que en el 2001.

**A-44**  
**ENDOCARDITIS INFECCIOSAS DE CAUSAS INFRECIENTES**

**A. Jimeno Sainz y L. Guerrero**

Servicio de Medicina Interna. Hospital Ernest Lluch. Calatayud, Zaragoza.

**Objetivos.** La endocarditis infecciosa se caracteriza por infección por bacterias, hongos, rickettsias sobre la válvulas cardíacas y endocardio. El 40% de los casos de endocarditis sobre válvula nativa se produce por *Streptococcus viridans*. Presentamos dos casos de endocarditis sobre válvula nativa de causa poco común. Decidimos valorar: 1) La etiología, 2) Sus manifestaciones clínicas así como su evolución.

**Material y métodos.** Se realizó un estudio retrospectivo de los casos diagnosticados de endocarditis en nuestro hospital durante el año 2005. Caso 1: paciente de 55 años, con antecedentes de insuficiencia mitral moderada, que ingresa por fiebre de 5 días de evolución sin otros síntomas ni maniobras invasivas. En la exploración física destacó una temperatura de 38,6 °C, y soplo sistólico en válvula mitral. Analíticamente mostró leucocitos 1700 (84N); plaquetas 67.000; PCR 24.8; VSG 80 mmHg. El sedimento de orina mostró proteinuria y microhematuria. Los hemocultivos fueron positivos para *Streptococcus equisimilis* (SE). Caso 2: paciente de 74 años, con antecedentes de cardiopatía isquémica, HTA, e intervenida de obstrucción intestinal por brida epiploica con bacteriemia de origen urinario por enterococcus faecalis (EF). Ingresó un mes después por fiebre de 39 °C con escalofríos y dolor en pierna izquierda. En la exploración física destacó una temperatura de 39 °C, con tensión arterial de 130/80; regular estado general. palidez cutáneo mucosa, lesiones petequiales conjuntivales. FR: 26 rpm. Se objetivó soplo sistólico 2/6 foco mitral y crepitantes pulmonares. Analíticamente destacó: Hb 9,7; Hto 29; leucocitos 5.700 (67N); VSG 67 mm de Hg; ferritina 518; transferrina 192; glucosa 85; y creatinina 1,3. En la radiografía de tórax se observó derrame pleural bilateral. En la Ecodoppler de miembro inferior izquierdo se detectó una trombosis total de la parte superior de la vena femoral común izquierda y parcial de la porción inferior de ésta así como de la femoral superficial y poplíteas. El TAC torácico mostró adenopatías bilaterales y derramen pleural bilateral sin signos de trombosis pulmonar. Los hemocultivos fueron positivos para enterococcus faecalis.

**Resultados.** Caso 1: se sospechó endocarditis infecciosa (EI), se inició tratamiento con Penicilina G y gentamicina y se solicitó una ecocardiograma transtorácica (ET). La ET mostró insuficiencia mitral severa sin objetivarse vegetaciones. Se realizó una ecocardiograma transefágica (ETE) que mostró una verruga en la valva posterior de la válvula mitral con un probable absceso perivalvular con insuficiencia mitral severa. Cinco días después tuvo signos de insuficiencia cardíaca recibiendo tratamiento específico y se trasladó al servicio de Cirugía Cardíaca para recambio valvular. Caso 2: se sospechó EI y se realizó ET y ETE que confirmó verruga en valva septal mitral así como doble lesión mitral ligera con FEVI 0,56. Se inició tratamiento con ampicilina, gentamicina, diuréticos, heparina de bajo peso

molecular a dosis terapéuticas. La paciente presentó hematoma abdominal y de la vaina de rectos bilateral amplio (confirmado con ecografía-TAC abdominal) y empeoramiento de la función renal (creatinina 2,2 mg/dl). La paciente requirió transfusión de dos unidades de concentrado de hemáties, suspensión de la heparina, a pesar de la trombosis y se realizó una gammagrafía renal que mostró riñón izquierdo normal y derecho con un funcionamiento del 40%. El estudio de autoanticuerpos, e inmunoglobulinas fueron normales. El factor B del complemento fue 41, y los inmunocomplejos circulantes de 7,6. Tras tratamiento antibiótico la paciente evolucionó favorablemente.

**Discusión.** Ambos gérmenes tanto el SE (perteneciente al grupo C de los *Streptococcus beta*hemolítico) como el EF (perteneciente al grupo D) son causas infrecuentes de EI. Generalmente cursan con bacteriemia y en pocos casos se asocian a endocarditis. La endocarditis producida por SE tiene un alto riesgo de complicaciones sistémicas y por ello el tratamiento quirúrgico debe ser considerado precozmente. El EF generalmente está presenta en bacteriemias de origen urinario adquiridas en la comunidad pero no fue este el caso.

**Conclusiones.** 1) Son múltiples las manifestaciones de la EI. 2) No siempre los gérmenes habituales de la EI son los responsables. 3) La existencia de bacteriemia de origen conocido o no puede ser responsable de la endocarditis. 4) Debemos recordar que la ET no siempre permite el diagnóstico.

#### A-45

### CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS, EPIDEMIOLÓGICAS E INMUNOLÓGICAS DE LOS PACIENTES DIAGNOSTICADOS DE SIDA QUE DESCONOCÍAN SU SEROPOSITIVIDAD PARA EL VIH

J. Pedreira<sup>1</sup>, M. Castro<sup>1</sup>, S. López<sup>2</sup>, P. Vázquez<sup>2</sup> y J. Baliñas<sup>2</sup>

<sup>1</sup>M. Interna B. Unidad VIH. Univ. A Coruña, <sup>2</sup>M. Interna B. Unidad VIH. Juan Canalejo. A Coruña.

**Objetivos.** Valorar las características clínicas, epidemiológicas e inmunológicas de los pacientes diagnosticados de SIDA, que desconocían su seropositividad, diagnosticados en los dos últimos años (enero 2004-diciembre 2005).

**Material y métodos.** Entre todos los pacientes diagnosticado de "novo" de infección por VIH, en un Hospital General, se revisa aquellos que debutaron con SIDA, haciendo constar la edad, sexo, lugar de procedencia, forma de contagio, cifra total de linfocitos CD4 (cel/μl) y carga viral (RNA-VIH, copias/ml).

**Resultados.** Entre 89 pacientes diagnosticados de infección por VIH (2004-2005), debutaron con SIDA un total de 22 (24,71%). Dieciocho eran varones (81,82%) y 4 mujeres (18,18%). La edad medida de los mismos fue 39,77 años (22-61). Seis eran extranjeros (27,27%; 5 de Sudamérica y 1 de Portugal). La infección se originó por vía heterosexual en 16 (72,72%), entre los cuales 13 eran promiscuos y/o utilizaban la prostitución (59,09%), y 3 se infectaron a través de una pareja única, estable (13,63%). Entre las 4 mujeres, 2 eran prostitutas, 1 promiscua y 1 se infectó a través de una pareja estable, que no conocía su seropositividad. Tres pacientes se infectaron por prácticas homosexuales (13,63%) y otros 3 eran usuarios de drogas por vía intravenosa (ADVP, 13,63%). La inmunosupresión de los pacientes fue severa, con una cifra de CD4 de 94,04 cel/μl (7-328) y los niveles de RNA del VIH de 597.015,5 copias/ml (2.410-1.750.000).

**Conclusiones.** 1) La tasa de pacientes que debutan con SIDA en nuestro entorno, en el momento de diagnosticar la infección por VIH es alta (24,71%). 2) Se trata a menudo de varones, de alrededor de 40 años, que adquieren la infección por promiscuidad heterosexual (59,09%). 3) Un número notable son extranjeros, la mayoría de Sudamérica (27,27%). 4) La mayoría de los pacientes en el momento del diagnóstico y desarrollo de la enfermedad están, como era de esperar, severamente inmunodeprimidos (CD4 94,04 cel/μl) y RNA-VIH 597.015,5 copias/ml). 5) El diagnóstico precoz y las campañas de prevención de la infección por VIH en este grupo, deben dirigirse fundamentalmente a varones de edad media y promiscuos heterosexuales.

#### A-46

### CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS Y FACTORES PRONÓSTICOS EN LA MENINGITIS BACTERIANA DEL ADULTO

C. López González-Cobos<sup>1</sup>, M. Villalba García<sup>1</sup>, R. Salomón Pérez<sup>1</sup>, E. Vilalta Castell<sup>1</sup>, I. Sánchez García<sup>1</sup>, M. Gómez Antúnez<sup>2</sup>, A. Muiño Míguez<sup>2</sup> y C. Pérez de Oteyza<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Medicina Interna D, <sup>2</sup>Medicina Interna 2A. Hospital Gregorio Marañón. Madrid.

**Objetivos.** Determinar los cambios clínicos de los pacientes con meningitis bacteriana adquirida en la comunidad (MBAC) e identificar los factores pronósticos disponibles en la valoración inicial de estos pacientes.

**Material y métodos.** Se estudiaron de forma retrospectiva los adultos ingresados por MBAC en un hospital general durante el período comprendido entre 1990 y 2003. Se extrajo información de las historias clínicas sobre datos demográficos y signos y síntomas clínicos al ingreso, parámetros analíticos de la valoración en urgencias, hallazgos de neuroimagen y evolución clínica. Se analizaron también los factores pronósticos de mortalidad.

**Resultados.** Se identificaron 229 casos de MBAC. El 58% eran varones. Las enfermedades predisponentes más frecuentes fueron las infecciones otorrinolaringológicas (otitis 7,8%, sinusitis 6,9%) y las infecciones del tracto respiratorio (bronquitis aguda 20,8% y neumonía 6,9%). Sesenta y cuatro pacientes presentaban algún factor de inmunodepresión asociado (27,9%). Sólo el 40% tenían al ingreso la clásica tríada de fiebre, rigidez de nuca y alteración en el estado mental. Considerando también la cefalea, todos los pacientes mostraban al ingreso al menos uno de estos cuatro parámetros. El 12,8% de los pacientes se encontraba en coma al ingreso, 11,4% déficits focales y en un 10,9% existía afectación de pares craneales. Diecisiete pacientes presentaron convulsiones. Se realizó punción lumbar en todos los pacientes. En el 65,7% de los casos existía una presión de apertura del líquido cefalorraquídeo (LCR) superior a 20 cm de agua. Los pacientes con presiones de apertura elevadas tenían mayor mortalidad pero las diferencias no fueron significativas (14% vs 10%, NS). La tinción de Gram del líquido permitió la identificación del germen responsable en el 61% de los casos (72 pacientes). En cuanto al cultivo del líquido cefalorraquídeo, los gérmenes más frecuentes fueron el *Streptococcus pneumoniae* 41% y la *Neisseria meningitidis* 23%. Encontramos 15 casos de *Listeria*. Un 38% de los casos cursaron con bacteriemia. La mortalidad global fue del 15% (33 pacientes). Los factores asociados a mayor mortalidad fueron: Edad avanzada, presencia de diabetes, ausencia de signos clínicos típicos (cefalea, rigidez de nuca, signos meníngeos), alteración de conciencia, en especial la presentación en coma, la taquicardia, la bacteriemia asociada, la infección por neumococo y determinados parámetros analíticos como el descenso de hemoglobina, la elevación de urea, creatinina, GOT, LDH y el descenso en protrombina.

**Discusión.** El diagnóstico de MBAC no siempre es fácil de establecer. La prevalencia de la tríada clásica de la MBAC (fiebre, rigidez de nuca y alteración del estado mental) es baja en nuestra serie (40%) al igual que en otras (44%), lo que puede dificultar el diagnóstico precoz de la enfermedad. Esto exige un alto índice de sospecha en la valoración clínica en urgencias. La MBAC tiene una elevada tasa de mortalidad a pesar de los avances en el tratamiento antibiótico y de la utilización de los corticoides y de las medidas de cuidados intensivos. La mortalidad de nuestra serie, aun siendo importante, es inferior a la de otros estudios. Se han identificado diversos factores pronósticos de mortalidad. Muchos de ellos se refieren a la gravedad al ingreso. La presentación atípica con escasos signos clínicos ya se ha descrito como factor pronóstico de mortalidad y es posible que se relacione con un retraso en el diagnóstico y en la instauración del tratamiento. Otros factores pronósticos tienen que ver con el agente responsable.

**Conclusiones.** En muchos pacientes con MBAC la presentación clínica puede ser atípica. A pesar de los avances en el tratamiento antibiótico, la mortalidad por MBAC es considerable. Existen determinados parámetros de la valoración en urgencias que permiten predecir una mala evolución; la mayoría se relacionan con la presencia de compromiso sistémico y de infección neumocócica. Otros, con determinadas características del paciente. Se debe reforzar en estos pacientes el tratamiento en unidades de cuidados intensivos, con

antibioterapia intensiva y precoz, esteroides y medidas de soporte hemodinámico.

#### A-47

### ESTUDIO RETROSPECTIVO DE NEUMONÍA VARICELOSA EN ADULTOS: ANÁLISIS DE CASOS

**A. Martínez, S. Carrascosa, M. Conejero, J. Cuadrado,**

**F. Jover, J. Peris, M. Matarranz y V. Krompieswski**

*Servicio de Medicina Interna. Udad. Enf. Infecciosas. Hospital Clínico Universitario San Juan. San Juan, Alicante.*

**Objetivos.** Analizar las características epidemiológicas de los pacientes ingresados en el Hospital Clínico Universitario de San Juan con diagnóstico de neumonía varicelosa.

**Material y métodos.** Realizamos un estudio retrospectivo utilizando las historias clínicas de los pacientes con diagnóstico al alta de neumonía varicelosa, ingresados entre 1993 y 2006. Se recogieron los siguientes datos: factores predisponentes, clínica, exploración, gasometría, análisis sanguíneo, radiología, tratamiento y evolución.

**Resultados.** Se recogieron 14 pacientes con diagnóstico de neumonía varicelosa, de los cuales 6 (42,9%) eran mujeres y 8 (57,1%) hombres, con edades comprendidas entre 17 y 47 años (media 33,71). Los factores predisponentes fueron: tabaco (57,1%), contacto previo con varicela (57,1%), severidad del exantema, i.e. más de 100 lesiones (28,6%), embarazo (14,3%), inmunodepresión por LLC (7,1%). Sólo uno de los pacientes había recibido vacunación previa. La clínica y la exploración mostraron: rash (100%), fiebre (85,7%), malestar general (71,4%), tos (28,6%), disnea (21,4%), adenopatías (14,3%), escalofríos (14,3%), dolor torácico (14,3%) y cefalea (7,1%). Entre los valores gasométricos y analíticos asociados a peor pronóstico destacó: trombopenia (28,6%), hiponatremia (14,3%) e hipoxemia (14,3%). En la radiografía el patrón predominante fue el intersticial (35,7%), siendo menos frecuente el micronodular y la presencia de derrame pleural (ambos en el 7,1%); el 21,4% de los pacientes no presentó alteraciones radiológicas. La mayoría recibió tratamiento con aciclovir (78,6%), otros tratamientos utilizados fueron antibioterapia (71,4%), oxígeno (35,7%), inmunoglobulina (14,3%), corticoides (7,1%). La estancia hospitalaria varió entre 3 y 14 días (media 6,35), la media de días hasta la desaparición de la fiebre fue de 2,79. Sólo uno de los pacientes requirió ingreso en UCI por distress respiratorio. Ninguno falleció.

**Discusión.** La neumonía varicelosa, aunque poco frecuente es la complicación más grave de las relacionadas con la varicela en el adulto; su incidencia varía entre 0,32-1,36 casos/100.000 personas/año. En nuestro hospital se recogieron 14 casos en 13 años, es por tanto una causa infrecuente de ingreso en nuestra unidad. El tabaquismo, el contacto con neumonía, la severidad del exantema, el embarazo, la inmunodepresión y la EPOC son factores predisponentes para desarrollar neumonía varicelosa; en nuestros pacientes los más prevalentes fueron el contacto con varicela y el tabaquismo, sin embargo ningún paciente tenía antecedentes de EPOC. Los síntomas más frecuentes fueron tos, rash y malestar general. Según la bibliografía los signos físicos son un pobre indicador de severidad a excepción de la hipoxemia (sat O<sub>2</sub> < 60%), que se dio en el 14,3%, siendo muy variable su prevalencia en las series consultadas (9-75%). La afectación radiológica es muy prevalente, acercándose en la literatura al 100%; el patrón más frecuente es el intersticial (65%), seguido por el micronodular (35%). En nuestra serie el patrón intersticial (35,7%) también fue más frecuente que el micronodular (7%). En las series consultadas todos los pacientes fueron tratados con aciclovir, que se administró al 78,6% de los nuestros; se recomienda la asociación de corticoides en los casos más graves (en nuestro caso se administró al 7%). La estancia media en UCI encontrada en la literatura es de 9,8 días, siendo 6,35 en nuestro centro. La mortalidad varía entre 3-8% según la literatura.

**Conclusiones.** La neumonía varicelosa es una causa infrecuente de ingreso en nuestra unidad. El factor predisponente más prevalente junto al tabaquismo fue la exposición previa a un caso de varicela, por tanto, la vacunación de adultos con serología negativa podría ser una medida eficaz para prevenir la aparición de complicaciones por varicela. Los síntomas más frecuentes fueron tos, rash y malestar general. El uso de aciclovir iv en la mayoría de los pacientes podría ser la medida terapéutica responsable de la evolución favorable, siendo la supervivencia del 100%.

#### A-48

### NOCARDIOSIS PULMONAR. EXPERIENCIA DE CINCO AÑOS

**M. García Orenes<sup>1</sup>, M. Page del Pozo<sup>1</sup>, J. Bravo Urbieto<sup>1</sup>,**

**E. López Lozano<sup>1</sup>, S. Moreno Reina<sup>1</sup>**

**y C. Guerrero Gómez<sup>2</sup>**

*<sup>1</sup>Medicina Interna, <sup>2</sup>Microbiología. Morales Meseguer. Murcia.*

**Objetivos.** Conocer la incidencia, características clínico-radiológicas, factores predisponentes, diagnóstico, tratamiento y evolución de los pacientes infectados por *Nocardia* sp diagnosticados en nuestro hospital en los últimos 5 años, y comparar los datos obtenidos con la literatura existente.

**Material y métodos.** Revisión de historias clínicas de los pacientes diagnosticados de nocardiosis entre enero de 2000 y mayo de 2006. Las técnicas microbiológicas utilizadas para el diagnóstico fueron medios de cultivo habituales (agar-sangre y agar-chocolate), con tinciones de Gram y Ziehl-Nielsen modificado.

**Resultados.** Encontramos 11 pacientes diagnosticados de nocardiosis, de los cuales hemos excluido del estudio a uno con afectación exclusivamente cutánea. De los 10 pacientes restantes (9 varones y una mujer), la edad media en los infectados por VIH fue de 42 años y en el resto de 75. La patología de base más frecuente asociada fue: EPOC en 6 pacientes (60%), tratamiento esteroideo sistémico en 5 pacientes (50%), terapia con esteroides inhalados en 3 pacientes (30%), diabetes mellitus en 2 pacientes (20%), neoplasia en 2 pacientes (20%), infección por VIH en 2 pacientes (20%), cirrosis hepática en 1 paciente (10%) y tratamiento inmunosupresor en 1 paciente (10%). La forma de presentación clínica más frecuente fue la respiratoria en 8 pacientes (80%) y la cutánea en dos de ellos (20%). El 100% tenía afectación pulmonar, 4 de ellos (40%) en el contexto de una nocardiosis diseminada con afectación cutánea y del SNC. Un paciente con infección por VIH presentaba además coriorretinitis. Las imágenes radiológicas fueron muy variadas: lesiones cavitadas en 4 paciente (40%), infiltrados alveolares en 6 pacientes (60%), afectación bilateral en 3 de ellos (30%), nódulos pulmonares en 3 (30%), bronquiectasias en 1 (10%), derrame pleural en 1 (10%) y ausencia de infiltrados agudos en 1 paciente con una toracoplastia por TBC pulmonar antigua. Se llegó al diagnóstico de nocardiosis mediante el aislamiento del germen en las lesiones cutáneas en los 4 pacientes que presentaron afectación cutánea y en muestras respiratorias en el resto: cultivo de esputo en 4 pacientes, cultivo de broncoaspirado en 2 y cultivo de lavado broncoalveolar en 1. En cuanto al tratamiento, 9 pacientes recibieron tratamiento con Trimetopim-Sulfametoxazol (Cotrimoxazol), en 6 de ellos como fármaco único y en el resto como terapia combinada en casos de nocardiosis diseminada (Meropenem + Amikacina en dos pacientes y Ceftriaxona en otros dos). El único paciente no tratado con Cotrimoxazol evolucionó de forma favorable con Ceftriaxona + Levofloxacino. Fallecieron cuatro pacientes con nocardiosis diseminada (40%), los cuales tenían antecedentes de EPOC, BONO y neoplasia metastásica. Todos ellos habían recibido tratamiento esteroideo crónico.

**Discusión.** Hemos obtenido resultados similares a los publicados en la literatura: predominio en el sexo masculino (90%), principales factores predisponentes la EPOC (60%) y el tratamiento esteroideo crónico (80%), baja incidencia en infectados por VIH (20%), afectación pulmonar en todos los casos y buena respuesta a Cotrimoxazol. Destacamos la ausencia de un patrón radiológico característico, lo cual, junto con la presentación clínica también inespecífica, puede dificultar el diagnóstico.

**Conclusiones.** Creemos importante reseñar que el nuestro es un hospital de área en el cual no se realizan trasplantes de órganos sólidos, por lo que no hemos encontrado ningún paciente de estas características. Sólo dos pacientes (20%) tenían infección por VIH, siendo probablemente la causa de la baja incidencia de nocardiosis en estos pacientes la profilaxis con Cotrimoxazol para "Pneumocistis jirovecii". Debemos sospechar esta entidad en pacientes con EPOC y en aquellos en tratamiento esteroideo crónico, neoplásicos e inmunodeprimidos, que presenten afectación pulmonar, sobre todo si se asocia a sintomatología neurológica o cutánea. Por último, dado que no existe ningún dato clínico ni radiológico distintivo de la infección por nocardias, junto con la dificultad diagnóstica por su lento crecimiento en medios de cultivo, pensamos que es una entidad infradiagnosticada y que es importante la sospecha clínica para su diagnóstico.

**A-49**  
**ANTIBIOTERAPIA EN PACIENTES DE MEDIA ESTANCIA**  
**CON INFECCIÓN RESPIRATORIA**

**J. Oteiza Olaso<sup>1</sup>, M. Zabalza Fernández<sup>1</sup>**  
**y G. Tiberio López<sup>2</sup>**

<sup>1</sup>Medicina Interna- Farmacia. Hospital San Juan de Dios.  
 Pamplona, Navarra. <sup>2</sup>Medicina Interna. Virgen del Camino.  
 Pamplona, Navarra.

**Objetivos.** Análisis descriptivo del tratamiento antibiótico en pacientes con procesos codificados como Neumonía, EPOC, Infección Respiratoria, y Broncoaspiración, según Codificación CIE-9 MC.

**Material y métodos.** Revisión de Historias Clínicas correspondientes a las últimas 35 codificaciones referidas, en un Hospital de media estancia.

**Resultados.** Tabla.

**Discusión.** Los Antiinfecciosos más utilizados son la FQ, los Aminoglucósidos se utilizan en asociación con Cefalosporinas, los Carbapenems en infecciones graves, y anecdóticamente los Macrólidos. Conviene tener presente que todos los pacientes, venían derivados desde otro centro hospitalario, por lo que en la valoración de su proceso infeccioso en muchos casos fue considerado, infección nosocomial.

**Conclusiones.** Las FQ son los antibióticos más utilizados en la infección respiratoria en nuestro medio: hospital de media estancia. A pesar de su antigüedad la asociación de AMOXI +Ac.CLAVULANICO, sigue jugando un papel importante en el tratamiento de la infección respiratoria. ¿Han dejado de ser los Macrólidos un tratamiento eficaz en la infección respiratoria?

Tabla 1. Resultados.

Proceso	Antibióticos	% Parcial	% Total
EPOC	Fluoroquinolonas	56,25	41,15
	Aminoglucósidos	18,75	18
	Cefalosporinas 3 <sup>a</sup>	18,75	16,1
	Macrólidos	6,25	3,5
	Amox. + Clav.	-	14,2
	Carbapenems	-	5,3
Infec. respiratoria	Fluoroquinolonas	50	41,15
	Aminoglucósidos	12,5	18
	Cefalosporinas 3 <sup>a</sup>	18,75	16,1
	Macrólidos	-	3,5
	Amox. + Clav.	18,75	14,2
	Carbapenems	-	5,3
Neumonía	Fluoroquinolonas	30	41,15
	Aminoglucósidos	20	18
	Cefalosporinas 3 <sup>a</sup>	15	16,1
	Macrólidos	5	3,5
	Amox. + Clav.	20	14,2
	Carbapenems	10	5,3
Broncoaspiración	Fluoroquinolonas	-	41,15
	Aminoglucósidos	25	18
	Cefalosporinas 3 <sup>a</sup>	25	16,1
	Macrólidos	-	3,5
	Amox. + Clav.	25	14,2
	Carbapenems	25	5,3

**A-50**  
**UTILIDAD DE LA DETERMINACIÓN DE ANTÍGENOS DE**  
**VIRUS RESPIRATORIOS EN PACIENTES HOSPITALIZADOS**

**I. de la Iglesia Fanjul<sup>1</sup>, M. Vázquez del Campo<sup>1</sup>, S. Pérez**  
**Andrada<sup>1</sup>, R. Riera Hortelano<sup>1</sup>, T. Bajo Franco<sup>1</sup>, C. Teijo**  
**Núñez<sup>1</sup>, I. Fernández Natal<sup>2</sup> y J. Mostaza Fernández<sup>1</sup>**

<sup>1</sup>Medicina Interna, <sup>2</sup>Microbiología. Hospital de León. León.

**Objetivos.** Se ha especulado que las infecciones respiratorias virales son responsables de un número importante de descompensaciones en pacientes con patología cardio-respiratoria crónica. Sin embargo, existen pocos estudios que analicen la presencia de virus respirato-

rios en esta población. Un diagnóstico, podría evitar el uso innecesario de antibióticos y, en el caso del virus *Influenza*, posibilitaría el tratamiento con antivirales eficaces. El objetivo era investigar la utilidad de la determinación de antígenos virales respiratorios en muestras naso-faríngeas, de pacientes que precisaron ingreso hospitalario y presentaban fiebre o/y síntomas respiratorios.

**Material y métodos.** Estudio prospectivo realizado entre el 15-12-05 y el 15-2-06 ( período de elevada circulación teórica de virus respiratorios). Se incluyeron los pacientes que presentaban al ingreso o durante su hospitalización: fiebre sin foco o con síntomas respiratorios, neumonía o descompensación de enfermedad crónica cardíaca o respiratoria. En cada paciente se procedió a la detección de virus Respiratorio Sincitial e Influenza A y B, mediante la técnica inmunocromatográfica de membrana (Now™ RSV, Flu A, Flu B, Binax; Inc USA); y de *Adenovirus* y virus *Parainfluenza* 1, 2 y 3, por inmunofluorescencia directa (Monofluo™ kit. Bio Rad. Francia). Se recogieron los datos clínicos y de pruebas complementarias expresadas en el protocolo, y se realizaron otras determinaciones cuando se consideraron indicadas.

**Resultados.** 60 pacientes reunieron los criterios de inclusión. La edad media (± DT) era de 75,8 ± 12 años (rango: 40-97), de los que un 47,5% eran mujeres. El 68,2% y el 34,3% presentaban respectivamente, antecedentes de enfermedad respiratoria y cardíaca crónica. La población estudiada presentaba una comorbilidad elevada: según la escala de Charlton el 11,5% tenía 0 puntos, el 39,3% 1-2, el 27,9% 3-4 y el 21,3% tenían una puntuación mayor o igual a 5 puntos. Estaban vacunados de la gripe el 60% de los pacientes (el 66,7% de los que referían antecedentes de enfermedad respiratoria o/y cardíaca crónica). Los diagnósticos al alta fueron: 33% insuficiencia cardíaca, 23% EPOC agudizado, 15% neumonía, 10% infección respiratoria no condensante, 8,3% fiebre sin foco, 6,6% GEA y otros 3,4%. Tenían respectivamente fiebre o síntomas de vías respiratorias altas: el 55,5% y 33,3% de los pacientes con neumonía, el 10% y 35% de los que presentaban ICC y el 14,2% y 7,1% de los ingresados por EPOC. La determinación de Ag virales en frotis nasofaríngeo fue negativa en todos los pacientes.

**Discusión.** No hemos detectado la presencia de Ag de virus respiratorios en la población estudiada, a pesar del porcentaje significativo de pacientes que referían síntomas respiratorios de vías altas. La ausencia de epidemia de gripe durante el período de estudio, la omisión en la investigación de algunos virus respiratorios prevalentes como *Rinovirus* y *Metapneumovirus*, y la sensibilidad de la técnica, podrían explicar los resultados obtenidos. Es posible que la técnica analizada sea más útil en la determinación de virus de Influenza durante una epidemia gripal. El elevado porcentaje de pacientes de riesgo que no habían recibido la vacuna antigripal, nos debe hacer reflexionar acerca del cumplimiento de los programas de vacunación y de la accesibilidad, a estos campañas, de los pacientes de mayor riesgo.

**Conclusiones.** 1) En la población y período estudiados, no hemos encontrado utilidad en la determinación de Ag de virus respiratorios en secreciones naso-faríngeas. Podría ser de interés, la utilización de técnicas más sensibles y que incluyan un abanico más amplio de virus respiratorios. 2) Hemos detectado un porcentaje elevado de pacientes de riesgo que no habían recibido vacunación antigripal. Si nuestros datos se confirman en otros estudios más amplios, se deberían replantear los programas de vacunación en los pacientes de mayor riesgo y probablemente con peor accesibilidad a estas campañas. Agradecimientos: a R.H. Rodríguez Pollán por su colaboración en la determinación de Ag virales.

**A-51**  
**USO Y RENTABILIDAD DE LAS PRUEBAS MICROBIOLÓGICAS**  
**EN LOS CASOS DE NEUMONÍA ADQUIRIDA EN LA**  
**COMUNIDAD (NAC) INGRESADOS EN EL SERVICIO DE**  
**MEDICINA INTERNA (MI) DEL HOSPITAL CLINICO SAN**  
**CECILIO**

**M. Parejo Sánchez, C. Tomás Jiménez, C. López Robles,**  
**C. Fernández Roldán, A. Pardo Cabello, M. García Jerez,**  
**J. Aguilar Martínez y J. de la Higuera Torres-Puchol**  
 Medicina Interna. Hospital Universitario San Cecilio. Granada.

**Objetivos.** Análisis del uso de las pruebas microbiológicas y de la rentabilidad de las mismas en los pacientes ingresados en el Servicio de

Medicina Interna del Hospital Clínico San Cecilio de Granada con el diagnóstico de NAC.

**Material y métodos.** Se analizaron las historias clínicas de 54 pacientes ingresados en MI durante el período comprendido entre septiembre 2004 agosto 2005 y cuyo diagnóstico fue NAC. Se hizo un estudio descriptivo retrospectivo, recogiendo los siguientes datos: Gram y cultivo de esputo realizados, hemocultivos, determinación de antígenos de *Legionella* y *Neumococo* en orina, estudio serológico de microorganismos atípicos.

**Resultados.** Se extrajo sangre para hemocultivos en 15 pacientes (29,6%), Gram y cultivo de esputos 15 (29,6%), antígeno *Neumococo* y *Legionella* 30 (55,6%) en ambos casos. Las pruebas serológicas se solicitaron en 10 casos (9,3%). Fueron positivos el 20% de los antígenos de *Neumococo* realizados (6 pacientes). No hubo ninguno positivo para *Legionella*. Gram y cultivo de esputos, hemocultivos y determinaciones serológicas dieron resultados negativos, o no válidos, en todos los casos.

**Discusión.** En la mayoría de los pacientes que se tratan de manera ambulatoria no son necesarias las pruebas microbiológicas para el diagnóstico de la NAC. En el ámbito hospitalario, aunque se apliquen las técnicas diagnósticas adecuadas, sólo se identificará la causa en el 50% de los casos. Se recomienda tinción y cultivo de esputo que deben ser realizados antes de la toma del antibiótico. Dos muestras para hemocultivos. Serología: no debe hacerse de forma rutinaria, por no ser útil en el manejo precoz de la neumonía. Los antígenos en orina (*Neumococo* y *Legionella*) es una determinación rápida y útil para el diagnóstico etiológico. El Gram y cultivo de esputo se solicita con vista al tratamiento antibiótico. En el caso de líquido pleural, tinción de Gram, cultivo para aerobios y anaerobios, y antígeno de *neumococo*.

**Conclusiones.** Hubo baja rentabilidad en el cultivo de esputo, posiblemente debido a que el inicio del tratamiento fue, en la mayoría de los casos, dentro de las primeras ocho horas de la presentación de los síntomas, lo mismo que en el caso de los hemocultivos. Las pruebas serológicas no eran valorables porque no se realizó una segunda determinación. Lo más rentable fue la determinación del antígeno de *neumococo* en orina, con vistas al diagnóstico etiológico. Se ha visto que sistemáticamente se solicita antígeno de *Neumococo* y *Legionella* conjuntamente, aunque no haya sospecha de etiología por *Legionella* y/o la NAC no sea grave.

#### A-52 TUBERCULOSIS EN INMIGRANTES. CARACTERÍSTICAS DIFERENCIALES

**F. Díez, C. Gálvez, A. Collado, A. Lazo, A. Barnosi, B. Cervantes, J. Montes y F. Gámir**

Medicina Interna. Torrecárdenas. Almería.

**Objetivos.** Conocer la incidencia de la tuberculosis (TB) en pacientes autóctonos e inmigrantes en un área con alta tasa de inmigración. Conocer las características diferenciales de la TB en ambos colectivos.

**Material y métodos.** Estudio retrospectivo, y comparativo caso-control 1:1, en el que se han incluido todos los casos de TB diagnosticada en inmigrantes desde los años 1999-2004 en un hospital general en un área con una tasa elevada de inmigración. Como casos se incluyeron a todos los pacientes inmigrantes (país de nacimiento distinto a España) con diagnóstico de TB según los criterios admitidos. Como Controles se incluyeron a pacientes autóctonos, con diagnóstico de tuberculosis realizado temporalmente cercano al respectivo caso. Las Fuentes de identificación de casos fueron: Declaración individualizada de tuberculosis, informes clínicos y bases de datos de Medicina Interna, Enfermedades Infecciosas, Neumología, Microbiología u otros Servicios; y el CMBDA del hospital con códigos de diagnóstico de TB. Protocolo de estudio: Se rellenó una hoja de recogida de datos de casos y controles diseñada para este estudio. Adicionalmente, se completó otra hoja de datos con las características de la población en estudio y el número de casos diagnosticados de TB en pacientes autóctonos en el período de estudio. Análisis estadístico: Las diferentes variables se incluyeron en el programa estadístico SPSS 11.5 para Windows. El nivel de significación estadística fue del 5%.

**Resultados.** Se diagnosticaron un total de 60 casos de TB en inmigrantes que se compararon con otros tantos controles. La tasa de incidencia global de la TB se mantuvo estable, entre 21-23

casos/100.000 h/año en los últimos 3 años. Sin embargo la TB en inmigrantes aumentó progresivamente desde un 10% en 1999 a un 27% en el año 2.004. Los inmigrantes con TB procedían del Magreb: 44%, África Subsahariana: 20%; Europa Oriental: 17%, Sudamérica: 17% y Asia: 2%. Son pacientes más jóvenes (32 + 12 vs 46 + 13 años;  $p < 0,01$ ) y preferentemente varones (75%). En general se identifican menos factores de riesgo (FR) para TB: (35% sin FR en inmigrantes vs 7% en autóctonos;  $p < 0,001$ ). No hubo diferencias significativas en la demora del diagnóstico (46 vs 37 días desde el inicio de los síntomas), tipo de diagnóstico (cultivo positivo en el 72% vs 75%), tasa de declaración (68% vs 78%), o presentación clínica (TB pulmonar en el 83% vs 92%; aunque se diagnosticaron más formas extrapulmonares en inmigrantes. Los resultados globales del tratamiento fueron insatisfactorios con una tasa de curación del 56% y de pérdida del 31%. Se objetivaron diferencias significativas entre ambos colectivos en tasas de curación (45% vs 66%;  $p < 0,01$ ); pérdida (49% vs 14%;  $p < 0,001$ ); y éxitus (3% vs 17%;  $p < 0,01$ ). El exceso de mortalidad en pacientes autóctonos se asoció a la presencia de infección VIH u otras causas de muerte no relacionadas.

**Conclusiones.** Aunque la incidencia de TB se mantiene estable, el porcentaje de nuevos casos en la población inmigrante alcanza el 27% en nuestra zona. Los inmigrantes con TB son más jóvenes, habitualmente varones, con menos factores de riesgo asociados, con TB pulmonar preferentemente, aunque con más formas extrapulmonares. No se objetivan diferencias significativas en cómo se consigue el diagnóstico. Sin embargo el cumplimiento del tratamiento es altamente insatisfactorio. La situación actual aconseja la implantación de un programa de tratamiento supervisado/directamente observado sin demora.

#### A-53 ESTUDIO MULTICÉNTRICO SOBRE ABSCESOS ESPLÉNICOS EN OCHO HOSPITALES ESPAÑOLES (GTEI-SEMI): SERIE DE 37 CASOS

**F. López García<sup>1</sup>, M. Belhacem<sup>2</sup>, G. Peralta<sup>3</sup>, R. Serrano Heranz<sup>4</sup>, A. Hernández Belmonte<sup>5</sup>, J. Pérez Arellano<sup>6</sup>, M. Salavert Lletí<sup>7</sup> y C. Mirete Ferrer<sup>8</sup>**

<sup>1</sup>Medicina Interna. Hospital de Vega Baja. Orihuela, Alicante.

<sup>2</sup>Enfermedades Infecciosas. Hospital Universitario. Salamanca.

<sup>3</sup>Medicina Interna. Hospital Sierrallana. Torrelavega, Cantabria.

<sup>4</sup>Enfermedades Infecciosas. Hospital General Universitario. Getafe, Madrid.

<sup>5</sup>Enfermedades Infecciosas. Hospital General Universitario de Albacete. Albacete.

<sup>6</sup>Enfermedades Infecciosas. Hospital General Universitario Insular. Gran Canaria.

<sup>7</sup>Enfermedades Infecciosas. Hospital Universitario La Fe. Valencia.

<sup>8</sup>Medicina Interna. Hospital de San Vicente. San Vicente, Alicante.

**Objetivos.** Describir las características de los casos de absceso esplénico (AE) diagnosticados en ocho centros hospitalarios españoles.

**Material y métodos.** Estudio multicéntrico y retrospectivo con revisión de las historias clínicas de los pacientes diagnosticados de AE en ocho hospitales españoles y en los últimos diez años. Se describen los datos epidemiológicos, clínicos, analíticos, radiológicos, microbiológicos, de evolución y terapéuticos.

**Resultados.** Se han estudiado 37 casos de AE de los que 25 (67,5%) eran varones y 12 (32,5%) mujeres. La edad media de su presentación fue de 52 años (rango 17-91). Las enfermedades de base y los factores de riesgo más frecuentes fueron la infección por el VIH (27%), endocarditis (24%), infecciones por contigüidad (21%) y neoplasias (11%). El motivo más común de consulta fue la fiebre (86,5%), síntomas generales (78%) y dolor abdominal (67,5%). En la exploración física el 16,2% tenían hepatomegalia y el 21,6% esplenomegalia. La analítica mostró una cifra media de leucocitos de 13.019/mm<sup>3</sup>, Hb: 11,5 g/dl, plaquetas: 280.222/mm<sup>3</sup> y VSG: 66 mm. Había alteraciones de la radiografía de tórax en el 65% de los casos. La ecografía fue diagnóstica en el 83,3% de los pacientes y el TC abdominal en el 92%; la mayoría eran abscesos múltiples (62%). El rendimiento de las técnicas microbiológicas fue: hemocultivos positivos: 53%, presencia del microorganismo en el exudado del absceso: 24% y en otras localizaciones (esputo, orina, heces, líquido ascítico): 35%. Existió una concordancia entre el hemocultivo y el exudado del absceso en el 64,3% de los casos, y se logró la identi-

cación del microorganismo en el 81% de los pacientes. El 86,5% de los abscesos fueron monomicrobianos. Los microorganismos aislados fueron: *Mycobacterium tuberculosis* (8/37), *Staphylococcus aureus* (7), estreptococos (5) *Streptococcus pneumoniae* (2), *Streptococcus viridans* (1), *Streptococcus sanguis* (1), *Streptococcus boris* (1), anaerobios (3), *Escherichia coli* (3), *Staphylococcus epidermidis* (1), *Proteus mirabilis* (1), *Salmonella* spp. (1), y *Candida krusei* (1). Se realizó esplenectomía en el 40,5% de los casos y drenaje percutáneo en el 40,5%, siempre en combinación con antibióticos; el resto recibió únicamente antibióticos. El tiempo medio de estancia hospitalaria fue de 36 días y la mortalidad del 21,6% (7/37); cuatro fallecieron por una tuberculosis diseminada y otros cuatro por shock séptico.

**Conclusiones.** En nuestra serie, la mayor parte de los casos de AE tienen factores de riesgo asociados. En la exploración física es poco frecuente la hepatoesplenomegalia. La prueba diagnóstica radiológica electiva es el TC abdominal. El diagnóstico microbiológico ha sido mayor que en otras series (81%) con una mayoría de AE monomicrobianos. A diferencia de otras series publicadas, *Mycobacterium tuberculosis* es el microorganismo aislado más frecuente seguido de *S. aureus*, estreptococos y anaerobios. En el tratamiento se utilizan antibióticos vía endovenosa junto a esplenectomía o drenaje. Ésta última opción ha sido utilizada en el 40,5% de los casos con buen resultado. La mortalidad es menor que la esperada según otras series y es debida sobre todo a tuberculosis diseminada y sepsis.

#### A-54 CARACTERÍSTICAS DE LA TUBERCULOSIS EN UN HOSPITAL GENERAL EN EL PERÍODO 1999-2004 EN COMPARACIÓN CON EL PERÍODO 1993-1998

E. García-Alcalde Suárez<sup>1</sup>, R. Fernández Álvarez<sup>1</sup>, R. Coto Hernández<sup>1</sup>, I. Cabezas Rodríguez<sup>1</sup>, H. Suárez Casado<sup>1</sup>, M. Telenti Asensio<sup>2</sup>, A. López Muñiz<sup>3</sup> y L. Trapiella<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Medicina Interna 2, <sup>2</sup>Enfermedades infecciosas y Microbiología. Hospital Universitario Central de Asturias. Oviedo, Asturias. <sup>3</sup>Departamento de Morfología y Biología Celular. Universidad de Oviedo. Oviedo, Asturias.

**Objetivos.** Estudio y comparación de la tuberculosis en un hospital general en el sesenio 99-04 respecto al sesenio 93-98 (Caminal Montero: Enferm Infecc Microbiol Clin. 2002).

**Material y métodos.** Revisión retrospectiva de las historias clínicas de los casos de TBC diagnosticados del 1 de enero de 1999 al 31 de diciembre del 2004 a través del Servicio de Microbiología y Enfermedades Infecciosas del Hospital General de Asturias y comparación con los datos del trabajo del Dr. Luis Caminal (Caminal Montero Luis, Trapiella Martínez Luis, Telenti Asensio Mauricio, Fernández Bernaldo De Quirós José. Características de la tuberculosis en un hospital general durante los años 1993-1998. Análisis de las resistencias y coinfección por el VIH. Enferm Infecc Microbiol Clin. 2002;20: 68-73). Análisis estadístico: SPSS. Prueba de  $\chi^2$ , prueba exacta de Fisher cuando fue preciso.  $p < 0,05$ .

**Resultados.** Se declararon 186 casos de TBC en el período 99-04 y 268 en el 93-98. El sexo predominante fue el masculino (68,3% vs 70,1%). La mediana de edad fue de 48 años en el 99-04 y de 52 años en el 93-98. Las formas de presentación clínica más frecuentes fueron: Pulmonar (46,8% vs 39,2%), extrapulmonar (31,7% vs 32,3%) y diseminada (21,5% vs 25,5%). En el 99-04 la forma más frecuente fue la pulmonar, tanto en los pacientes VIH positivos como en los negativos; en el 93-98 fue la forma diseminada en los pacientes VIH positivos. La resistencia a 1 o más fármacos fue del 3,2% en el 99-04 y del 3,8% en el 93-98 con una resistencia a la isoniazida del 1,1% en el 99-04 y 1,3% en el 93-98. Hubo un caso de multiresistencia en el último sesenio (0,5%) y tres en el primer sesenio (1,7%). La coinfección con el VIH se dio en el 30,1% de los casos en el período 99-04 y en el 38,8% en el 93-98. En el 69,6% de los casos del 99-04 el factor de riesgo para la adquisición de dicha infección fue el consumo de drogas por vía parenteral (UDVP), 83% de los casos en el 93-98.

**Discusión.** La epidemiología de la tuberculosis en el sesenio 99-04 no ha variado respecto al 93-98, con un predominio del sexo masculino y una mediana de edad en torno a los 50 años, sin embargo ha habido un descenso en el número de casos de un 30,5%. La

tuberculosis pulmonar ha ganado terreno a las otras formas de presentación clínica siendo la más frecuente tanto en la población VIH negativa como en la VIH positiva con un descenso de la forma diseminada en ésta última. La resistencia global a los fármacos antituberculosos se mantiene estable con una baja tasa de resistencia a la isoniazida (menor del 4%); así mismo, han disminuido los casos de multiresistencia de 3 a 1 en el último período. Ha habido un discreto descenso en la tasa de coinfección con el VIH (30,1% vs 38,8%) aunque aún se mantiene elevada. En este grupo se constata un descenso en el número de UDVP (69,6% frente al 83%).

**Conclusiones.** Comparando el sesenio 99-04 con el inmediatamente anterior, 93-98, podemos sacar las siguientes conclusiones: 1) Descenso en el número de casos de tuberculosis sin variación epidemiológica. 2) Predominio de la forma de presentación pulmonar y descenso de la diseminada. 3) Descenso de la tasa de coinfección con el VIH y descenso de los UDVP en este grupo. 4) Mantenimiento de la tasa global de resistencias con descenso de la multiresistencia y baja tasa de resistencia a la isoniazida por lo que se recomienda un régimen de tratamiento de tres fármacos (isoniazida, rifampicina y piracinamida) añadiendo el etambutol en los casos de TBC en inmigrantes que procedan de poblaciones con tasas de resistencia superior al 4%.

#### A-55 NEUMONÍA INTRAHOSPITALARIA. ANÁLISIS DE LA VALORACIÓN AL INGRESO EN 26 PACIENTES

J. García Aparicio, J. Herrero Herrero, L. Corral Gudino y R. Jorge Sánchez

Medicina Interna - Los Montalvos. Complejo Hospitalario de Salamanca. Salamanca.

**Objetivos.** Estudiar las variables epidemiológicas, clínicas y de laboratorio que caracterizaron en el momento del ingreso en un servicio de Medicina Interna a una serie de pacientes que desarrollaron neumonía durante la hospitalización.

**Material y métodos.** Se analizan retrospectivamente todos los ingresos de nuestro servicio entre febrero de 2004 y junio de 2006, estableciéndose un subgrupo con los pacientes diagnosticados de neumonía intrahospitalaria (NIH). Se comparan los resultados entre el grupo principal (GP) y el subgrupo con NIH respecto a las variables: sexo, edad, institucionalización previa, diagnóstico principal, comorbilidad, y distintos índices de discapacidad (AVD, Barthel, Rankin) y de gravedad (SOFA, SAPS II, APACHE II, Port) aplicados al ingreso. Utilizamos el estadístico  $\chi^2$  para la comparación de proporciones y la *t* de Student en el análisis de las medias.

**Resultados.** De los 2.723 pacientes ingresados, 26 (0,95%) desarrollaron neumonía durante la hospitalización. De ellos, 16 (61,5%) fueron varones (GP: 51,1%; n.s.). La edad media fue de 83,3  $\pm$  7,9 años (GP: 79,3  $\pm$  11,4 años;  $p = 0,01$ ). Dos pacientes (7,7%) estaban institucionalizados (GP: 15,2%; n.s.). Los motivos más frecuentes de ingreso fueron: Ictus, 8 (30,8%); Insuficiencia cardíaca, 4 (15,4%); y EPOC, 3 (11,5%) (diferencias n.s. en la comparación con las proporciones del GP). Tampoco se demostraron diferencias entre ambos grupos respecto a las frecuencias de comorbilidad de las patologías más prevalentes. Las puntuaciones medias de los índices de discapacidad fueron: AVD: 5,8  $\pm$  2,3 (GP: 4,2  $\pm$  1,9;  $p = 0,002$ ); Barthel: 41,1  $\pm$  43,1 (GP: 68,4  $\pm$  37,4;  $p = 0,007$ ); y Rankin: 4,1  $\pm$  0,9 (GP: 2,7  $\pm$  4,0; n.s.). Las puntuaciones medias de los índices de gravedad fueron: SOFA: 2,6  $\pm$  1,7 (GP: 2,4  $\pm$  3,6; n.s.); SAPS II: 30,7  $\pm$  12,0 (GP: 30,2  $\pm$  9,4; n.s.); APACHE II: 16,1  $\pm$  7,0 (GP: 13,9  $\pm$  5,2; n.s.); y Port: 44,9  $\pm$  64,6 (GP: 85,6  $\pm$  55,1;  $p = 0,006$ ). La estancia media del grupo con NIH fue de 14,3  $\pm$  7,2 días (GP: 6,9  $\pm$  5,2 días;  $p = 0,000$ ). Fallecieron 6 pacientes (23,1%) (GP: 8,7%;  $p = 0,023$ ).

**Discusión.** El principal mecanismo de producción de la NIH es la aspiración del contenido orofaríngeo y/o gástrico y todos los factores que favorecen ésta incrementan su incidencia. La gravedad al ingreso, valorada por índices generales, no mostró en nuestra serie asociación estadística con el desarrollo de NIH (solamente lo hizo el índice Port, que otorga un peso significativo a la edad).

**Conclusiones.** La edad avanzada y la discapacidad al ingreso (no la gravedad valorada por índices generales) se asocia con el desarrollo de NIH en los pacientes ingresados en un servicio de Medicina Interna.

**A-56**  
**DIFERENCIAS ENTRE POBLACIÓN INMIGRANTE Y**  
**AUTOCTONA CON TUBERCULOSIS EN EL H. LA PAZ**  
**DURANTE EL PERÍODO 2000-2005**

**I. Pérez Valero<sup>1</sup>, J. Ríos Blanco<sup>1</sup>, J. García<sup>2</sup>, A. González Prieto<sup>2</sup>, A. Robles Marhuenda<sup>1</sup>, J. Peña<sup>1</sup>, A. Gil Aguado<sup>1</sup> y J. Vázquez Rodríguez<sup>1</sup>**

<sup>1</sup>Medicina Interna, <sup>2</sup>Microbiología Clínica. Hospital La Paz. Madrid.

**Objetivos.** Evaluar el perfil epidemiológico de la tuberculosis (TB) en los últimos 6 años. Estudiar si el aumento de la inmigración condiciona un cambio en la forma de presentación de la TB en nuestro medio. Valorar diferencias clínicas entre inmigrantes y autóctonos: n.º de formas extrapulmonares, n.º de baciloscopias (BK) positivas y n.º de resistencias. Analizar si la TB entre los inmigrantes VIH presenta diferencias con la TB entre los VIH no inmigrantes.

**Material y métodos.** Estudiamos de forma retrospectiva a todos los pacientes con diagnóstico microbiológico de enfermedad tuberculosa entre los años 2000 y 2005 ambos inclusive en el Hospital La Paz de Madrid. Se analizaron los datos clínicos, radiológicos, microbiológicos, terapéuticos y evolutivos, mediante el programa SPSS, necesarios para evaluar los Objetivos. del estudio.

**Resultados.** Durante los 6 años del estudio se diagnosticaron 493 casos de TB, 165 en mujeres y en 328 hombres, con una distribución de casos por año similar durante todo el período. La proporción de inmigrantes fue progresivamente en aumento, contabilizándose un total de 159 casos. La mayoría latinoamericanos (105), seguidos de magrebies (19), este-europeos (14) y africanos (9). Los 334 pacientes restantes fueron españoles. Se contabilizaron un total de 387 formas pulmonares, 70 extrapulmonares y 36 miliares. La incidencia de formas extrapulmonares y miliares fue superior entre los inmigrantes (30,2% vs 17,4%) (p = 0,02), siendo el riesgo relativo 3,5 veces superior [OR 1,61-7,80]. 43 españoles presentaron VIH frente a 13 inmigrantes. Se observó un aumento del n.º de formas extrapulmonares y miliares en los VIH, manteniéndose las diferencias entre los inmigrantes y los autóctonos (76,9% vs 34,9%) (p = 0,011). La coinfección TB-VIH confirió un riesgo 2,2 veces superior de padecer TB diseminada [OR 1,04-4,77]. Padecer VIH y ser inmigrante demostraron ser factores de riesgo independientes a la hora de desarrollar una forma diseminada (p = 0,03). La BK fue positiva en el 45% de las muestras, siendo superior entre los inmigrantes (p = 0,01). El índice de resistencias a fármacos de primera línea fue de 5,2%, con 14 cepas resistentes a isoniazida (INH) o rifampicina (RIF) y 12 cepas multiresistentes (INH y RIF). No existieron diferencias en el índice de resistencias primarias entre inmigrantes y autóctonos (5,9% vs 5,5%) (p > 0,05). Sin embargo existió un mayor n.º de formas resistentes a fármacos de segunda línea en inmigrantes (17,8% vs 4,5%) (p < 0,0001).

**Conclusiones.** 1) La tuberculosis extrapulmonar fue más frecuente en los pacientes inmigrantes que en los autóctonos. 2) Los pacientes VIH con independencia de su origen presentaron también un número superior de formas extrapulmonares. 3) No existen diferencias entre los índices de resistencias a los antituberculostáticos habituales entre inmigrantes y no inmigrantes. 4) La existencia de un índice de resistencias superior al 5% en nuestra área plantea la necesidad de tratar a todos los pacientes con 4 fármacos. 5) Es necesario incluir de rutina el test de VIH a todo paciente diagnosticado de TB.

**A-57**  
**HIPERGLUCEMIA AL INGRESO EN PACIENTES NO**  
**DIABÉTICOS CON NEUMONÍA ADQUIRIDA EN LA COMU-**  
**NIDAD**

**E. Ciria Hernández<sup>2</sup>, M. Menéndez Orega<sup>2</sup>, I. Pérez Valero<sup>1</sup>, M. Quesada Simón<sup>2</sup>, R. Álvarez-Sala Walter<sup>3</sup>, J. López García<sup>4</sup> y F. Arnalich Fernández<sup>1</sup>**

<sup>1</sup>Medicina Interna. H. Universitario La Paz. Madrid. <sup>2</sup>Urgencias, <sup>3</sup>Neumología, <sup>4</sup>Medicina Intensiva. Universitario La Paz. Madrid.

**Objetivos.** La mayoría de los pacientes diabéticos hospitalizados por neumonía adquirida en la comunidad (NAC) ingresan con glucemias > 14 mmol/l y presentan una mayor morbimortalidad que se refleja en una mayor puntuación en la escalas de gravedad, como la *Pneumonia Severity of Illness* (PSI, Fine et al 1997). El objetivo de

este estudio es determinar si la hiperglucemia al ingreso (HGI) en pacientes no diabéticos con NAC se asocia a unas determinadas características clínicas y a un diferente pronóstico.

**Material y métodos.** Se realiza un estudio prospectivo de 126 pacientes ingresados en los servicios de Medicina Interna, Neumología y Cuidados Intensivos, de un hospital universitario durante 2003-2004. Todos tenían un diagnóstico de NAC confirmado radiológicamente. Se consideró paciente diabético aquel con antecedentes personales o concentración de hemoglobina glicosilada al ingreso > 7%. Se definió hiperglucemia al ingreso (HGI) como una glucemia en sangre venosa > 11 mmol/L en ausencia de diabetes conocida y con una concentración de hemoglobina glicosilada < 7%. Los pacientes se dividieron en 3 grupos: A) NAC y diabetes (n = 17); B) NAC e HGI (n = 28); C) NAC sin HGI (n = 81). Se analizaron las características clínicas de los pacientes en cada grupo, comorbilidad, bacteriemia, sepsis grave, y mortalidad a 30 días. Las variables categóricas fueron comparadas mediante el test de la chi-cuadrado, y las variables continuas mediante el análisis de la varianza.

**Resultados.** En comparación con los pacientes no diabéticos sin hiperglucemia, los pacientes con NAC e HGI se caracterizaron por mayor edad y comorbilidad (índice de Charlson > 3), mayor gravedad (PSI clase IV+V), mayor tasa de ingreso en UCI y mayor mortalidad a los 30 días (ver tabla).

**Discusión.** Los pacientes con NAC no diabéticos pueden presentar al ingreso hiperglucemias moderadas (entre 11 y 14 mmol/l). Aunque no existen estudios que evalúen los mecanismos de esta hiperglucemia, probablemente sea debida a una mayor liberación de glucagón y de citoquinas proinflamatorias.

**Conclusiones.** 1) En pacientes no diabéticos con NAC se observa con frecuencia hiperglucemia aguda al ingreso. 2) Esta hiperglucemia se asocia a una mayor gravedad y peor pronóstico.

Tabla 1. Características de los pacientes.

Grupos	NAC y diabetes	NAC e HGI	NAC sin HGI
Edad	68 (5)	72 (6)*	65 (7)
Var/Mujer	9/8	16/12	37/44
Comorbilidad > 3	6 (36%)	20 (73%)*	38 (47%)
I. gravedad			
(PSI clase IV+V)	5 (29%)	17 (61%)*	29 (36%)
Bacteremia	3 (18%)	8 (29%)	17 (21%)
Sepsis grave	4 (22%)	10 (36%)	17 (21%)
Ingreso UCI	5 (29%)	12 (43%)*	18 (22%)
Mortalidad	2 (12%)	5 (18%)	6 (7%)

\*p < 0,05 versus otros grupos.

**A-58**  
**¿EXISTE ALGÚN PATRÓN CLÍNICO DIAGNÓSTICO EN LA**  
**FIEBRE DE ORIGEN DESCONOCIDO DEL PACIENTE CON**  
**INFECCIÓN POR EL VIH?**

**J. Abellán Martínez, J. Guerra Vales y Á. del Palacio Pérez-Medel**

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

**Objetivos.** Valorar si existe algún patrón clínico o algún dato clínico-analítico en los pacientes con fiebre de origen desconocido (FOD) e infección por el VIH que oriente a un diagnóstico etiológico.

**Material y métodos.** Estudio de una cohorte histórica de pacientes VIH entre enero de 1994 y diciembre de 2000 en el Hospital Universitario 12 de Octubre de Madrid. De cada episodio de FOD se recogen distintas variables que se analizan mediante regresión lineal como posible factor de riesgo para tener una u otra etiología. Posteriormente se realiza un análisis multivariante en el que se incluyen todas las variables que han presentado significación estadística en el estudio univariante o pueden tener relevancia clínica (tras revisión de trabajos previos).

**Resultados.** Se analizan 276 episodios de FOD en 3.777 pacientes VIH positivos en seguimiento durante el período estudiado. Las etiologías más frecuentes en la FOD fueron: 63 casos de infección diseminada por MAI, 51 tuberculosis, 47 leishmaniasis y 26 linfomas.



Tras realizar el estudio multivariante se obtuvieron como datos relevantes: en primer lugar que las FOD que cursan con aumento de la enzima láctico deshidrogenasa (LDH) tienen 2,49 veces más probabilidad de ser tuberculosis (OR 2,49 para un IC 1,311-4,738), y en segundo lugar que las FOD que cursan con pancitopenia e hiperproteinemia tienen hasta 8,11 veces más probabilidad de ser leishmaniasis (OR 8,11 para un IC 3,865-17,031).

**Discusión.** En diversos estudios se ha comentado que ciertos hallazgos clínicos, exploratorios o de laboratorio, en los episodios de FOD podrían orientarnos hacia la etiología. En alguno de ellos se sugiere que el aumento de la LDH podría estar relacionada con distintas patologías como la tuberculosis, la infección diseminada por MAI o el linfoma. En nuestro trabajo no hemos podido asociar el aumento de LDH con ninguna otra etiología que no sea la tuberculosis. En el caso de la fosfatasa alcalina esta se ha asociado en numerosos estudios a la infección diseminada por MAI y en algunos con la tuberculosis; en nuestra serie no hemos encontrado ninguna relación del aumento de esta enzima con las distintas etiologías. En el caso de la hiperproteinemia se ha relacionado clásicamente con el Kala-azar; no obstante son numerosos los estudios que dan poco valor a este dato bioquímico en el caso de la leishmaniasis en el SIDA. En base a nuestros resultados podemos decir que la hiperproteinemia en la FOD del VIH es bastante indicativa de leishmaniasis. En el caso de otras variables como la hepatomegalia, esplenomegalia, adenopatías o citopenias diversas no se ha podido encontrar ninguna relación.

**Conclusiones.** Los episodios de FOD en el paciente VIH que cursan con aumento de LDH tienen 2,49 veces más probabilidad de ser tuberculosis y los que tienen pancitopenia e hiperproteinemia tienen hasta 8,11 veces más probabilidad de ser leishmaniasis.

#### A-59 MODELO PREDICTIVO DE BACTERIEMIA POR ANAEROBIOS

J. Ruiz-Giardin y A. Noguerado

Medicina Interna. Hospital de Fuenlabrada. Fuenlabrada, Madrid. Medicina Interna. Hospital de Cantoblanco. Cantoblanco, Madrid.

**Objetivos.** Crear un modelo predictivo de bacteriemia por anaerobios, dada la baja prevalencia de las mismas (4,6% del total de las bacteriemias), y su elevada mortalidad (en nuestra serie 17/46 casos 41%).

**Material y métodos.** Estudio prospectivo realizado en un Hospital terciario de unas 400 camas, con todos los servicios médicos y quirúrgicos exceptuando pediatría, ginecología y obstetricia. Análisis de todos los hemocultivos positivos obtenidos durante un período global de tres años, 1985 y 86, y 1996-97. Se analizaron clínicamente todos los pacientes con hemocultivo positivo. Los hemocultivos positivos se clasificaron así en contaminantes o en significativos. En los significativos se analizaron las siguientes variables adquisición, servicio, enfermedad de base, factores predisponentes, manipulaciones, foco de origen, datos clínicos y de laboratorio, tratamiento, período y evolución. Las variables con  $p < 0.15$  en el modelo univariado pasaron a ser analizadas en un modelo de regresión logística. Estos factores fueron empleados para crear un modelo estratificado de pacientes con puntuaciones de 0 a 11 puntos, y una curva ROC.

**Resultados.** De un total de 16.916 hemocultivos, positivos 2.433, de los que 984 fueron bacteriemias significativas y de las que 46 (4,6%) fueron por anaerobios. Las variables que en el modelo de regresión logística presentaron significación clínica como predictivas de bacteriemia por anaerobios frente a bacteriemia por aerobios fueron: origen desconocido de la bacteriemia OR 1,13 (IC 1,13-10,54); origen abdominal y piel OR 14,85 (IC 6,37-34,62); presencia de hipotensión OR 1,99 (IC 0,98-4,04); la ausencia de manipulaciones vasculares OR 2,62 (IC 1,04-6,60); edad entre 40-60 años OR 1,60 (IC 0,51-5,04); y edad superior a 60 años OR 3,21 (IC 1,19-8,67). 95 (9,7%) bacteriemias carecían de todos los factores predictivos, todas por gérmenes aerobios. Área bajo la curva ROC de 0,84, IC 95% (0,82-0,86). Los valores predictivos positivos y negativos están calculados para una prevalencia del 4,6% de bacteriemia por anaerobios sobre el total de bacteriemias. En el grupo de 0 puntos hay 95 bacteriemias, ninguna de ellas por anaerobios. En el grupo de 11 puntos hay 7 bacteriemias por aerobios y 7 por anaerobios (15%) de todas las bacteriemias por anaerobios. Utilizando el

punto de corte por encima de 6 puntos, se encuentran 371 bacteriemias de las cuales el 12% (40) son por microorganismos anaerobios. Estas 40 bacteriemias suponen el 87% de todas las bacteriemias por anaerobios diagnosticadas. El valor predictivo positivo con una puntuación superior a 6 es del 13%, con una sensibilidad del 80,4%. Con una puntuación de cero puntos el valor predictivo negativo del modelo es del 100%. Este modelo está siendo validado actualmente con más de 200 bacteriemias recogidas durante el año 2005 y 2006, pendiente de resultados.

**Discusión.** La realización de este estudio permite apoyar la idea de que las bacteriemias por anaerobios son difíciles de predecir en presencia de alguno de los factores predictivos de las mismas, ya que aunque la sensibilidad es alta, el valor predictivo positivo no lo es dada la baja prevalencia de las mismas. En nuestro trabajo el origen abdominal y piel es la característica de mayor potencia predictiva, y suponen 162 bacteriemias (17,3% del total), siendo en las bacteriemias por anaerobios el foco en 33 casos (71,7%) del total. El foco de origen desconocido también ha sido descrito como relacionado con bacteriemias por anaerobios hasta en el 16% de las mismas, y en nuestro caso supone el origen en 171 casos, 6 de ellos por anaerobios.

**Conclusiones.** En el modelo presentado, la mayor utilidad es el alto valor predictivo negativo del modelo predictivo, ya que con 0 puntos es del 100%. Con una puntuación superior a 6 puntos el valor predictivo positivo es del 13%, con una sensibilidad superior al 80%. Inconvenientes: Necesidad de validación (pendiente de resultados), y saber que el modelo está realizado sobre bacteriemias diagnosticadas y no sospechadas, hecho que no afecta al valor de las sensibilidades y especificidades, pero sí sobre todo al valor predictivo positivo.

#### A-60 LEGIONELOSIS EN LA PROVINCIA DE SORIA. PERÍODO 2000-2005

A. Lahoz Tornos<sup>1</sup>, J. Benítez Mora<sup>1</sup>, M. León Téllez<sup>1</sup>, C. López Carrión<sup>1</sup>, P. Rey Martínez<sup>1</sup>, E. Pujol Obis<sup>1</sup>, V. del Villar Sordo<sup>1</sup> y C. Aldea Mansilla<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Medicina Interna, <sup>2</sup>Microbiología. Hospital Santa Bárbara. Soria.

**Objetivos.** La legionelosis es una enfermedad bacteriana aguda que se presenta en forma neumónica (Enfermedad del Legionario) (EL) y no neumónica o Fiebre de Pontiac (FP). Es producida por *Legionella pneumophila*, bacilo Gram negativo que comprende 15 serogrupos, siendo 1 (SG1), el responsable del 72% de las infecciones. El reservorio predominante de la bacteria es el agua. El único medio de transmisión conocido es por vía aérea. Es una enfermedad de baja incidencia, puede presentarse en forma esporádica o en brotes con una letalidad hasta del 15%. La EL tiene un período de incubación de 2 a 10 días y la FP de 5 a 66 horas. Desde 1996 se considera una Enfermedad de Declaración Obligatoria a nivel nacional. Los objetivos son cuantificar en el Área de Salud de Soria, período 2000-2005, el número de casos y brotes, determinar la incidencia y su tendencia; establecer el patrón epidemiológico, identificar la fuente de infección y obtener información para optimizar las medidas preventivas.

**Material y métodos.** Se trata de un análisis observacional, descriptivo-epidemiológico de 18 pacientes con legionelosis (casos sospechoso-probables\* o confirmados\*\*) en el Complejo Hospitalario de Soria. Las variables estudiadas han sido agrupadas, representadas y sintetizadas de forma sistemática. Definición clínica de caso: EL: Enfermedad respiratoria aguda con signos focales de neumonía, fiebre, cefalea y mialgias, asociado o no a diarrea, vómitos, confusión mental o delirio. FP: Síndrome febril agudo autolimitado. Diagnóstico de laboratorio: Aislamiento de *Legionella* spp. Seroconversión frente a *L. pneumophila* SG1 por IF indirecta, en sueros en la fase aguda y convaleciente. Ag. en orina positivo. \*Definición clínica y/o un resultado positivo en: Título alto (> 256) de Ac. en suero en fase convaleciente. Seroconversión a *L. pneumophila* SG1, por IF indirecta, en fase aguda y convaleciente. ID positiva frente a cualquier especie o serogrupo de *Legionella*. \*\*Definición clínica de caso y confirmado por laboratorio.

**Resultados.** La serie es de 18 casos de legionelosis (período 2000-2005), 55,75% varones, media de edad 73 a., siendo la más frecuente > a los 75 a. Un 50% presentaba factores predisponentes:

enfermedad respiratoria crónica. La mayor parte de los casos fueron esporádicos, uno de ellos asociado a viajes, el resto (2 casos) fueron asociados a brote. Se confirmaron mediante determinación de Ag. en orina 16 casos. Los casos fueron más incidentes en los meses de abril y mayo. El 50% se trataron con quinolonas (levofloxacino), y el resto con claritromicina y cefalosporina 3ª generación. 16 pacientes curaron y 2 pacientes, mayores de 85 años, fallecieron. La incidencia por 100.000 h. y año (2000-2005) es de 0, 2,2, 5,5,1, 6,5 y 4,3 en Soria. En Castilla y León 0,5, 0,7, 2,8, 2, 1,2, 1,5. y en España 1,9, 3,7, 3,8, 3,2, 2,9 y 3. El 56% de los casos tenían más de 74 años, La distribución de frecuencias de signos y síntomas es: Fiebre: 40%, Neumonía 36%, Confusión: 11%, Cefalea: 7%, Mialgias o/y diarreas y vómitos: 6%.

**Discusión.** La incidencia de legionelosis durante el período estudiado es superior en el área de Salud de Soria (3,25) que en la Comunidad de Castilla y León (1,45) y España (3,08). En correspondencia con el envejecimiento poblacional de la provincia de Soria y otros parámetros epidemiológicos, la edad de los pacientes superó los 75 años en más del 55% de los casos. Las manifestaciones clínicas son concordantes con los datos disponibles así como la forma de presentación de los casos, más frecuentemente esporádica que en brotes.

**Conclusiones.** Las tasas de incidencia en la Provincia de Soria (en los últimos años del período estudiado) son superiores respecto a las de la Comunidad de Castilla y León y de España, siendo la mayor parte de pacientes afectados, mayores de 75 años. Los casos asociados a brotes, son los menos frecuentes. En la provincia de Soria, ocurrió un brote comunitario en el año 2004 asociado a agua caliente, mientras que en la Comunidad ocurrían otros 3 brotes durante este período, uno de ellos hospitalario.

**Bibliografía.** (CDC. Case definitions for Public Health Surveillance. MMWR 1990;39; Marston BJ et al. Arch Intern Med 1994; Pelaz Antolín C. et al. Instituto de Salud Carlos III. 1993).

#### A-61

### MAPA DE ENFERMEDADES DE TRANSMISIÓN SEXUAL EN LA COSTA DEL SOL. EVOLUCIÓN ENTRE LOS AÑOS 2000-2005

**F. Moreno Martínez<sup>1</sup>, J. Prada Pardo<sup>1</sup>, N. Montiel Quetzal-Guerraz<sup>2</sup>, A. del Arco Jiménez<sup>1</sup>, J. de la Torre Lima<sup>1</sup>, J. Aguilar García<sup>1</sup>, I. Escot Cabeza<sup>1</sup> y J. García Alegria<sup>1</sup>**

<sup>1</sup>Medicina Interna, <sup>2</sup>Microbiología. Costa del Sol. Marbella, Málaga.

**Objetivos.** Estudiar las características clínicas y realizar un mapa de ETS en nuestra área hospitalaria. Valorar la evolución en los últimos 5 años.

**Material y métodos.** Estudio retrospectivo descriptivo de todos los pacientes que han sido diagnosticados de ETS en el distrito sanitario del Costa del Sol entre enero de 2000 y diciembre de 2005. Se explotan los datos del servicio de microbiología. Se excluyeron los casos de hepatitis, herpes, papilomavirus y VIH.

**Resultados.** Se han detectado en el periodo del estudio 207 casos de infecciones por *Treponema pallidum* (Tp), *Neisseria gonorrhoeae* (Ng) y *Chlamydia trachomatis* (Ct) La edad media fue de 35 años (rango 19-85) y el 69,6% fueron varones. Según la distribución por patología destaca la infección por Tp como la de mayor incidencia con 150 casos (72,5%), seguida por Ng 41 casos (19,8%) y 16 casos por Ct (7,72%). La edad media fue de 37, 30 y 25 años respectivamente. Según la distribución por años desde el 2.000 al 2.005 los casos diagnosticados han sido respectivamente 24, 18, 35, 24, 59 y 47, la edad media de 40, 39, 36, 36, 34 y 32 años, los casos de infección por Tp 20, 13, 26, 15, 41 y 35, por Ng 4, 4, 6, 8, 12 y 7 casos y por Ct 0, 1, 3, 1, 6 y 5 casos. Según la distribución por procedencia del diagnóstico destaca Atención Primaria con un 71%, Medicina Interna con un 11,1%, Ginecología con un 9,7%, Dermatología con un 1,9% y otros servicios en el 6,3% de los casos.

**Conclusiones.** Se observa una tendencia al incremento en la incidencia de las ETS en los últimos años y a una disminución en la edad de diagnóstico (de 40 a 32 años de media en los últimos 5 años). Afectan de forma relevante a varones (69,6%). El diagnóstico inicial de la patología se lleva a cabo de forma mayoritaria en Atención Primaria. Sería deseable la existencia de un servicio de referencia que aborde y centralice este tipo de patología.

#### A-64

### ENDOCARDITIS INFECCIOSA. ANÁLISIS DESCRIPTIVO EN EL HOSPITAL CENTRAL DE ASTURIAS

**M. Rivas Carmenado, M. Martínez Celada, M. Gallego Villalobos, A. García Bernárdez y T. Suárez Zarracina**  
Medicina Interna I. Central de Asturias. Oviedo, Asturias.

**Objetivos.** Descripción clínica, epidemiológica de una serie de 31 pacientes diagnosticados de endocarditis bacteriana en un período de 10 años en un hospital de tercer nivel. Analizando los factores de riesgo, clínica, diagnóstico y tratamiento.

**Material y métodos.** Estudio retrospectivo descriptivo de un total de 31 casos de endocarditis bacteriana con diagnóstico definitivo en el servicio de Medicina Interna I en el Hospital Central de Asturias entre enero de 1995 y mayo de 2006.

**Resultados.** En 28 pacientes (90,3%) se realizó diagnóstico definitivo por ecocardiografía. La edad media fue 62,5 años (mediana 69), con predominio de hombres 26 (83,9%). Se objetivaron 24 endocarditis izquierdas (77,4%) y 7 derechas (22,6%); 27 casos en válvulas nativas y 4 en protésicas. La válvula más afectada fue la mitral 15 (45,2%) seguida de la aórtica 10 (32,3%) y tricúspide 7 (22,6%). El diagnóstico etiológico definitivo se realizó en un 91,3% de los casos (8 SAMS, 3 *S. viridans*, 11 otros streptococos, 5 SCN, 1 bacterias atípicas, 3 desconocido). Entre los factores predisponentes destacan la valvulopatía previa 14 (45% del total) sobretodo en endocarditis izquierdas, el consumo de drogas vía parenteral en las derechas 5 (16,1% del total), y con menor frecuencia el alcoholismo 4 (12,9%), cáncer 2 (6,5%), afección gastrointestinal (6,5%), y cardiopatía congénita 2 (6,5%). El síntoma predominante al ingreso fue la fiebre en 24 casos (77,4%), el síndrome general en 3 (9,7%), insuficiencia cardíaca en 2, artralgias y alteraciones neurológicas en un caso. En cuanto a los hallazgos ecocardiográficos se identificaron verrugas en 26 pacientes (83,9%), masas valvulares y engrosamiento en un caso, y en tres pacientes no se objetivaron hallazgos claros de endocarditis. El tratamiento más comúnmente utilizado fue penicilina con aminoglucósido 13, seguido de ampicilina + aminoglucósido 5, cloxacilina + aminoglucósido 6, 3 vancomicina+aminoglucósido, 1 cefalosporina + aminoglucósido, 2 Vancomicina + Aminoglucósido + Rifampicina. Las complicaciones se produjeron en 18 pacientes (58,1%) siendo las más habituales los embolismos 10 (32,3%), los abscesos valvulares y la rotura de músculo papilar 3 (9,7%). Un 16% precisaron intervención quirúrgica, 3 pacientes fallecieron durante el tratamiento por complicaciones graves los restantes completaron el tratamiento en el hospital sin fallecimientos en el seguimiento posterior.

**Discusión.** Aunque el compromiso de las válvulas izquierdas continúa siendo lo más frecuente en la población la afectación de las válvulas derechas debe tenerse en cuenta, a pesar de su buen pronóstico por la frecuencia en la que aparecen complicaciones. En cuanto a los factores predisponentes en pacientes donde no hay historia de valvulopatía previa en esta serie destaca el alcoholismo como condición subyacente. El grupo viridans es el más prevalente aunque de forma aislada el SAMS es el microorganismo más frecuente. En los casos en los que no se pudieron obtener hemocultivos positivos se demostró la utilización previa de antibioticoterapia. La mortalidad objetivada fue relativamente baja a pesar del alto número de complicaciones.

**Conclusiones.** 1) La endocarditis bacteriana en nuestra serie es más frecuente en pacientes varones con edad media en torno a los 65 años en válvula nativa mitral. 2) La fiebre fue el síntoma predominante al ingreso. 3) La valvulopatía previa es factor de riesgo más importante en las endocarditis izquierdas y el consumo de drogas por vía parenteral en las derechas. 4) Desde el punto de vista etiológico predomina el grupo viridans y de forma aislada el SAMS. 5) A pesar de la alta tasa de complicaciones 54,8% la mortalidad global fue relativamente baja 9,7% correspondiendo este porcentaje a complicaciones severas, precisando intervención quirúrgica un 16% de los casos.

#### A-65

### TUBERCULOSIS ÓSEA: CRUZANDO FRONTERAS

**M. Mijana<sup>1</sup>, G. Planells<sup>2</sup>, M. Ribell<sup>1</sup>, B. Consola<sup>1</sup>, A. Almuedo<sup>1</sup>, E. Martínez<sup>1</sup>, R. Acal<sup>1</sup> y S. Montull<sup>1</sup>**

<sup>1</sup>Servei de Medicina Interna, <sup>2</sup>Medicina de Família i omunitària. Hospital General de Granollers. Granollers, Barcelona.

**Objetivos.** 1) Conocer la prevalencia de afectación ósea en los pacientes diagnosticados de tuberculosis, en un servicio de medicina

interna durante el período 2002-2006. 2) Descripción clínica y epidemiológica de los casos de espondilodiscitis tuberculosa hallados durante dicho período.

**Material y métodos.** Se revisaron de forma retrospectiva las historias clínicas de los pacientes diagnosticados de tuberculosis durante el período comprendido entre 2002-2006 en un hospital comarcal, analizando las características clínicas, epidemiológicas, iconográficas y de tratamiento de los casos de espondilodiscitis tuberculosa.

**Resultados.** Durante el período del 2002-2006, se revisaron 140 historias clínicas con el diagnóstico de tuberculosis (el 41% correspondía a población inmigrante). En el 30% de las cuales se constató afectación extrapulmonar; hallándose 7 casos de tuberculosis ósea (5% de todos los casos de tuberculosis diagnosticados y 17% de los casos extrapulmonares). El 66% eran varones con una edad media de 31.6 años (29-34 años). Todos los pacientes eran de origen africano, 5 procedían de África subsahariana (Senegal y Gambia) y 2 de Marruecos. Ningún paciente presentaba antecedentes patológicos relevantes. El motivo de consulta principal fue persistencia de dolor osteoarticular mecánico, de largo tiempo de evolución, acompañado de cuadro tóxico en dos pacientes y fiebre prolongada intermitente en tres de ellos. La localización fundamental fue a nivel lumbar. En el 100% de los pacientes había infección de partes blandas (músculo-psoas). En tres casos había afectación pleuropulmonar concomitante, y en un caso afectación miliar, SNC, renal y ocular. Todos los pacientes fueron tratados con cuatro fármacos durante un año con seguimiento regular en todos ellos y mala evolución clínica en un caso. Dos casos precisaron tratamiento quirúrgico coadyuvante.

**Conclusiones.** La espondilodiscitis tuberculosa corresponde a un 5% de todos los casos de tuberculosis revisada. La tuberculosis ósea en nuestra serie afecta a adultos jóvenes, inmigrantes africanos, sin patología previa, que consultan por dolor osteoarticular mecánico. En la mayoría de ellos, existe un diagnóstico tardío. La evolución de la enfermedad es favorable si existe adherencia al tratamiento.

#### A-66

##### ESTUDIO DE LA FUNCIÓN ENDOTELIAL EN LOS PACIENTES INFECTADOS POR VIH CON BAJO O MODERADO RIESGO CARDIOVASCULAR

**J. Rios Blanco<sup>1</sup>, I. Suárez García<sup>2</sup>, J. Gómez Cerezo<sup>1</sup>, J. Peña Sánchez de Rivera<sup>1</sup>, J. González García<sup>1</sup>, J. Arribas López<sup>1</sup>, F. Barbado Hernández<sup>1</sup> y J. Vázquez Rodríguez<sup>1</sup>**

<sup>1</sup>Medicina Interna. Hospital Universitario La Paz. Madrid.

<sup>2</sup>Medicina Interna. Hospital de Cantoblanco. Hospital La Paz. Tres Cantos, Madrid.

**Objetivos.** La terapia antirretroviral de alta eficacia (TARGA) se asocia con alteraciones metabólicas que pudieran condicionar un aumento del riesgo cardiovascular en los pacientes infectados por el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH). El estudio no invasor de la función endotelial mediante ecografía permite detectar la aterosclerosis subclínica. Trabajos previos han valorado la función endotelial de pacientes infectados por VIH que presentaban diversos factores de riesgo cardiovascular asociados. El objetivo de este estudio es determinar la función endotelial de los pacientes infectados por el VIH en tratamiento antirretroviral y con un riesgo coronario bajo o moderado.

**Material y métodos.** Estudio transversal en el que se incluyeron 28 pacientes adultos infectados por el VIH (15 recibían TARGA y 13 fueron naïve) con bajo o moderado riesgo cardiovascular. Se incluyeron también 12 controles sanos. Los sujetos con diabetes, hipertensión, enfermedad cardiovascular, obesidad, niveles elevados de colesterol o triglicéridos fueron excluidos. En cada sujeto se determinó la función endotelial mediante la dilatación mediada por flujo (DMF) de la arteria braquial obtenida con estudio ultrasonográfico.

**Resultados.** Los pacientes infectados con VIH que recibían tratamiento tuvieron una DMF significativamente menor ( $5,93 \pm 3,56$ ) que los controles sanos ( $10,64 \pm 3,08$ ,  $p = 0,008$ ). Los pacientes naïve tuvieron un valor intermedio de DMF, que no alcanzó significación estadística.

**Discusión.** Nuestro estudio demuestra que los pacientes infectados por el VIH que recibían TARGA presentaban disfunción endotelial, y por tanto, un marcador precoz de aterosclerosis, comparados con los sujetos no infectados. A diferencia de trabajos previos, en nues-

tro estudio se excluyeron los pacientes con hipercolesterolemia e hipertrigliceridemia y el riesgo coronario de nuestros pacientes fue bajo o moderado. Por tanto, en ausencia de otros factores de riesgo cardiovascular clásicos, la infección por el VIH junto con el tratamiento antirretroviral condiciona un mayor riesgo vascular y podría justificar la mayor incidencia de eventos cardiovasculares observado en este grupo de enfermos.

**Conclusiones.** Comparados con los sujetos sanos, los pacientes infectados por el VIH que reciben TARGA, con un riesgo coronario bajo o moderado y sin dislipemias, presentan disfunción endotelial, y por ello, aterosclerosis subclínica.

#### A-67

##### CLASIFICACIÓN DE FINE Y ETIOLOGÍA DE LAS NEUMONÍAS EN UNA POBLACIÓN MUY ANCIANA DEL ÁREA DE TOLEDO

**J. González Moraleja<sup>1</sup>, M.J. Led Domínguez<sup>2</sup>, A. Blanco Jarava<sup>1</sup>, V. Cano Llorente<sup>1</sup> y A. Alguacil Muñoz<sup>1</sup>**

<sup>1</sup>Medicina Interna. Virgen de la Salud. Toledo. <sup>2</sup>Geriatría. Virgen del Valle. Toledo.

**Objetivos.** 1) Averiguar la etiología de las neumonías adquiridas en la comunidad (NAC) en los pacientes de edad igual o superior a 75 años atendidos en el Complejo Hospitalario de Toledo. 2) Conocer las enfermedades predisponentes y los datos clínico-radiológicos y analíticos en el momento de la presentación, su evolución y el tratamiento recibido. 3) Comparar la mortalidad según clases de la clasificación de Fine y compararla con la predicha según la mencionada regla predictora.

**Material y métodos.** Durante 20 meses: desde el 1 de enero del 2004 hasta el 30 de septiembre del 2005 se realizó un estudio observacional prospectivo en el Complejo Hospitalario de Toledo que atiende un área de 380.000 habitantes. Se recogieron todos los casos de NAC en adultos con una edad igual o superior a 75 años. A todos se les realizó una historia clínica preestablecida en un protocolo en el que se recogían 140 variables referidas a la anamnesis, exploración física, datos radiológicos, analíticos, de tratamiento recibido y evolutivos. Los criterios diagnósticos de neumonía fueron los comúnmente aceptados. Para el diagnóstico etiológico se siguieron los criterios utilizados por Fang. Se realizaron los siguientes estudios microbiológicos: hemocultivos, examen del esputo, serología en fase aguda y de convalecencia (*C. pneumoniae*, *L. pneumophila*, *M. pneumoniae* y *C. burnetii*) y detección de antígenos bacterianos en orina (*S. pneumoniae* y *L. pneumophila*). Los pacientes fueron seguidos hasta la curación o el fallecimiento. El análisis estadístico se realizó con el paquete estadístico SPSS (versión 11.).

**Resultados.** 139 pacientes constituyeron los sujetos del estudio. De ellos 88 (63%) fueron varones. Todos precisaron ingreso. La edad media fue de 84,4+ 5,3 años (amplitud: 75-98 años). Mediana 84 años. Se logró un diagnóstico etiológico en 66 pacientes (52,5%). El germen más frecuentemente encontrado fue *Streptococcus pneumoniae* en 46 casos (33%), seguido por *Pseudomonas aeruginosa* identificada en 8 casos (5,7%) y *Legionella pneumophila* en 5 (3,6%). Gérmenes gramnegativos considerados conjuntamente se encontraron en 14 casos (10%). Otros microorganismos se identificaron sólo en casos aislados: *Chlamydia pneumoniae* en 2 casos, *Mycoplasma pneumoniae* en 1. En cuanto a la clasificación de Fine, no encontramos ningún paciente que perteneciera a las categorías I y II; sólo 3 pacientes (el 2,2%) en la categoría III; 69 (49,6%) estuvieron en la categoría IV y 67 (el 48,2%) en la categoría V. La mortalidad fue de 0 en la clase III, del 8,7% en la clase IV y del 10% en la clase V.

**Conclusiones.** 1) *S. pneumoniae* fue el germen más frecuente de los causantes de neumonía en esta población. 2) Los gérmenes gramnegativos ocuparon el segundo lugar en la etiología. 3) Los microorganismos considerados atípicos son una causa poco frecuente de neumonías en pacientes con una edad avanzada. 4) La nuestra es una de las series sobre neumonías que describe una población más anciana. 5) Curiosamente la mortalidad en la clase V de Fine ha sido significativamente menor de lo esperado por la mencionada regla predictora, en este subgrupo de población.

## A-68

**BROTE DE INFECCIÓN POR LEGIONELLA EN VIC**

**F. del Molino<sup>1</sup>, E. Rovira<sup>2</sup>, P. Ferràs<sup>2</sup>, P. Roure<sup>3</sup>, M. Barcons<sup>1</sup>, X. Gimeno<sup>1</sup> y J. Vilaró<sup>2</sup>**

<sup>1</sup>Urgencias de M. Interna, <sup>2</sup>Medicina Interna,

<sup>3</sup>Unidad de Epidemiología Clínica. Hospital General de Vic. Vic. Barcelona.

**Objetivos.** Describir clínica y epidemiológicamente un primer brote de infección por *Legionella pneumophila* Serogrupo 1 que ocurrió en Vic (Cataluña Central) entre octubre y noviembre de 2005.

**Material y métodos.** Estudio observacional retrospectivo de las características clínicas, radiológicas, microbiológicas y epidemiológicas de 44 pacientes atendidos en el H. General de Vic. Para cada una de las variables recogidas se presenta su distribución de frecuencias y se realizan análisis bivariados entre las más relevantes.

**Resultados.** El brote afectó a 55 pacientes de los que 44 fueron diagnosticados e ingresados en el Hospital de Vic. Sólo 1 paciente presentó la forma de Fiebre de Pontiac. El resto de pacientes fueron diagnosticados de neumonía (37 hombres y 7 mujeres). La media de edad era 61 años (entre 36 y 88 años). Presentaban tabaquismo activo 19 (43%) y hábito enólico 10 (22%). Como enfermedades subyacentes destacaba EPOC en el 11,4%, diabetes mellitus en el 16%, cardiopatía en el 16% y enfermedad neoplásica en el 13,6%. 7 pacientes (15,9%) tenían 2 o más patologías de base. La presentación clínica más frecuente fue fiebre y escalofríos (100%), tos seca (54,5%), cefalea (29%), síntomas digestivos (27%) y mialgias (22,7%). Menos frecuentes fueron disnea (18,2%), expectoración (14%), dolor torácico (9%) y alteraciones neurológicas (4,5%). La media de días entre el inicio de los síntomas y la consulta médica fue de 4,5 días. Semiológicamente destacó: taquipnea (13,6%), crepitanes pulmonares (68%) y auscultación normal (18,2%). Cursaron con insuficiencia respiratoria 12 pacientes (27,3%). La radiografía de tórax mostró condensación unilobar en 36 (82%), en más de un lóbulo en 5 (11,3%) y derrame pleural en 2 (4,6%). Las alteraciones biológicas más frecuentes fueron leucocitosis en 29 (66%), elevación de AST y/o ALT en 16 (36,4%), elevación de la creatinina en 13 (29,5%), hiponatremia en 12 (27,3%). El grado de severidad de la neumonía según la clasificación de Fine fue: grupo I el 20%, grupo II el 29%, grupo III el 16%, grupo IV el 27,3% y grupo V el 6,8%. Presentaron formas más graves los pacientes que tenían alguna enfermedad de base ( $p < 0,05$ ). Requiritieron ingreso en UCI 5 pacientes (11,4%) y 2 fallecieron durante el ingreso. El paciente diagnosticado de Fiebre de Pontiac sufrió una muerte súbita 3 días después del alta hospitalaria (a los 12 días del inicio de los síntomas) y la necropsia reveló tromboembolismo pulmonar masivo y severa miocarditis aguda con endocarditis de ventrículo derecho y pericarditis. En todos los casos el diagnóstico se realizó por determinación del Ag *Legionella* en orina y en 3 pacientes (6,8%) el cultivo de secreciones respiratorias identificó *Legionella pneumophila* serogrupo 1. El tratamiento de elección fue levofloxacino (91%) y la duración fue entre 10 y 14 días (91%). Pudieron identificarse cultivos positivos para *L. pneumophila* en los sistemas de refrigeración de 2 empresas diferentes de la zona, siendo en 1 de ellas la cepa aislada de idéntico patrón molecular que la de los 3 cultivos de nuestros pacientes y más del 50% de los pacientes residían a más de 1.800 metros de distancia.

**Discusión.** El brote de Vic fue de mediana intensidad (número de casos), con predominio en el sexo masculino (4:1). Los síntomas más frecuentes fueron fiebre y tos seca. Como factores predisponentes destacó el tabaquismo, el enolismo y enfermedades subyacentes. El hallazgo radiológico más frecuente fue la consolidación neumónica unilobar. El método diagnóstico fue la antigenuria en todos los casos. El tratamiento de elección fue levofloxacino. La mortalidad atribuible fue del 6,8%. Epidemiológicamente el estudio microbiológico y genético pudo relacionar la fuente de infección con una empresa de la zona.

**Conclusiones.** Nuestros resultados clínicos, radiológicos, diagnósticos, de evolución clínica y mortalidad siguen los parámetros descritos en otros brotes epidémicos. La detección del antígeno de *Legionella* en orina fue el método más eficiente para el diagnóstico de la infección. El estudio microbiológico de las muestras obtenidas de los pacientes es fundamental para la correlación con las muestras ambientales.

## A-69

**NEUMONÍA POR METAPNEUMOVIRUS. UN NUEVO VIRUS DEL SIGLO XXI**

**H. Azkune Galparsoro<sup>1</sup>, E. Sánchez Haya<sup>1</sup>, M. Álvarez Frías<sup>1</sup>, D. Vicente<sup>2</sup>, F. Alberdi<sup>3</sup>, F. Labayen Berdonces<sup>4</sup>, J. Zubeldia<sup>1</sup> y J. Vivanco-G. Zubillaga<sup>1</sup>**

<sup>1</sup>Medicina Interna, <sup>2</sup>Microbiología, <sup>3</sup>Medicina Intensiva,

<sup>4</sup>Neumología. H. Donostia. Donostia, Guipúzcoa.

**Objetivos.** El *Metapneumovirus* es un virus de la familia *Paramyxoviridae* descrito en el año 2001. Es causa frecuente de infecciones respiratorias altas, insuficiencia respiratoria y bronquiolitis en los niños, así como causa menos frecuente de agudización de EPOC, infecciones respiratorias altas y bajas en adultos, sobre todo inmunodeprimidos. En este trabajo se describen, hemos recogido 2 casos de neumonía atribuible a dicho virus en pacientes adultos inmunocompetentes hospitalizados en nuestro hospital.

**Material y métodos.** Revisión de las historias clínicas de los pacientes afectos teniendo en cuenta, datos clínicos, radiológicos, analíticos y microbiológicos, así como, la correlación de los mismos.

**Resultados.** Caso 1: varón de 69 años, ex-fumador con antecedentes de fibrilación auricular, doble valvulopatía mitro aórtica, hiperuricemia y gammapatía monoclonal IgG. Acude por presentar clínica de fiebre, tos y flemas de 3 días de evolución, apreciándose en la radiografía de tórax una neumonía bilobar (LLI y LSI). Ante su empeoramiento clínico precisó ingreso en la UCI con soporte ventilatorio. Presenta PCR positiva para *Metapneumovirus* (genotipo A) en dos exudados faringo amigdalares, con estudios bacteriológicos negativos (serologías, antígeno en orina para *Legionella* y *Neumococo*, hemocultivos repetidos, diferentes cultivos de esputo, baciloscopias) y el resto de los cultivos para virus (CMV, HSV, Adenovirus, VRS, Influenza A y B, Parainfluenza 1-4) también negativos. Se solicitaron ANAs, Ac antiDNA nativo, ENA y Ac antimitocondriales con similar resultado. Tras 22 días de ingreso en la UCI y 9 en planta es dado de alta con evolución favorable. Caso 2: Varón de 83 años, con antecedentes de HTA, DM tipo 2, ACVA, hipercolesterolemia y encefalopatía vascular crónica, cumple criterios de EPOC en tratamiento corticoide inhalado. Ingresó por presentar clínica de disnea, fiebre, tos seca e insuficiencia respiratoria con una imagen radiológica compatible de una neumonía de lengua. Tiene un ingreso hospitalario de 12 días con evolución satisfactoria. Entre las pruebas diagnósticas realizadas hay un BAS con una PCR positiva para *Metapneumovirus* genotipo A. El resto de los estudios bacteriológicos (serologías, hemocultivos, cultivos de esputo, etc.), virales (CMV, HSV, Adenovirus, VRS, Influenza A y B, Parainfluenza 1-4) y para hongos fueron negativos.

**Conclusiones.** El *Metapneumovirus* en pacientes inmunocompetentes, además de poder ser la causa de clínica respiratoria alta, exacerbaciones de EPOC, bronquiolitis, etc., también puede ser una de las etiologías de infección grave del tracto respiratorio inferior. Los dos casos registrados, se produjeron por el genotipo A del *Metapneumovirus*, que está relacionado con las formas más severas de enfermedad en adultos y niños. Esto nos hace plantear la conveniencia de hacer estudios virológicos, al menos, en aquellos casos de procesos respiratorios de carácter infeccioso que sucedan en época de circulación viral epidémica (p.ej gripe, VRS) o en casos en los que la etiología no quede clara en los estudios iniciales.

## A-74

**DESCRIPCIÓN DE LAS CARACTERÍSTICAS DE LOS PACIENTES CON FIEBRE SIN FOCO EN URGENCIAS**

**J. Casas Rojo, N. Cabello Clotet, J. San Martín López, O. Mateo Rodríguez, B. Frutos Pérez, A. Farfán Sedano y A. Zapatero Gaviria**

Medicina Interna. H. Fuenlabrada. Fuenlabrada, Madrid.

**Material y métodos.** Estudio prospectivo observacional. Se recogieron datos de todos los pacientes adultos con fiebre ( $T^{\circ}$  superior a  $37,7^{\circ}C$ ) atendidos en el Área Médica del Servicio de Urgencias de nuestro hospital entre el 28 de enero al 30 de abril de 2006.

**Resultados.** El total de pacientes atendidos en la Urgencia en el periodo del estudio fue de 35.406 pacientes, de los que tenían fiebre 786, sin síntomas localizadores 145 (18%). C. epidemiológicas: Edad media 42,7 años (rango 15-90). Varones 51%, Inmigrantes 18,6%,

Comorbilidad 37,2%. Se atendieron en Consulta el 49%, en Boxes el 25% y en Observación el 9%. El 22% consultaron por un motivo diferente a la fiebre. C. clínicas: La duración media de la fiebre antes de acudir a Urgencias fue de 2,5 días y sólo el 10% había recibido antibiótico antes de acudir a Urgencias. Se realizaron las siguientes pruebas complementarias: analítica básica en 112 (77,2%), PCR 57 (39%, PCR mayor de 10 en 18, ninguno de los pacientes sin diagnóstico final), Sistemático de orina 69 (43%) (diagnóstico en 11 (16%), Hemocultivos 70 (48%, positivos 6 (9%), urocultivos 26 (17,9%, positivos 6 (23%), Rx tx 98 (67,6% diagnósticas 19 (19%), ecografía 8 (6%, diagnósticos 2), TAC 4 (3%, diagnósticos 2). Los diagnósticos finales fueron: viriasis 47, fiebre sin foco 30, infección vías respiratorias bajas 19, infección urinaria 17, patología quirúrgica abdominal 7, GEA 4, otros 25. Destino: Ingresó el 35,2% de los pacientes, volvió a Urgencias tras el alta el 7%. Los diagnósticos finales fueron: viriasis/infección respiratoria de vías altas 32%, fiebre sin foco autolimitada 21% infección respiratoria de vías bajas/neumonía 13%, infección urinaria 9%, gastroenteritis 3%, patología quirúrgica abdominal 5%, y otras 17%. De ellas se consideró patología grave el 41,4%. **Conclusiones.** Más de la mitad de los pacientes con fiebre sin síntomas localizadores presenta patología no grave. La combinación de las pruebas de imagen, la analítica básica incluida SO y PCR y los cultivos son de gran utilidad para identificar la patología grave en la Urgencia.

#### A-76

### INFECCIÓN NOSOCOMIAL POR TOXINA DE *CLOSTRIDIUM DIFFICILE* EN EL HOSPITAL UNIVERSITARIO PRÍNCIPE DE ASTURIAS

R. Agudo Alonso, L. Gete García, M. García Sánchez, P. Arcos Pereda, A. Sánchez Garvín, G. Esteban Gutiérrez, L. Bragado Martínez y J. Sanz Moreno

Medicina Interna. Príncipe de Asturias. Alcalá de Henares, Madrid.

**Objetivos.** Determinar la frecuencia de aparición de diarrea por *C. difficile* en nuestro medio en pacientes atendidos en los distintos servicios hospitalarios, en comparación con otras etiologías y discutir el tratamiento empleado en los diferentes casos. Recopilamos además información sobre las pautas antibióticas empleadas previamente a la detección de la infección por *C. difficile* como más frecuentemente relacionadas con su posterior aparición.

**Material y métodos.** Revisión retrospectiva de las historias clínicas de 5.553 pacientes vinculados al Hospital Príncipe de Asturias, que fueron estudiados por diarrea, recogiendo coprocultivos desde enero hasta diciembre de 2004.

**Resultados.** De los 5.553 coprocultivos recogidos, los resultados fueron positivos en 1.087 casos. Las etiologías más frecuentes fueron: *Campylobacter* spp (413), *Salmonella* spp (412), Ag. *Rotavirus* (207 de 1.690 determinados), toxina *C. difficile* (43 de 446 determinados), *Yersinia* spp (7) y *Aeromonas* spp (5). La distribución por servicios hospitalarios fue: Medicina Interna 86,2% de los casos, Hematología 4,6%, Neumología 2,3%, consultas de Medicina Interna 2,3%, Pediatría de urgencias 2,3% y Urología 2,3%. Los antibióticos y combinaciones de antibióticos más frecuentemente implicados fueron: ceftriaxona (ceftriaxona+claritromicina, ceftriaxona+clindamicina y ceftriaxona sola), amoxicilina-clavulánico, imipenem y clindamicina. El tratamiento empleado fue metronidazol oral en 33 de los 43 pacientes, metronidazol + vancomicina en otros 3, metronidazol + Rifampicina en un caso y suspensión del tratamiento antibiótico en el resto. La frecuencia de aparición de recidivas fue del 11,6% (5/43). La forma de presentación varió desde portador asintomático a enfermedad severa fulminante con megacolon tóxico.

**Discusión.** La infección por *C. difficile* presenta un cuadro típico de diarrea acuosa, dolor en piso abdominal inferior, febrícula y leucocitosis, que comienza durante o poco después de la administración del antibiótico. Dos tercios de los pacientes infectados hospitalizados permanecen asintomáticos. La diarrea sin colitis es la complicación más frecuente en los pacientes hospitalizados con tratamiento antibiótico (sobre todo penicilina, clindamicina y cefalosporinas, aunque todos los antibióticos pueden producirlo, incluso metronidazol y vancomicina) y suele responder al suspenderlo. El método diagnóstico de elección es la citotoxicidad en cultivo celular. El método ELISA es más rápido, barato y fácil de usar, aunque menos sensible. Si la coli-

tis por *C. difficile* no se acompaña de pseudomembranas los hallazgos endoscópicos no son específicos, aunque sí lo es la biopsia. La colonoscopia se reserva para situaciones especiales. El tratamiento fundamental consiste en la retirada del antibiótico y si con esto no es suficiente, los antibióticos empleados son metronidazol y, en casos de recidiva, vancomicina.

**Conclusiones.** Existe una alta incidencia de infección por *C. difficile* en pacientes hospitalizados con tratamiento antibiótico. Los agentes causales más frecuentes de diarrea en pacientes hospitalizados fueron *Campylobacter* spp, *Salmonella* spp, *Rotavirus* y *C. difficile*. El tratamiento de diarrea por *C. difficile* más empleado en nuestro medio fue metronidazol oral, utilizándose asociado a vancomicina en los casos de recidiva.

#### A-78

### ESTUDIO DESCRIPTIVO DE LOS PACIENTES INMIGRANTES INGRESADOS EN UN SERVICIO DE INFECCIONES

M. Esquillor Rodrigo, R. Caballero Aensio, E. del Corral Beamonte, B. Fleta Asín, J. Valle Puey, J. Cuesta Muñoz, I. Sanjoaquin Conde y J. Amiguet García

Enfermedades Infecciosas. HCU Lozano Blesa. Zaragoza.

**Objetivos.** Realizar un estudio descriptivo sobre los pacientes inmigrantes ingresados en un servicio de enfermedades infecciosas de un hospital de Zaragoza durante un período de 6 meses.

**Material y métodos.** Se registran todos los pacientes inmigrantes ingresados en el Servicio de Infecciosas de nuestro hospital, durante los meses de enero a junio de 2006. Se revisan las historias clínicas y se recogen los siguientes datos: edad, sexo, país de procedencia, tiempo de estancia en España, antecedentes patológicos, alergias, hábitos tóxicos, motivo de ingreso, situación sociolaboral y diagnóstico de alta.

**Resultados.** Se realiza un estudio descriptivo y se obtienen los siguientes datos: de los 22 pacientes ingresados 5 eran mujeres y 17 varones, con una edad media de 35,4 + 12,42 años. El tiempo medio de estancia en España era de 49,8 meses. Los países de origen más frecuentes eran: Rumanía (5), Guinea Ecuatorial (4), Marruecos (3), Bulgaria (2). Otras procedencias fueron: Senegal, Colombia, Mauritania, República Dominicana, Ecuador, República del Congo, Gambia, y Guinea Conakry. En cuanto a los antecedentes patológicos el 54,5% de los pacientes referían ser sanos. Del resto, el 40% (4 casos) referían paludismo previo, un 20% TBC, otro 20% infección VIH y un 14% lues. Los diagnósticos de alta más frecuentes fueron infección por *Mycobacterium tuberculosis* (31,8%), tanto pulmonar como extrapulmonar y VIH (13,6%). Casi en su totalidad las condiciones socioculturales de estos pacientes son muy precarias, no teniendo la mayoría de ellos ni trabajo ni domicilio estables.

**Discusión.** En España, el fenómeno migratorio ha sufrido un importante crecimiento en los últimos años. Los largos circuitos migratorios influye en que sea la población más capacitada físicamente la que inmigre, por lo que se está recibiendo, en general, una población joven y sana. La salud de los inmigrantes refleja del estado de salud de sus países de origen. Sin embargo, algunas de las enfermedades infecciosas que adquieren estos pacientes se deben también a las condiciones precarias de vida y actividades de riesgo que realizan en el país de acogida, lo ocurre con patologías como la tuberculosis o el VIH.

**Conclusiones.** La población estudiada en su mayoría está constituida por varones y jóvenes. Destaca que son generalmente pacientes previamente sanos. Los países de origen más frecuentes son Rumanía, Guinea Ecuatorial y Marruecos. Suelen pertenecer a ambientes socioculturales pobres y marginales. Las enfermedades infecciosas más frecuentes que presentan son tuberculosis tanto pulmonar como extrapulmonar y VIH.

#### A-79

### EXPERIENCIA PRELIMINAR DE ERTAPENEM EN LAS INFECCIONES DEL ANCIANO

M. Menéndez Martínez, J. Barberán López, J. Toral Revuelta, A. Fe Marques, I. Fraile Marcos y B. Sánchez Artola

Enfermedades Infecciosas. Gómez Ulla. Madrid.

**Objetivos.** Conocer las razones de uso, la eficacia clínica y seguridad de ertapenem en las infecciones de los ancianos.

**Material y métodos.** Se han revisado las historias clínicas de los pacientes de más de 65 años con infecciones tratadas con ertapenem (1 g/24 iv) durante los años 2004 y 2005. La valoración de los resultados se ha realizado al final del tratamiento. Las variables de tipo cualitativo se han descrito mediante distribuciones de frecuencias y las cuantitativas mediante la media, desviación estándar y tamaño muestral.

**Resultados.** Ertapenem se ha utilizado en 30 pacientes, 19 mujeres y 11 hombres, con edad media de 80,2 años. 15 pacientes tenían neumonía comunitaria (NAC) (aspirativa o con tratamiento antibiótico previo); 8 infecciones de piel y tejidos blandos (IPTB) (4 úlceras por presión, 2 pies diabéticos, 1 herida quirúrgica y 1 herida traumática); 6 infecciones urinarias (ITU) por enterobacterias productoras de BLEE; y 1 absceso intraabdominal. Los microorganismos aislados con más frecuencia fueron enterobacterias (*E. coli* y *Klebsiella* spp). La curación total se alcanzó en 24 pacientes (80%) (NAC 12 [80%], IPTB 6 [75%], ITU 6 [100%]). No se observaron efectos adversos significativos, ni fue necesario suspender el tratamiento en ningún caso.

**Conclusiones.** Ertapenem es un antibiótico utilizado preferentemente en el anciano con NAC, IPTB e ITU, que se ha mostrado eficaz y seguro.

## A-80

### NEUMONÍA VARICELOSA EN ADULTOS

**M. Rodríguez Framil, I. Villamil Cajoto, C. Martínez Rey y A. Van Den Eyde Collado**

*Medicina Interna. Hospital Clínico Universitario de Santiago. Santiago de Compostela, A Coruña.*

**Objetivos.** La varicela es una infección típica de la infancia, altamente contagiosa y habitualmente con una evolución benigna. En los últimos años ha aumentado el número de casos en adultos y esto se ha acompañado de una mayor mortalidad. La neumonía varicelosa es la complicación más frecuente y más grave de la varicela en adultos, con una mortalidad del 6-19%. El objetivo de este estudio es describir las características clínicas y la evolución de los pacientes adultos con neumonía varicelosa que ingresaron en el Hospital Clínico de Santiago entre enero de 2001 y diciembre de 2005.

**Material y métodos.** Análisis retrospectivo de los pacientes adultos ingresados por neumonía varicelosa a lo largo del período del estudio.

**Resultados.** En el período del estudio ingresaron once pacientes con varicela, de los cuales seis (54%) presentaban neumonía varicelosa. El 67% fueron mujeres, con una edad media de 31 años (16-39). Los síntomas más frecuentes fueron: fiebre (6/6), tos (4/6), disnea (4/6) y dolor torácico (1/6). Tres pacientes estaban inmunodeprimidos: dos con infección por VIH estadio C3 y uno con enfermedad de Crohn a tratamiento con anticuerpos monoclonales. Cuatro pacientes tenían enfermedad intersticial en la radiografía de tórax y en cuatro casos había hipoxemia. Uno de los pacientes había estado en contacto con un niño con varicela y otro con un adulto con herpes zóster. En todos los casos el diagnóstico fue clínico y en cuatro casos (66%) se dispuso de serologías que confirmaron el diagnóstico (anticuerpos IgM/IgG positivos frente al Virus Varicela Zóster). Todos recibieron tratamiento con aciclovir intravenoso con buena evolución y en ningún caso fue necesaria la ventilación mecánica.

**Discusión.** Aunque la varicela es una infección típica de la edad infantil puede afectar a adultos. Una de las complicaciones más frecuentes y grave, sobretodo en adultos inmunodeprimidos, es la neumonía varicelosa. En esta serie la desarrollaron el 54% de los pacientes con varicela y el 50% estaba inmunodeprimido (dos con infección por VIH y uno con enfermedad de Crohn a tratamiento con anticuerpos monoclonales). Para su diagnóstico es importante un alto grado de sospecha porque no todos los pacientes presentan síntomas respiratorios. Aunque la mortalidad por neumonía varicelosa oscila entre el 6-19%, el tratamiento con aciclovir ha permitido mejorar su pronóstico. En esta serie, en parte debido a la menor gravedad del cuadro, todos evolucionaron bien con el tratamiento antiviral.

**Conclusiones.** La neumonía varicelosa es una complicación frecuente de la infección por varicela en adultos, sobretodo en pacientes inmunocomprometidos. Es importante una alta sospecha clínica para su diagnóstico precoz e iniciar lo antes posible tratamiento con aciclovir intravenoso para mejorar su evolución.

## A-81

### REVISIÓN DE CASOS DE LISTERIA

**A. Mancebo Plaza, R. Torres Perea, C. Vicente Martín y B. Chulvi Calvo**

*Medicina Interna. Severo Ochoa. Leganés, Madrid.*

**Objetivos.** Evaluar los factores predisponentes para la adquisición de la enfermedad, describir los datos clínicos y los resultados. analíticos más relevantes, y analizar los factores pronósticos relacionados con la mortalidad en nuestra serie de casos.

**Material y métodos.** Se trata de un estudio retrospectivo transversal en el que se recogen 21 casos de pacientes ingresados con el diagnóstico de listeriosis durante el período comprendido entre 1994 y 2005 en el Hospital Severo Ochoa de Leganés. Los datos fueron almacenados en una tabla de Access y posteriormente analizados con el paquete estadístico SPSS 11.0. Se revisó la literatura mediante búsqueda en MEDLINE database (National Library of Medicine, Bethesda, MD de 1990-2005), OVID database y UpToDate online version 13.2 para artículos publicados en Inglés o Castellano, con los términos "listeriosis" y "listeria monocytogenes".

**Resultados.** La incidencia fue de 0,5 casos/100.000 habitantes/año. La media de edad fue 53,8 años. Hubo un predominio de casos en varones (57%). La adquisición fue extrahospitalaria en 71%. De los 21 pacientes, 24% no presentaban ningún factor predisponente para el desarrollo de listeriosis. Los factores predisponentes más frecuentemente asociados fueron: tratamiento inmunosupresor (28,5%), tratamiento con glucocorticoides (24%), alcoholismo (19%), cirrosis (19%), diabetes (14%), insuficiencia renal (14%), tumor sólido (14%), neoplasia hematológica (14%), enfermedad inflamatoria intestinal (9,5%), enfermedad autoinmune (9,5%), EPOC (5%) y embarazo (5%). En cuanto a la forma de presentación, la más frecuente fue la bacteriemia primaria (43%), seguida de la meningitis (38%); otras formas de presentación menos frecuentes fueron la peritonitis (9%), absceso cerebral (5%) y endocarditis (5%). Los síntomas más frecuentes fueron: fiebre, cefalea y alteración de la consciencia. Los hemocultivos fueron positivos 81%. En el caso de los pacientes con meningitis, se observó una pleocitosis de predominio PMN sólo en el 50% de los pacientes, hiperproteíorraquia en el 100% e hipoglucorraquia en el 87%. De los resultados microbiológicos, los hemocultivos fueron positivos en el 75% y el cultivo del LCR en 62,5% de los pacientes con meningitis. De nuestra serie fueron tratados con ampicilina 43%, ampicilina y gentamicina 52% y cotrimoxazol 5%. La duración media del tratamiento fue de 25 días. En cuanto a la evolución de los pacientes, fallecieron 19% y persistieron tras la curación de la infección con secuelas neurológicas 9,5%. En nuestra serie de casos los factores asociados a peor pronóstico fueron la inmunodepresión, las enfermedades crónicas debilitantes y la infección del SNC, sobre todo asociada a bacteriemia, hipoglucorraquia y convulsiones.

**Discusión.** La *L. monocytogenes* es una causa de bacteriemia y meningitis, sobre todo en pacientes inmunodeprimidos y con enfermedad de base, aunque también puede afectar a personas sanas. Existe un predominio de la enfermedad entre la sexta y la séptima década, aunque puede aparecer a cualquier edad. Es más frecuente en varones, lo que puede ser debido a que algunos de los factores predisponentes son más prevalentes en mujeres, como la cirrosis y el alcoholismo. El tratamiento clásico de la listeriosis es ampicilina o PCN G recomendándose el uso de gentamicina, que tiene efecto sinérgico, en infecciones graves o del SNC. Tanto la ampicilina como la PCN, activos in vitro contra la bacteria, no son tan eficaces como se espera en un principio, y esto pudiera ser debido al ciclo intracelular de la bacteria. De ahí que se haya sugerido el uso de cotrimoxazol en asociación con ampicilina dada su mayor penetración intracelular en pacientes con meningocelulitis o infecciones graves. Es una enfermedad con una mortalidad elevada que depende en gran medida de la gravedad de la enfermedad de base y de la naturaleza de la infección.

**Conclusiones.** La listeriosis es una entidad poco frecuente cuya incidencia esta aumentando en los últimos años. Afecta principalmente a pacientes inmunodeprimidos o con enfermedad de base y cuya mortalidad es elevada, por lo que debemos pensar en ella en pacientes con factores predisponentes que presenten meningitis o bacteriemia principalmente, aunque también pueden producir otros tipos de infecciones focales.

**A-82**  
**EVOLUCIÓN PRONÓSTICA DE ENDOCARDITIS SOBRE**  
**VÁLVULA PROTÉSICA (1986-2005)**

**H. Alonso Valle<sup>1</sup>, C. Fariñas Álvarez<sup>2</sup>,  
 C. Fariñas Álvarez<sup>4</sup>, J. García Palomo<sup>2</sup>,  
 J. Nistal Herrera<sup>3</sup>, J. Revuelta Soba<sup>3</sup>  
 y J. González Macías<sup>2</sup>**

<sup>1</sup>Urgencias, <sup>2</sup>Medicina Interna, <sup>3</sup>Cirugía Cardiovascular.

Marqués de Valdecilla. Santander, Cantabria.

<sup>4</sup>Medicina Preventiva. Sierrallana. Torrelavega, Cantabria.

**Objetivos.** Estudiar la evolución de las características clínicas, etiología y pronóstico de la endocarditis sobre válvula protésica (EVP) en un hospital de tercer nivel.

**Material y métodos.** Estudio retrospectivo desde 1986-2002 y prospectivo desde 2002-2005. Se analizaron 2 periodos temporales: 1º desde enero 1986 a diciembre 1995 y 2º desde enero de 1996 a diciembre 2005. Se recogieron los datos de pacientes con diagnóstico confirmado de EVP de acuerdo a los criterios de Durack modificados.

**Resultados.** Se estudiaron 133 episodios, de los cuales 90 fueron varones (68%) y 43 mujeres (32%). La media de edad en el momento del diagnóstico fue de 59 años. En 73 episodios (54,9%) la EVP fue diagnosticada en los primeros 10 años del estudio (1986-1995), mientras en 60 casos (45,1%) la EVP fue diagnosticada posteriormente (1996-2005). El 65% de los casos tenían más de 65 años en el momento del diagnóstico. A la hora de analizar la edad en los 2 periodos de estudio (1986-1995 P1 y 1996-2005 P2) la edad media en el primer periodo fue de 52,6 ± 16,6 años comparada con una edad media de 66,2 ± 11,5 años en el segundo periodo, con una diferencia estadísticamente significativa (p = 0,0001), siendo además los pacientes con edad > 65 años significativamente más en el segundo periodo (61,7% vs 27,4% p = 0,0001). Durante el P1 el 82% de las EVP fueron precoces y el 17,8% tardías, mientras en el P2 fueron un 81,7 y un 18,3% respectivamente. Los signos y síntomas clínicos no variaron significativamente a lo largo del estudio, detectándose únicamente diferencias en la comparación de los 2 periodos temporales descritos en la presencia de petequias (13,7% en P1 y 0% en P2, p = 0,002). El ecocardiograma transesofágico fue realizado en el 23,5% de los pacientes en el P1 y en el 83,9% en el P2. En cuanto a los hallazgos microbiológicos, fue llamativo el incremento de infecciones por enterococo (4,7% P1 y 11,7% P2), así como el descenso de las infecciones por *S. viridans* (27,4% P1, 11,7% P2). Se objetivó una mayor tendencia a realización de tratamiento quirúrgico durante el primer periodo de tiempo (1986-1995) con un 90,4% (63/68) mientras en la segunda parte (1996-2005) la tasa de pacientes intervenidos fue de un 68,3% (44/65), diferencias que resultaron estadísticamente significativas (p = 0,0001). Se objetivó una tendencia mayor no significativa a la realización de intervenciones con carácter urgente en la segunda parte del estudio (54,5% vs 42,9% p = 0,24). La mortalidad intrahospitalaria fue del 28,8% en P1 y del 30,0% en el P2.

**Discusión.** Hemos constatado un envejecimiento progresivo de la población afectada de EVP, así como un cambio en la patología valvular de base. El espectro microbiológico también se ha modificado

siendo mayor el número de pacientes con hemocultivos positivos para estafilococos o enterococos en detrimento de la tradicional etiología estreptocócica. No se ha registrado un cambio significativo en la presentación clínica de los pacientes, pero sí en el diagnóstico con la implantación de la ecocardiografía transesofágica. El tratamiento quirúrgico continúa siendo la herramienta clave complementaria al tratamiento antibiótico, registrándose pacientes que reciben un tratamiento médico únicamente a medida que avanza el estudio. A pesar de la evolución en las técnicas diagnósticas y terapéuticas la mortalidad continúa elevada, siendo posible que los factores epidemiológicos y ecológicos de la enfermedad jueguen un papel importante en este hecho.

**Conclusiones.** Se ha constatado un cambio en la epidemiología y espectro microbiológico de la EVP durante los 2 periodos del tiempo analizados. El abordaje diagnóstico y terapéutico también se ha modificado, permaneciendo no obstante la mortalidad elevada.

**A-83**  
**ESPONDILODISCITIS BACTERIANA. NUESTRA EXPERIENCIA DE 8 CASOS**

**M. Gómez Munuera, V. Chimpén Ruiz, M. Bécares Lozano,  
 M. Fidalgo Fernández, A. Iglesias Gómez  
 y R. Querol Prieto**

Medicina Interna. Clínico Universitario. Salamanca.

**Objetivos.** Presentar nuestra experiencia de ocho casos de espondilodiscitis por su escasa frecuencia y modo de presentación.

**Material y métodos.** Se estudian ocho pacientes con rango de edades entre 19 y 84 años, cinco varones y tres mujeres, asistidos en el Servicio de Medicina Interna del Hospital Universitario de Salamanca, diagnosticados de espondilodiscitis, en el periodo 2004-2006. En todos se realizó estudio analítico, cultivo de orina, hemocultivos, radiografías, TAC y en algunos RNM de la zona y en cinco se recogieron muestras para estudio microbiológico y anatomopatológico bajo control radiológico. El tratamiento se realizó con antibióticos según antibiograma.

**Resultados.** Siete pacientes presentaron dolor en columna lumbar y uno en zona dorsal. Cuatro tenía leucocitosis y la VSG estaba elevada en todos. La TAC y la RMN orientó al diagnóstico. Los focos infecciosos iniciales se localizaron según tabla adjunta.

**Discusión.** La espondilodiscitis afecta al 2-4% de las osteomielitis. Se localiza con frecuencia en la columna lumbar, como sucede en nuestros casos. El diagnóstico es difícil cuando se presenta como fiebre de origen desconocido y con poca expresión a nivel de la columna afectada como sucedió en el paciente con infección urinaria por *E. coli*. El germen más involucrado fue el *Mycobacterium tuberculosis* seguida del estafilococo aureus, como habitualmente sucede. En un paciente no se obtuvieron cultivos positivos, pero la sospecha de infección odontostomatológica orientó al tratamiento, en este sentido se ha sugerido que los antecedentes de morbilidad concomitante permitan orientar el diagnóstico etiológico. Es de señalar que el 60% de los casos, no se logra establecer la causa etiológica. En ninguno de nuestros casos quedó secuelas.

**Conclusiones.** 1) La localización más frecuente de la espondilodiscitis fue a nivel de la L4. 2) Hay que pensar en esta enfermedad para establecer el diagnóstico, siendo difícil cuando se presenta como

Tabla 1. Resultados (A-83).

Localización inicial del proceso infeccioso	Realización de PAAF Columna vertebral	Germen	Urinocultivo	Hemocultivo
Glúteo y pelvis	Si	<i>S. aureus</i>		<i>S. aureus</i>
Urinario (FOD)	No	<i>E. coli</i>	<i>E. coli</i>	<i>E. coli</i>
Endocarditis	Si	<i>Neumococo</i>		<i>Neumococo</i>
TBC pulmonar	Si	<i>M. tuberculosis</i>		
Sin foco aparente	Si	<i>M. tuberculosis</i>		
Sin foco aparente	Si	<i>M. tuberculosis</i>		
Dentario	No			
Urinario	No	<i>S. aureus</i>	<i>S. aureus</i>	<i>S. aureus</i>

FOD. 3) El germen más habitual fue el *Mycobacterium tuberculosis* y el *estafilococcus aureus*. 4) En ocasiones el cultivo es negativo y el tratamiento debe ser orientado a la causa probable de la infección.

**A-84**  
**INFECCIONES VÍRICAS COMO INDUCTORAS DE VASCULITIS, UNA ASOCIACIÓN REAL**

**B. Sierra Bergua, J. Morales Rull, J. Navarro Calzada, M. Sánchez Marteles, A. Flamarique Pascual, R. Caballero Asensio, J. Cabrerizo García y B. Amores Arriaga**  
*Medicina Interna. HCU Lozano Blesa. Zaragoza.*

*Objetivos.* Se trata de reflexionar a cerca de la evidencia de la relación clínica de las procesos infecciosos y las vasculitis, siendo necesario tener en cuenta dichas entidades entre nuestros diagnósticos diferenciales.

*Material y métodos.* Se recogen 2 casos del Servicio de Medicina Interna de un Hospital de tercer nivel en el año 2005, ingresados por infección viral con diagnóstico de vasculitis asociada.

*Resultados.* Caso 1: varón de 59 años. Sin antecedentes de interés. Ingresa por cuadro brusco de fiebre, astenia y paraparesia en extremidades inferiores (EEII). En la exploración neurológica se constata una paraparesia simétrica 4/5 en ambas EEII y disestesias en ambas manos. Analítica: Bilirrubina total 1,26 mg/dl, AST 197 U/L, ALT 203 U/L, GGT 202 U/L, F.Alcalina 446 U/L, LDH 507 U/L. Serología VHB positiva: HBs Ag positivo con antígeno de confirmación positivo, HBeAg positivo, IgM HBc positivo, AntiHBe negativo. Carga viral 2,34 x 10 (6) UI/ml. pANCA: 10,22 UI/ml y c-ANCA 18,05 UI/ml. Electroneurograma: Neuropatía sensitivo-motora con componente axonal y desmielinizante de predominio axonal, acusada en EEII y leve en extremidades superiores. Biopsia nervio: neuropatía isquémica secundaria a vasculitis tipo poliarteritis nodosa (PAN). Se trata de Infección VHB que por mecanismo inmune produce neuropatía secundaria a vasculitis de pequeño vaso tipo PAN. Se trata la hepatitis por VHB con Lamivudina, añadiéndose prednisona y azatioprina como inmunomoduladores, con excelente evolución clínica y analítica. Caso 2: mujer de 60 años. Cuadro de lesiones eritemo-vesículo-ampollosas, dolorosas, no pruriginosas localizadas en plantas de pies, brazos, espalda y cara. Serología IgM Varicela-Zoster: 2,77 UI/ml. Lesiones dermatológicas: compatibles con vasculitis leucocitoclástica. Anticuerpos cardiolipina IgG: 24,29 UI 7 ml, IgM: 68,09UI/ml. Anticoagulante lúpico: positivo. Se trata de una infección por virus Varicela zoster (VVZ) y vasculitis leucocitoclástica. En nuestro caso, a pesar de la presencia de anticoagulante lúpico y

anticardiolipina, no se objetivaron trombosis en los vasos dérmicos sino leucocitoclastia. La paciente fue tratada con pulsos de metilprednisona y anticoagulación hasta la desaparición de los anticuerpos. *Discusión.* La relación entre las vasculitis e infección parece claro, el paradigma de esta asociación lo constituyen la panarteritis nodosa y la crioglobulinemia mixta en el contexto de la infección por VHB y VHC. Sin embargo, otros agentes infecciosos como herpesvirus, parvovirus B19 y *Chlamydia pneumoniae* parecen tener un papel relevante en la etiopatogenia de las vasculitis. Diversos mecanismos se han implicado en la producción de fenómenos vasculíticos a partir de procesos infecciosos, existen mecanismos directos, como el acúmulo del agente infeccioso en el músculo liso vascular con la consecuente disfunción endotelial derivada de las citocinas y moléculas de adhesión celular implicadas en el proceso; y otros mecanismos indirectos como la formación de inmunocomplejos, activación de linfocitos T, producción de anticuerpos contra citoplasma de neutrófilos o los mediados por superantígenos o citocinas. Parece claro que en las infecciones por VHB y VHC la inflamación del vaso está mediada por inmunocomplejos circulantes. En el caso del VVZ se ha asociado en niños, a púrpura fulminans con aparición de anticoagulante lúpico, anticuerpos anticardiolipina y anticuerpos contra proteína S tras la activación de linfocitos T producida por el virus. También se han observado fenómenos de vasculitis leucocitoclástica. El tratamiento en todos los casos irá dirigido a tratar la infección y la vasculitis.

*Conclusiones.* 1) Las vasculitis pueden ser inducidas por varios mecanismos patogénicos, entre los que destacamos los procesos infecciosos mediados por virus. 2) El esfuerzo por detectar procesos infecciosos ante una vasculitis nos ayudará a comprender mejor en un futuro la etiopatogenia de estas entidades.

**A-85**  
**TUBERCULOSIS ÓSEA: UNA FORMA DE PRESENTACIÓN EN ALZA**

**B. Sierra Bergua<sup>1</sup>, J. Morales Rull<sup>1</sup>, J. Navarro Calzada<sup>1</sup>, J. Cabrerizo Gracia<sup>1</sup>, A. Flamarique Pascual<sup>1</sup>, A. Cecilio Irazola<sup>1</sup>, P. Macipe Costa<sup>2</sup> e I. Sanjoaquin Conde<sup>3</sup>**

<sup>1</sup>Medicina Interna, <sup>2</sup>Microbiología, <sup>3</sup>Infecciosas. HCU Lozano Blesa. Zaragoza.

*Objetivos.* Se presentan una de serie de casos de tuberculosis (TBC) ósea con el fin de reflexionar sobre el aumento de la incidencia de dicha patología en nuestro medio.

Tabla 1. Tuberculosis ósea. Serie de casos (A-85).

Edad (en años)	Nacionalidad	Localización lesión	Clínica	Prueba diagnóstica	Tratamiento
22	Mali	Espondilodiscitis d8-d9. Absceso epidural	Paraparesia de eeii y dorsalgia	Cultivo de drenaje de absceso	Laminectomía y drenaje. Tuberculostáticos 9 meses
78	España	Espondilodiscitis 11-12. Absceso psoas izdo.	Lumbalgia crónica	Cultivo de drenaje de absceso	Drenaje percutáneo Tuberculostáticos 15 meses
27	España	Fistula de carpo izdo.	Sd. Constitucional y dolor local	Cultivo de liquido de fistula	Percutáneo. Tuberculostáticos 9 meses
43	España	Artritis de rodilla izda.	Artritis	Cultivo de liquido sinovial y absceso	Drenaje percutáneo. Tuberculostáticos 9 meses
23	Pakistán	Absceso popliteo Espondilodiscitis	Lumbalgia crónica y Masa Lumbar dcha.	Cultivo de Material de Drenaje de Masa	Percutáneo. Tuberculostáticos 9 meses
69	España	Espondilodiscitis c6-c7. Absceso paravertebral	Cervicalgia crónica	Cultivo de Drenaje de Absceso	Drenaje percutáneo. Tuberculostáticos 9 meses
69	Irán	Espondilodiscitis d9-d10. Absceso paravertebral	Dorsalgia y Sd. Constitucional	Cultivo de Drenaje de Absceso	Drenaje percutáneo. Tuberculostáticos 9 meses
27	España	Espondilodiscitis 15-s1. Absceso paravertebral	Lumbociatalgia crónica	Cultivo de drenaje de absceso	Drenaje de absceso. Tuberculostáticos 18 meses
47	Gambia	Discitis 14-15. Absceso paravertebral	Lumbociatalgia crónica y tumoración Lumbar	Cultivo de Drenaje de Absceso	Drenaje de absceso. Tuberculostático 9 meses
27	Irán	Espondilodiscitis d8-d9. Absceso paravertebral	Dorsalgia crónica y Paresia de Eeii	Cultivo de Drenaje de Absceso y Biopsia ósea	Descompresión medular y drenaje. Tuberculostáticos 9 meses
39	España	Espondilodiscitis d6-d8	Dorsalgia crónica	Biopsia ósea	Tuberculostáticos 9 meses



**Material y métodos.** Muestra de once pacientes diagnosticados de tuberculosis ósea con confirmación microbiológica recogidos en los servicios de Medicina Interna y de Infecciosas desde el año 2000 en un hospital de tercer nivel. Las variables a estudio fueron: edad, nacionalidad, localización de la lesión, clínica presentada, factores de riesgo de infección, antecedentes de tuberculosis, radiografía de tórax, Mantoux, cultivo de esputo, prueba diagnóstica de TBC, tratamiento médico y quirúrgico.

**Resultados.** Se adjunta la tabla con los datos obtenidos en la revisión de los casos (TABLA). Como factores de riesgo de TBC extrapulmonar, dos de los pacientes tenían neoplasias asociadas y un tercero Diabetes mellitus e Insuficiencia renal, enfermedades que provocan inmunodepresión. Presentaban antecedente de TBC pulmonar el 27,2% de los pacientes. El Mantoux fue positivo en un 72,2% de los casos. El cultivo de esputo en Lowenstein-Jensen aisló en dos de los casos *Mycobacterium tuberculosis*, siendo compatibles con TBC pulmonar asociada. En el estudio radiológico del tórax solo apareció una cavitación pulmonar en un paciente, en el resto no hubo hallazgos de interés.

**Discusión.** La tuberculosis extrapulmonar es una entidad en auge en los últimos años y posee una serie de características que la hace diferente a la forma pulmonar. Como se ha mostrado en la serie de casos expuesta, la aparición de la TBC ósea es cada vez más frecuente en nuestro medio. La forma de presentación clínica, el comportamiento de la micobacteria y el diagnóstico son distintas al espectro habitual de tuberculosis, por lo que debemos conocer estos aspectos para poder abordarla de manera adecuada. El tratamiento utilizado ha sido el convencional excepto en los inmigrantes en los que se añadió etambutol los dos primeros meses hasta descartar resistencias. La prolongación del tratamiento ha dependido de la mala evolución clínica.

**Conclusiones.** Sería conveniente actualizar y ampliar las guías de esta enfermedad para que se adapten a la realidad clínica. La variabilidad del comportamiento de la TBC debe hacer que la incluyamos en nuestros diagnósticos diferenciales.

**A-86**  
**INCIDENCIA DE DIARREA EN LOS PACIENTES TRATADOS CON LEVOFLOXACINO EN UN SERVICIO DE MEDICINA INTERNA**

**R. Puerta Louro, F. Fernández Fernández, L. González Vázquez, D. Cid Gómez y J. Bermúdez Sanjurjo**  
*Medicina Interna. Povisa. Vigo, Pontevedra.*

**Objetivos.** El levofloxacino es utilizado ampliamente en el tratamiento de los procesos infecciosos en los servicios de Medicina Interna. El objetivo principal de este estudio fue observar la incidencia de diarrea en los pacientes que reciben tratamiento con levofloxacino y que en algunos casos obliga al cambio o suspensión del tratamiento antibiótico.

**Material y métodos.** Estudio observacional prospectivo incluyendo todos los pacientes que recibieron tratamiento con levofloxacino ingresados desde el 1 de octubre de 2004 al 3 de marzo de 2005. Estos pacientes eran identificados una vez ingresados recogiendo los datos referentes a edad, sexo, la pauta de administración oral o intravenosa, y seguidos durante su ingreso identificando la aparición de diarrea (presencia de 3 o más deposiciones al día, con disminución de consistencia, durante al menos 48 horas).

**Resultados.** Se identificaron 40 casos (20 varones), con una edad media de 70 años (23-98). Se administró el tratamiento vía oral 20 casos (50%), intravenosa en 4 casos (10%) e intravenosa seguida de tratamiento oral 16 (40%). Presentaron diarrea 8 casos (20%), 7 recibían tratamiento oral (19% de los que recibieron tratamiento oral) y 1 intravenoso (5% de los que recibieron tratamiento intravenoso). No fue necesario modificar el tratamiento porque la sintomatología se controló con medidas sintomáticas en 4 casos mientras en los otros 4 casos (10% del total), fue necesario cambio de terapia antibiótica en 3 de ellos y en 1 caso su suspensión.

**Conclusiones.** La incidencia de diarrea en los pacientes que reciben tratamiento con levofloxacino es del 20%, siendo necesario en la mitad de los casos el cambio de pauta antibiótica o su suspensión.

**A-87**  
**NEUMONÍA POR NEUMOCYSTIS EN EL HOSPITAL UNIVERSITARIO DE SALAMANCA. 1998-2005**

**A. Arévalo Velasco, R. Merchán Rodríguez, M. Marcos Martín, C. Soler Fernández y M. Pérez García**  
*Medicina Interna. Hospital Universitario. Salamanca.*

**Objetivos.** Analizar la epidemiología, datos clínicos y biológicos de las neumonías por *Pneumocystis jirovecii* en nuestro hospital.

**Material y métodos.** Revisión retrospectiva de las historias clínicas de los pacientes atendidos por neumonía por *neumocystis* desde 1998 a 2005. Se extrajeron los datos referentes a sexo, edad, parámetros clínicos, radiológicos y biológicos, que se tabularon y procesaron mediante el programa G-stat.

**Resultados.** Se obtuvieron datos de 62 pacientes, edad media 38,1 (DE 10) (rango 26 a 73) 81% (50) eran hombres y 19% (12) mujeres. Todos eran pacientes VIH, siendo la transmisión del VIH por: UDVP 47,5%, sexual 40% y desconocida 12,5%. El 70% de los pacientes se clasificaban como C3. Los síntomas más frecuentes eran la fiebre (97%), tos (92%), disnea (66%), astenia y anorexia (19%). Eran fumadores el 64% de los pacientes. Recibieron TARGA el 35% y quimioprofilaxis frente a *neumocystis* el 17%. El diagnóstico de *neumocystis* desveló la infección VIH en el 31% de los pacientes. El patrón radiológico más frecuente fue el infiltrado intersticial bilateral en 83%, aunque la radiología se informó como normal en el 12%. Se aisló el hongo en el 34% de los pacientes siendo en el resto un diagnóstico de sospecha. Los datos biológicos se resumen en la tabla. El tratamiento etiológico consistió en cotrimoxazol en el 82%, asociando corticoides en el 45% de los casos. La mortalidad ascendió al 24%.

**Conclusiones.** La afectación por *neumocystis* aunque desciende es aun relevante en pacientes VIH. Descubre la infección por VIH en un número significativo de pacientes. Se puede considerar a la PCR como marcador biológico negativo. La mortalidad es elevada y uno de los retos a controlar en la era de la TARGA

Tabla 1. Datos biológicos.

PaO <sub>2</sub> < 70 mm	64%
LDH > 500 U/L	71%
Gradiente A-a > 10 mm	56%
Linfocitos < 1.000/microlitro	56%
Linfocitos CD4 < 200/microlitro	73%
PCR < 6 mg/dl	67%
Leucocitos < 10.000/microlitro	85%
Carga viral < 100 copias/ml	82%

**A-88**  
**ADHERENCIA AL TRATAMIENTO ANTIRRETROVIRAL DE ALTA ACTIVIDAD EN PRISIÓN**

**M. Moralejo Alonso, M. Marcos Martín, S. Inés Revuelta, A. Fuertes Martín y G. Luna Rodrigo**  
*M. Interna II. H. Universitario. Salamanca.*

**Objetivos.** Hay pocos estudios realizados sobre la adherencia al tratamiento antirretroviral de alta actividad (TARGA) en pacientes VIH internos en prisión. Nuestro objetivo es conocer el grado de adherencia de esta población y evaluar los factores que influyen en ella.

**Material y métodos.** Realizamos un estudio transversal en la prisión de Topas (Salamanca). La adherencia se estimó mediante un cuestionario voluntario y confidencial en 50 pacientes que habían iniciado TARGA en los diez meses previos. Se estudiaron factores relacionados con el individuo, la enfermedad y el régimen terapéutico.

**Resultados.** Presentaron buena adherencia 21 pacientes (42%), mientras que 29 (58%) fueron no adherentes. Se realizó un análisis univariante para detectar las variables asociadas con buena o mala adherencia. El sexo masculino, el uso de drogas intravenosas como causa de la transmisión del VIH y una elevada carga viral se asocian significativamente con mala adherencia al TARGA. Una buena aceptación del tratamiento, así como la percepción de síntomas relacionados con el VIH se relacionan de forma significativa con buena adherencia. Los pacientes que se definen como ansiosos o deprimi-

dos tienen tendencia a presentar una buena adherencia, lo mismo que los que desarrollan una actividad en prisión o los que tienen más alto nivel de estudios. El análisis multivariante identificó cinco factores que se asocian de forma significativa e independiente con la adherencia. Cuatro de ellos son predictores de buena adherencia: realizar una actividad en prisión, ausencia de síntomas relacionados con el VIH, buena aceptación del tratamiento y estudios superiores. El uso de drogas intravenosas como mecanismo de transmisión se asocia de forma significativa con mala adherencia.

**Discusión.** Hay diferentes resultados en los estudios sobre la tasa de adherencia al tratamiento antirretroviral en prisión, que oscilan entre el 62-84% en Estados Unidos al 54,8-72% en España. Estas diferencias se explican por la utilización de distintos cuestionarios y la diversidad en cuanto a las características de las prisiones y la población reclusa. Usando el mismo cuestionario hemos encontrado una adherencia al TARGA mayor en la población de la provincia de Salamanca (67,13%) que en la población reclusa (42%). Algunos de los factores que se asocian de forma significativa con la adherencia en nuestro estudio han sido evaluados previamente en otras prisiones, aunque es difícil la comparación con estos estudios debido a la variabilidad de los cuestionarios usados y de los factores recogidos.

**Conclusiones.** La identificación de las variables asociadas con la adherencia es esencial para identificar a los internos con alto riesgo de ser no adherentes y así desarrollar estrategias para mejorar el cumplimiento.

**A-89**  
**ABSCEOS ESPLÉNICOS EN PACIENTES INFECTADOS POR EL VIH: EXPERIENCIA MULTICÉNTRICA (GTEI-SEMI)**

**M. Pacheco Tenza<sup>1</sup>, F. López García<sup>1</sup>, M. Salavert Lletí<sup>2</sup>, V. Navarro López<sup>1</sup>, M. Belhacem<sup>3</sup>, G. Peralta<sup>4</sup>, J. Pérez Arellano<sup>5</sup> y R. Serrano Heranz<sup>6</sup>**

<sup>1</sup>Medicina Interna. Hospital Vega Baja. Orihuela, Alicante.

<sup>2</sup>Enfermedades Infecciosas. Hospital Universitario La Fe. Valencia.

<sup>3</sup>Enfermedades Infecciosas. Hospital Universitario. Salamanca.

<sup>4</sup>Medicina Interna. Hospital Sierrallana.

<sup>5</sup>Torrelavega, Cantabria. <sup>6</sup>Enfermedades Infecciosas. Hospital Universitario Insular. Gran Canaria.

<sup>7</sup>Enfermedades Infecciosas. Hospital General Universitario. Getafe, Madrid.

**Objetivos.** Describir las características de los casos de absceso esplénico (AE) en pacientes con infección por el VIH diagnosticados en nuestro medio.

**Material y métodos.** Estudio multicéntrico y retrospectivo de los AE diagnosticados en pacientes con infección por el VIH en cinco hospitales españoles durante los últimos 10 años mediante revisión de las historias clínicas. El diagnóstico de AE requirió confirmación microbiológica y/o histopatológica. Se describen los datos epidemiológicos, clínicos, analíticos, radiológicos, microbiológicos y terapéuticos.

**Resultados.** Se incluyeron a 10 pacientes con infección por el VIH y AE. La media de edad fue de 33 años (límites, 28-40) de los que 8 eran varones y 2 mujeres. De todos ellos, 3 pacientes tenían una endocarditis aguda. Todos los pacientes tenían fiebre y síntomas generales y el 70% dolor abdominal. Los datos analíticos mostraron: cifra media de leucocitos 6.220/mm<sup>3</sup>, Hb 10,7 mg/dl, VSG 74,5 mm, CD4 131/mm<sup>3</sup> y CV 21.548. La radiografía de tórax mostró alteraciones en el 70% de los casos, la ecografía abdominal fue diagnóstica en un 70% y el TC abdominal lo fue en el 100%. La mayor parte de los AE fueron múltiples (70%). El diagnóstico microbiológico se obtuvo en todos los casos con el siguiente rendimiento de las pruebas microbiológicas: hemocultivos (70%), cultivo de esputo y adenopatías (70%) y exudado del absceso (30%). Los gérmenes aislados fueron: *Mycobacterium tuberculosis* (6 pacientes), *Staphylococcus aureus* (3) y *Peptostreptococcus* sp (1). En solo un caso se realizó esplenectomía (10%) y en 3 pacientes se realizó drenaje percutáneo (30%) aislándose siempre el germen. El resto de los pacientes fueron tratados solo con antibióticos endovenosos. El tiempo medio de estancia hospitalaria fue de 53 días (límites, 15-247). Murieron 4 enfermos (40%): 3 eran pacientes con tuberculosis diseminada y un enfermo padecía una endocarditis mitral por *S. aureus*. **Conclusiones.** En nuestra experiencia el AE en pacientes con infección por el VIH aparece en situación de inmunodepresión avanzada y en el contexto de una tuberculosis grave y diseminada. Después de

*M. tuberculosis* el germen más frecuente es *S. aureus*, aislado en pacientes con endocarditis. El AE suele ser múltiple y la prueba de imagen electiva para el diagnóstico es el TC abdominal dado que en el 30% de los pacientes la ecografía no es diagnóstica. El tratamiento más usado son los antibióticos por vía endovenosa y el drenaje percutáneo del absceso que, en los casos en los que se realizó, resultó eficaz. La estancia hospitalaria y la morbimortalidad del AE en pacientes con SIDA siguen siendo muy elevadas.

**A-90**  
**ALTERACIONES METABÓLICAS CAUSADAS POR EL TRATAMIENTO ANTIRRETROVIRAL CON ZIDOVUDINA O CON ESTAVUDINA**

**B. Roca, L. Alcón y V. Torres**

Medicina Interna. Hospital General. Castellón. Universidad de Valencia. Valencia.

**Objetivos.** Las alteraciones metabólicas, como la lipodistrofia, son frecuentes con el tratamiento antirretroviral, pero es necesario disponer de más datos para conocer la magnitud real de ese problema, y saber qué medicamentos lo provocan con mayor frecuencia. El objetivo de este estudio es conocer la prevalencia de tales efectos secundarios en distintas modalidades de tratamiento antirretroviral.

**Material y métodos.** En una cohorte de pacientes con infección por el VIH comparamos la prevalencia de los dos tipos de lipodistrofia, y los cambios en los niveles séricos de glucosa y de lípidos ocasionados por modalidades de tratamiento antirretroviral que incluyen zidovudina (AZT) o estavudina (d4T).

**Resultados.** Incluimos un total de 453 pacientes, todos los cuales han estado tomando tratamiento antirretroviral durante al menos un mes; 230 (50,8%) han estado tomando modalidades que incluyen AZT y 223 (49,2%) modalidades que incluyen d4T. La media de la edad es de 35,8 años en el grupo que toma AZT y 35,0 en el que toma d4T (p = 0,302); 169 (73,5%) de los del grupo de AZT y 169 (75,8%) de los del grupo de d4T son varones (p = .573). La duración media del tratamiento es de 23,3 meses en el grupo de AZT y 34,5 meses en el grupo de d4T (p = .000). La tabla muestra la prevalencia de lipodistrofia y los niveles séricos de glucosa y de lípidos en ambos grupos de pacientes. \* Diferencia entre el último resultado disponible y el nivel existente antes de iniciar el tratamiento (mg/dl). \*\* La diferencia en lipoatrofia y triglicéridos sigue siendo significativa tras ajustar por duración de tratamiento.

**Conclusiones.** La lipoatrofia y la hipertrigliceridemia son más frecuentes con las modalidades de tratamiento que incluyen d4T que con las que incluyen AZT.

Tabla 1.

	AZT	d4T	P**
Lipoatrofia, pacientes (%)	19 (8,3)	36 (16,1)	0,010
Lipohipertrofia, pacientes (%)	15 (6,5)	26 (11,7)	0,057
Glucosa*	0,8	1,8	0,610
Colesterol total*	13,1	11,6	0,728
Triglicéridos*	7,5	46,7	0,017
Colesterol HDL*	6,4	3,0	0,067
Colesterol LDL*	5,0	3,7	0,182

**A-91**  
**BACTERIEMIAS EN EL COMPLEJO HOSPITALARIO UNIVERSITARIO DE ALBACETE. ESTUDIO COMPARATIVO SEGÚN SU EVOLUCIÓN**

**C. Albaladejo Ortiz<sup>1</sup>, Y. Santisteban López<sup>1</sup>, A. Hernández Belmonte<sup>1</sup>, M. Martínez Serrano<sup>2</sup>, J. Palomar Pérez<sup>2</sup>, J. Blanch Sancho<sup>1</sup> y J. Solera Santos<sup>1</sup>**

<sup>1</sup>Medicina Interna, <sup>2</sup>Microbiología. H. General Universitario de Albacete. Albacete.

**Objetivos.** Conocer la mortalidad asociada a las bacteriemias y las variables relacionadas con ella, así como valorar si existen diferencias

entre los pacientes con buena evolución y aquellos que fallecen como consecuencia de éste proceso.

**Material y métodos.** Estudio retrospectivo de 151 pacientes ingresados en el Complejo Hospitalario Universitario de Albacete con el diagnóstico de bacteriemia. Se recogió información sobre factores epidemiológicos, factores predisponentes, datos clínicos, microbiológicos, pronósticos y de tratamiento. Se dividió la muestra en dos grupos según su evolución (vivos y éxitus) y se realizó un estudio descriptivo y comparativo para valorar la existencia de diferencias entre ambos. En el estudio estadístico se aplicó análisis univariado con el paquete SPSS vs 12.0.

**Resultados.** En los 151 pacientes estudiados la mortalidad fue del 14,5% (22 éxitus), con un 86% de muertes por sepsis y un 14% por otras causas. La edad media fue de 72,64 años. La distribución por sexos mostró leve predominio de mujeres entre los vivos (51%) y de hombres entre los éxitus (59%). La adquisición fue globalmente extrahospitalaria (72%), observándose un mayor número de infecciones nosocomiales entre los pacientes que fallecieron. Las variables asociadas a la mortalidad que se detectaron con mayor frecuencia fueron: diabetes mellitus, presencia de neoplasia, el tratamiento inmunosupresor, el uso de vías (periféricas y centrales) y el sondaje vesical. Tan solo se observaron diferencias estadísticamente significativas en los pacientes cirróticos ( $p = 0,042$ ) y en aquellos con nutrición parenteral ( $p = 0,010$ ). El foco más frecuente entre los vivos fue el urinario (37%) seguido del biliar (18%), frente al origen desconocido (23%) y foco respiratorio (23%) en los que fallecieron. Globalmente los microorganismos más frecuente fueron los BGN (63%), en su mayoría E.Coli. Se observó un mayor porcentaje de CGP (32%) e infecciones polimicrobianas (9%) entre los éxitus. El tratamiento fue correcto en el 96% de los pacientes, encontrando mayor número de resistencias a antimicrobianos en el grupo de mala evolución (77%). Los factores de mal pronóstico más frecuentes asociados a la mortalidad fueron: la edad mayor de 65 años, el desarrollo de shock séptico ( $p = 0,001$ ) y la aparición de fracaso multiorgánico ( $p = 0,001$ ).

**Discusión.** Globalmente los resultados obtenidos en nuestro hospital muestran datos similares a otros estudios. La mortalidad se aproxima al 15%, encontrando como referencia de otros hospitales cifras entre el 15-40%. A pesar de la mayor prevalencia de infecciones nosocomiales entre los pacientes que fallecieron, no se observaron diferencias estadísticamente significativas en éste grupo. Se objetivó una mayor afectación en pacientes con enfermedades crónicas y en aquellos portadores de vías o sondajes, lo cual hace necesario valorar la existencia de patología de base y la adecuada indicación del uso de éstos materiales. El mayor porcentaje de bacteriemias de foco desconocido o respiratorio entre los éxitus no demostró diferencias significativas en el análisis estadístico. La mayor parte de microorganismos aislados fueron BGN al igual que en otros hospitales. Destaca un mayor porcentaje de CGP, infecciones polimicrobianas y resistencias a antimicrobianos entre los éxitus. Éste último dato muestra la importancia de valorar el uso de antibioterapia de amplio espectro. Se observaron diferencias estadísticamente significativas en dos factores de mal pronóstico: el desarrollo de shock séptico y fracaso multiorgánico. Es por tanto esencial un detección temprana y un manejo correcto de éstas dos situaciones para mejorar la evolución de éstos pacientes.

**Conclusiones.** En cuanto a mortalidad, los datos del Complejo Hospitalario Universitario de Albacete son superponibles a los recogidos en otros hospitales. La prevención de la infecciones, con especial atención a aquellas de origen intrahospitalario, su diagnóstico precoz y la rápida instauración de un tratamiento antibiótico correcto son medidas que pueden mejorar el pronóstico de los pacientes con bacteriemia.

#### A-92

### TRATAMIENTO DE LA HEPATITIS CRÓNICA POR VHC EN PACIENTES INFECTADOS POR VIH DE UNA CONSULTA DE ENFERMEDADES INFECCIOSAS

C. Barros Aguado, E. Condés Moreno, J. Tamayo Carmona, B. Rodríguez Maya y J. Ruiz Galiana  
Medicina interna (U.Infecciosas). Hospital de Móstoles.  
Móstoles, Madrid.

**Objetivos.** Evaluar la eficacia y seguridad del tratamiento de la hepatitis crónica por el virus de la hepatitis C (VHC) con interferón pegi-

lado (IFN-peg) 2a o 2b con o sin ribavirina (RBV) en pacientes infectados por el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH).

**Material y métodos.** Estudio observacional, prospectivo, en pacientes coinfectados con diagnóstico por RNA-PCR Roche y genotipado por hibridación reversa con o sin biopsia hepática percutánea (escala histopatológica de Batts y Ludwig). Todos los pacientes fueron tratados con IFN-peg 2a (180 microg/semana) o 2b (1,5 microg/kg/semana) con/sin RBV (800-1200 mg/día) durante 48 semanas si se conseguía una negativización de la PCR cualitativa antes del 3<sup>o</sup>-5<sup>o</sup> mes de tratamiento. Se consideró variable principal la respuesta virológica sostenida RVS (negativización de la PCR-VHC tras 6 meses postratamiento). Se han realizado análisis univariante y multivariante para determinar los factores asociados a la respuesta.

**Resultados.** Desde febrero de 2002 a marzo de 2006 se han tratado 80 pacientes (20 de ellos todavía en tratamiento o con menos de 6 meses de seguimiento postratamiento). El 95% de los pacientes estaban recibiendo tratamiento antirretroviral de gran actividad (TARGA), con una mediana de CD4 de 588/mm<sup>3</sup> y cargas virales indetectables (< 200 copias/ml) en todos ellos salvo en 2 con < 3.000 copias/ml. El 74% de los pacientes presentaban genotipo 1-4 y el 3% estaba en estadio de cirrosis por biopsia, no descompensada. Por intención de tratamiento en 31 de 60 (51,7%) hemos obtenido RVS, siendo para el genotipo 1-4 del 40% y para el genotipo 2-3 del 78% ( $p < 0,05$ ). De los 26 pacientes que no negativizaron la PCR al mes 3<sup>o</sup>, 3 (11,5%) lo consiguieron entre el 5<sup>o</sup>-6<sup>o</sup> mes de tratamiento. Los factores pronósticos independientes para RVS son: GOT/GPT < 1 con OR = 6,775 IC95% (1,138-40,335)  $p < 0,05$ ; fibrosis 1-2 con OR = 5,710 IC95% (1,353-24,098)  $p < 0,05$ . Para el tiempo hasta la negativización de la PCR-VHC los factores pronósticos independientes son: Genotipo 2-3 OR = 6,420 IC95% (2,890-14,260)  $p < 0,05$  y fibrosis 1-2 OR = 2,871 IC95% (1,129-7,301)  $p < 0,05$ . Aunque los efectos secundarios ocurrieron en > 50% de los pacientes sólo en 1 caso se suspendió el tratamiento por esta causa. El manejo de las complicaciones más frecuentes fue: Transfusión de sangre (5%), G-CSF (4%), EPO (3%), cambio de TARGA (10%), uso de antidepresivos (11%) y reducción de dosis de IFN-peg y/o RBV (11%).

**Discusión.** Los artículos publicados de pacientes coinfectados tratados de la hepatitis crónica VHC presentan un porcentaje de RVS inferior a los mono infectados, siendo entre el 27-44% en coinfectados y del 54-58% en mono infectados. Nosotros encontramos en nuestra serie un porcentaje similar a lo descrito en pacientes mono infectados en datos globales y por genotipos. Creemos que la monitorización estrecha del tratamiento y la utilización de factores hematopoyéticos junto con la no reducción de dosis del tratamiento del VHC podrían ser claves para nuestros resultados. Para mejorar el seguimiento de los pacientes en tratamiento sería recomendable la monitorización de la carga viral cuantitativa del VHC basal y al 3<sup>o</sup> mes. Si no se dispone de esta técnica se debería retrasar la suspensión del tratamiento si la PCR-VHC es positiva hasta llevar 5 o 6 meses de tratamiento debido a una cinética de respuesta viral más lenta en los pacientes coinfectados.

**Conclusiones.** 1) El seguimiento estrecho del tratamiento, la utilización de factores estimulantes y la no reducción de dosis parecen fundamentales para conseguir RVS similares a mono infectados. 2) Los factores de buen pronóstico para RVS son fibrosis 1-2 y GOT/GPT < 1. 3) Los factores de buen pronóstico para el tiempo hasta negativización de PCR son fibrosis 1-2 y genotipo 2-3. 4) Con PCR-VHC cualitativas se debería retrasar la suspensión del tratamiento 2-3 meses (5<sup>o</sup>-6<sup>o</sup> mes) debido a una respuesta más lenta en pacientes coinfectados.

#### A-93

### INFLUENCIA DEL TRATAMIENTO ANTIBIÓTICO PREVIO SOBRE EL UROCULTIVO EN CASOS DE PIELONEFRITIS AGUDAS

S. Gordo Remartínez, P. Casado Escribano, M. Fernández Cardona E. Gargallo García, M. Ganzo Pinzón, J. Nuevo, T. Aldamiz y V. Palazuelos  
Medicina Interna. H.G.U. Gregorio Marañón. Madrid.

**Objetivos.** Con el presente trabajo se pretendía responder a la cuestión de si el tratamiento antibiótico previo al ingreso hospitalario

inflúa en la positividad o negatividad de los urocultivos en pacientes con pielonefritis aguda (PNA).

**Material y métodos.** Se utilizaron los datos de 208 pacientes ingresados en una unidad de corta estancia con el diagnóstico de PNA, de los cuales un 83,1% (173 casos) tenían realizado un urocultivo. Este grupo se subdividió entre aquellos con o sin tratamiento previo con antibiótico y con positividad o negatividad en el urocultivo, realizando posteriormente una comparativa entre estos cuatro subgrupos de pacientes.

**Resultados.** De los 173 urocultivos disponibles 89 resultaron positivos y 84 negativos, y de los 173 sujetos con urocultivo un 28,3% (49 casos) tomaron tratamiento antibiótico previo al ingreso. Como muestra la tabla 1, de los 89 urocultivos positivos en tan sólo un 13,4% (12 casos) hubo toma previa de antibióticos, por contra del 44% en el grupo con urocultivos negativo (37 de los 84 casos totales). Estos datos alcanzaron una significación estadística con  $p < 0,001$  (Chi-cuadrado). Mostrada esta asociación de otra forma podemos afirmar que (en la muestra sujeto de estudio) la toma previa de antibióticos multiplica por cinco la probabilidad de obtener un urocultivo negativo (OR: 5,0, IC-95% 2,4-10,6).

**Discusión.** En el presente trabajo se muestra con una elevada significación estadística que, para la muestra analizada, la toma de antibióticos previo a la realización del urocultivo en paciente con PNA es un fuerte predictor para la negatividad de los dichos urocultivos, hecho que debería ser considerado en la práctica clínica habitual.

Tabla 1.

		Tratamiento AB previo	
		Sí	No
Urocultivo	Positivo	12 13,4%	77 86,5%
	Negativo	37 44%	47 56%

**A-94**

**UROCULTIVO EN PIELONEFRITIS AGUDAS (PNA): GÉRMENES PRESENTES, RESISTENCIAS A E.COLI Y FACTORES DETERMINANTES DE RESISTENCIAS**

**S. Gordo Remartínez, P. Casado Escribano, E. Gargallo García, T. Aldamiz, J. Cano, M. Fernández Cardona, M. Ganzo Pinzón y F. Tejerina**

Medicina Interna. H.G.U. Gregorio Marañón. Madrid.

**Objetivos.** Con el presente trabajo se deseaba conocer los microorganismos más frecuentemente aislados en los urocultivos obtenidos en pacientes con PNA, así como las resistencias por parte de los mismos a los diferentes antibióticos utilizados para su tratamiento y por último indagar sobre posibles factores que contribuyan a la generación de resistencias antimicrobianas.

**Material y métodos.** Se utilizaron los datos de 208 pacientes ingresados en una Unidad de Corta Estancia con el diagnóstico de PNA, de los cuales un 83,1% tenían realizado urocultivo (analizando el origen microbiológico de los 89 casos en que el urocultivo resultó positivo). Para determinar las resistencias de cada microorganismo se valoraron los antibiogramas obtenidos (dividiendo los casos en 7 grupos según el número de resistencias presentadas, [antibióticos incorporados al antibiograma: ampicilina, amoxicilina-clavulánico, piperacilina-tazobactam, cefazolina, cefotaxima, ceftacídima, cefepima, aztreonam, gentamicina, forfomicina, cotromoxazol, ciprofloxacino y norfloxacino). Por último se analizaron diversas variables de los pacientes para conocer su posible relación con la aparición de resistencias (comparándolos con los niveles o grados de resistencia obtenidos en el punto anterior).

**Resultados.** Debido a la baja frecuencia de aparición (y por ello escaso número de casos) del resto de microorganismos, sólo se analizaron las resistencias a *E. coli*. En la comparación entre variables y resistencias a *E. coli* se observó que estas últimas no dependían de la edad (Coeficiente de correlación 0.039) de la presencias previa de pielonefritis ( $p: 0,51$ ), de padecer diabetes ( $p: 0,2$ ), pacientes con uropatía obstructiva ( $p: 0,74$ ), presencia de litiasis en la radiografía ( $p: 0,13$ ) o de la toma de antibiótico previo a la toma del urocultivo ( $p: 0,53$ ).

**Discusión.** En el presenta trabajo se apreció que el agente microbiológico más frecuentemente implicado en la etiología de la PNA fue el *E. coli* (92,1%). Un 28% de los *E. coli* aislados en urocultivo presentaron resistencia a 3 o más antibióticos. No se encontró significación estadística entre el nivel o grado de resistencia con las variables analizadas (si bien múltiples de los grupos tenían un número de casos reducido). Destacar la relación entre la toma de antibiótico previo al urocultivo con el grado de resistencias generadas, que si bien no alcanzo significación estadística, la  $p$  obtenida se acerca a la misma (con un mayor número de casos posiblemente se lograra una  $p < 0,05$ ).

**A-95**

**ELEMENTOS PATOLÓGICOS EN ORINA (EPO) COMO POSIBLE PREDICTOR DE POSITIVIDAD PARA UROCULTIVO EN PIELONEFRITIS AGUDA (PNA)**

**P. Casado Escribano, S. Gordo Remartínez, M. Ganzo, M. Fernández, E. Gargallo, T. Aldamiz, J. Hens y M. Granda**

Medicina Interna. H.G.U. Gregorio Marañón. Madrid.

**Objetivos.** La aparición de diversos EPO es frecuente en los casos de PNA. el presente trabajo trata de dilucidar si la presencia acumulativa de estos elementos puede utilizarse como herramienta predictiva para la positividad de los urocultivos en estos sujetos.

**Material y métodos.** Se utilizaron los datos de 208 pacientes ingresados con diagnóstico de PNA (seleccionando los 173 casos con urocultivo recogido). Dentro de la analítica de orina se registró la presencia o no de cuatro elementos patológicos; positividad para nitritos (N), esterasa leucocitaria (EL), piuria (P) y bacteriuria (B), comparándose los grupos de positividad o negatividad en los urocultivos con los diferentes subgrupos obtenidos a partir de la suma de los diferentes EPO (5 grupos con ningún, uno, dos, tres y los cuatro EPO respectivamente).

**Resultados.** Al comparar estos grupos con la positividad (y negatividad) para los urocultivos se obtienen los resultados plasmados en la tabla 1, en la cual se observa que a mayor número de EPO estén presentes mayor es el porcentaje de positividad para los urocultivos en los casos de PNA (significación estadística con  $p < 0,001$ ).

**Discusión.** El trabajo actual muestra como en los sujetos con PNA las alteraciones patológicas presentadas en la orina son un buen predictor para la positividad del urocultivo, siendo mayor esta positividad cuanto más elementos patológicos se van añadiendo (hasta en más de un 75% de urocultivos positivos cuando se presentan los cuatro EPO).

Tabla 1.

	Orina: N + EL + P + B (EPO)				
	1-EPO	2-EPO	3-EPO	4-EPO	5-EPO
Urocultivo					
Positivo	10%	18,8%	30,6%	52,3%	76,1%
Negativo	90%	81,3%	69,4%	47,7%	23,9%

**A-96**

**PIOMIOSITIS. UNA REVISIÓN ACTUAL**

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

Medicina Interna. POVISA. Vigo, Pontevedra.

**Objetivos.** Describir las características epidemiológicas, microbiológicas y terapéuticas de las piomiositis.

**Material y métodos.** Estudio retrospectivo descriptivo mediante revisión de historias clínicas de los pacientes diagnosticados de piomiositis en nuestro hospital, en el período comprendido entre 1997 y 2005. Se excluyeron los casos de gangrena gaseosa o fascitis necrotizante, así como los abscesos del músculo psoas-iliaco, debido a sus diferentes características.

**Resultados.** Se incluyeron 13 pacientes, 8 varones y 5 mujeres, con una edad media de 59 años. El 54% tenía un factor predisponente, representando la diabetes mellitus la entidad más frecuente. El músculo más frecuentemente afectado fue el cuádriceps, seguido del glúteo. En 9 pacientes la piomiositis fue primaria. La puerta de entrada predominante en los casos secundarios representó la extensión contigua de un origen articular. Las manifestaciones clínicas más frecuentes en el momento del diagnóstico fueron dolor, tumefacción y fiebre. En los análisis realizados existía leucocitosis en el 62%, y la VSG se encontró elevada en todos los pacientes en los que se determinó. El diagnóstico se realizó mediante ecografía, TAC o RM, sin haberse detectado falsos negativos con ninguna de las técnicas. Se determinó el agente etiológico en 11 pacientes. *Staphylococcus aureus* se aisló en 8 pacientes, mientras que 2 tuvieron un origen estreptocócico, y en 2 la infección fue polimicrobiana. La rentabilidad microbiológica del drenaje fue del 91%, y la de los hemocultivos del 50%. Además del tratamiento antimicrobiano se realizó drenaje quirúrgico en 4 pacientes, percutáneo en 1, y ambos tipos de drenaje en 3 pacientes. La mortalidad fue del 15%. La edad avanzada fue el único factor asociado con una mayor mortalidad.

**Discusión.** La piomiositis no tropical es una entidad con una incidencia baja. Característicamente tiene un origen primario y está causada por *S. aureus*, con una patogenia hematológica. Su forma de presentación es inespecífica, y en ocasiones no existe fiebre ni leucocitosis, lo que puede provocar un retraso en su diagnóstico. Con las diferentes pruebas de imagen no se han apreciado diferencias, por lo que proponemos la ecografía como primera técnica a realizar debido a su mayor accesibilidad. Empleamos el tratamiento antimicrobiano como única terapéutica en 5 pacientes con buen resultado, si bien deben realizarse más estudios en este sentido con el fin de definir su indicación. La edad avanzada resultó el único factor de mal pronóstico, aunque el pequeño número de casos de ésta y la mayoría de las series publicadas dificulta la evaluación de otros posibles factores implicados.

**Conclusiones.** En nuestro medio las piomiositis son una entidad poco frecuente. El origen suele ser primario y están causadas habitualmente por *S. aureus*. La asociación de tratamiento antimicrobiano y el drenaje del absceso representa el tratamiento de elección.

#### A-97

##### PIELONEFRITIS ENFISEMATOSA. REVISIÓN DE LOS CASOS EN UN HOSPITAL TERCIARIO.

S. Martínez, E. López, R. Cañizares, X. Robert, M. Gracia, J. Peris y P. Wikman

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

**Objetivos.** Revisar los casos de pielonefritis enfisematosa diagnosticados en nuestro hospital para conocer la prevalencia en nuestro ámbito, definir las características clínicas, analíticas y radiológicas de los pacientes así como la evolución posterior en función del tratamiento recibido.

**Material y métodos.** Realizamos un análisis retrospectivo de los pacientes atendidos en nuestro hospital con diagnósticos de pielonefritis enfisematosa durante el período comprendido entre los años 2000 y 2006. Recogimos los datos de edad, sexo, clínica, laboratorio, imágenes radiológicas, tratamiento recibido y evolución.

**Resultados.** Encontramos 2 pacientes con diagnóstico de pielonefritis enfisematosa. El primer caso es una mujer de 79 años alérgica a la penicilina con antecedentes de DM tipo 2 y con cardiopatía isquémica crónica. Clínicamente presenta fiebre de hasta 41 °C, mal estado general, vómitos y dolor abdominal. En la analítica destaca hemoglobina de 9,2, leucocitos 15.800, neutrófilos de 83%, PCR 3,2 mg/dl, creatinina de 1,7 y sedimento de orina patológico. Se realiza ecografía abdominal que se informa como normal. Se inicia tratamiento antibiótico empírico con ciprofloxacino. Ante la mala evolución clínica se realiza TAC abdominal que informa de múltiples burbujas de gas en el sistema excretor renal izquierdo y en el uréter izquierdo proximal. En el urocultivo se aísla *E. coli* resistente a quinolonas y se inicia tratamiento con aztreonam. Se decide colocación de catéter simple J que drena abundante orina purulenta. La paciente evoluciona favorablemente. El segundo caso es una mujer de 59 años con antecedentes de DM tipo 2. Clínicamente presenta dolor lumbar bilateral, disuria y polaquiuria de 2 semanas, en los últimos

días refiere empeoramiento del estado general, con vómitos y dolor abdominal difuso. A la exploración destaca Tª de 38,7 °C, hepatomegalia y puño percusión renal bilateral positiva. Se realiza TAC abdominal donde se objetivan imágenes aéreas compatibles con pielonefritis enfisematosa. En la analítica destacan 12.400 leucocitos con 85,6% de neutrófilos, creatinina de 2 y PCR de 7,15 mg/dl. Se decide ingreso en UCI, recibiendo antibioterapia empírica con ceftriaxona y amikacina. Se aísla *E. coli* en 3 de 3 hemocultivos. Valorada por urología y tras comprobar buena evolución clínica con tratamiento médico se decide no realizar nefrectomía.

**Discusión.** La presentación clínica habitual es la de una pielonefritis aguda que no responde al tratamiento médico. La mayoría presentan la típica tríada de fiebre, vómitos y dolor en flancos. Es producida por gérmenes uropatógenos típicos (*E. coli*, *Klebsiella*, *Proteus* y menos frecuentes *Pseudomonas*). El diagnóstico raro es establecido por la clínica y los datos de laboratorio, es necesario realizar pruebas de imagen. En la radiografía de abdomen se puede objetivar la existencia de gas perinefrítico o intraparenquimatoso. Aunque la ecografía puede ser altamente fiable su eficacia es dudosa por la existencia de gas que puede artefactar los hallazgos. El TAC es la técnica de imagen de elección para el diagnóstico. La mayoría de los autores propugnan la nefrectomía como el tratamiento de elección. No obstante, en casos de pacientes monorrenos o afectación bilateral se podría realizar nefrostomía percutánea.

**Conclusiones.** Presentamos 2 casos de pielonefritis enfisematosa con características clínico radiológicas típicas. Ambos casos son mujeres, diabéticas que presentan la tríada clásica, diagnosticándose por TAC abdomino-pélvico donde se objetivan las imágenes aéreas características. En ambos casos se aisló el germen más habitual (*E. coli*). En cuanto al tratamiento y evolución posterior nuestras pacientes no coinciden con la literatura. La nefrectomía sigue considerándose tratamiento de elección y el único que mejora el pronóstico. Nuestras pacientes presentan muy buena evolución clínica sin precisar la realización de nefrectomía, la primera con colocación de catéter simple J y antibioterapia y la segunda exclusivamente con antibioterapia. Dados nuestros hallazgos cabría plantear la posibilidad de tratamiento conservador en determinados pacientes con elevada morbimortalidad.

#### A-98

##### ESTUDIO COMPARATIVO DE BACTERIEMIA EN LOS HOSPITALES QUE CONFORMAN EL COMPLEJO HOSPITALARIO UNIVERSITARIO DE ALBACETE

Y. Santisteban López<sup>1</sup>, A. Hernández Belmonte<sup>1</sup>, C. Albaladejo Ortiz<sup>1</sup>, J. Blach<sup>2</sup>, M. Martínez Serrano<sup>3</sup>, J. Palomar Pérez<sup>3</sup> y J. Solera Santos<sup>1</sup>,

<sup>1</sup>Medicina Interna, <sup>2</sup>Unidad de Enfermedades Infecciosas Medicina Interna, <sup>3</sup>Microbiología. Complejo Hospitalario Universitario. Albacete.

**Objetivos.** La bacteriemia es un proceso grave que ha experimentado en las últimas décadas un incremento notable en incidencia. Además se ha observado un cambio en su espectro clínico y epidemiológico asociado, en parte, al envejecimiento de la población. El objetivo es describir los factores favorecedores, las características clínicas y microbiológicas y el manejo de los pacientes ingresados en el Complejo Hospitalario de Albacete.

**Material y métodos.** Estudio retrospectivo comparativo de todos los episodios de bacteriemias identificadas por el Servicio de Microbiología entre agosto y noviembre de 2005 en los dos hospitales que conforman el Complejo Universitario Hospitalario de Albacete. La diferencia fundamental entre ambos centros es que los pacientes ingresados en el Hospital Nuestra Señora del Perpetuo Socorro son, en general, de mayor edad, pluripatológicos y con peor situación funcional y cognitiva.

**Resultados.** Se detectaron 151 hemocultivos positivos, de los cuales 88 lo fueron en el H. General y 63 en el H. Perpetuo Socorro. La edad media ( $\pm$  desviación estándar) fue de 67.72  $\pm$  13.3 años en los pacientes del H. General y de 79.51  $\pm$  9.65 años en los pacientes del H. Perpetuo, encontrándose diferencias estadísticamente significativas. Entre los antecedentes personales recogidos sólo mostró diferencias estadísticamente significativas la presencia de HTA. Así, el 63,6% de los pacientes ingresados en el H. General y el 47,6% de los del H. Perpetuo eran hipertensos. Al analizar la distribución

por grupo de microorganismos se manifiestan diferencias estadísticamente significativas entre ambos hospitales determinada por el grupo de cocos gram positivos aislados (35% H. General vs 15% H. Perpetuo). El microorganismo obtenido con mayor frecuencia en los hemocultivos fue *E. coli* con un 33%, sin diferencias entre hospitales. De los distintos focos, el urinario es más frecuente en el H. Perpetuo (47% vs 26%) y el acceso venoso central en el H. General (14% vs 3%). El 95% de los pacientes de la muestra reciben tratamiento antibiótico correcto para el microorganismo aislado (59% H. General vs 41% H. Perpetuo). No se detecta diferencias estadísticamente significativas en la evolución de los pacientes de ambos hospitales cuando se compara la mortalidad global ni por causas.

**Discusión.** En todas las series publicadas la edad avanzada es una variable de mal pronóstico. En esta muestra la edad media ha sido de similar a series que describen bacteriemias en pacientes ancianos y la comparación ha mostrado diferencias entre el H. General y H. Perpetuo, siendo la población de éste segundo más anciana. Sin embargo, este hecho no se ha reflejado en un aumento de mortalidad asociado a la mayor edad como cabría esperar. Como en la mayoría de estudios publicados el grupo de gérmenes más frecuentemente aislados han sido los bacilos gram negativos, pero, la diferencia entre ambos hospitales la encontramos en el grupo de cocos gram positivos. Este hecho podría estar determinado por una mayor presencia de infecciones asociadas a acceso venoso en el H. General. Por último, la asociación entre infección-bacteriemia de origen urinario junto con el uso, cada vez más frecuente, del sondaje uretral asociado al aumento de bacteriurias asintomáticas ha sido puesta en evidencia en múltiples estudios. En nuestra muestra el foco urinario ha sido el más prevalente, siendo mayor en el H. Perpetuo por una mayor presencia de sondaje vesical en estos pacientes.

**Conclusiones.** Este estudio permite extraer una serie de recomendaciones para la ayuda del clínico en su práctica habitual. La correcta aplicación de las mismas disminuirá el riesgo de infección en los pacientes, y en el caso de que ésta ocurra permitirá su tratamiento de una manera precoz y adecuada. La principal consecuencia de todo lo anterior será una mejoría en el pronóstico de los pacientes hospitalizados.

#### A-99

### REACCIONES NEUROLÓGICAS ADVERSAS A QUINOLONAS

S. Martínez, E. López, F. Jover, M. Díaz, E. Calabuig, J. Peris y P. Roig

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

**Objetivos.** Las reacciones adversas a quinolonas más frecuentes son, en primer lugar las gastrointestinales y en segundo lugar las neurológicas. Nuestro objetivo es describir las reacciones adversas neurológicas en los pacientes que reciben tratamiento con quinolonas así como analizar las características de los enfermos que las presentan.

**Material y métodos.** Realizamos un análisis retrospectivo de los enfermos diagnosticados de reacción neurológica adversa a quinolonas. Analizamos edad, sexo, antecedentes médicos y evolución clínica. Utilizamos la Escala de Naranjo, escala de probabilidad para reacciones adversas a fármacos, que utiliza un cuestionario de 10 ítems para clasificar las reacciones adversas en dudosas: = 0; posibles: 1-4; probables: 5-8 y definitivas:  $\geq 9$ .

**Resultados.** Encontramos 2 pacientes diagnosticados de reacción neurológica adversa a quinolonas. Caso 1: varón de 77 años con antecedentes de demencia vascular, DM tipo 2, HTA y cardiopatía hipertensiva. Ingresó por neumonía adquirida en la comunidad iniciándose tratamiento antibiótico empírico con levofloxacino. A las 48 horas presenta episodio de disminución de nivel de conciencia, rigidez de extremidades, trismus, temblor de reposo y movimientos clónicos compatibles con distonía aguda generalizada, se administra biperideno y se decide suspender el levofloxacino. Progresivamente presenta mejoría clínica. Caso 2: varón de 67 años con antecedentes de alergia a la penicilina, epilepsia, hipertensión y coxartrosis. Ingresado a cargo de Traumatología para colocación de prótesis total de cadera, ante la sospecha de infección de la herida quirúrgica se decide iniciar tratamiento intravenoso con ciprofloxacino. A las 48 horas presenta desorientación temporo-espacial, insomnio y cefalea intensa. En la exploración neurológica realizada no se objetiva foca-

lidad. Ante la sospecha de reacción adversa al ciprofloxacino se decide suspenderlo. Se realiza TAC craneal que es normal. Tras 24 horas sin ciprofloxacino se resuelve el cuadro.

**Discusión.** Los efectos adversos neurológicos de la quinolonas oscilan entre un 0,9% y un 11%. Pueden clasificarse en moderadas (cefalea, discinesia e insomnio) y severas (reacciones psicóticas, alucinaciones, depresiones y convulsiones) que son raras (< 0,5%). La patogénesis es todavía poco conocida, pero parece que puede deberse en parte a la interacción con vías inhibitorias del SNC, concretamente con el complejo GABA. La incidencia parece ser mayor con la administración oral. Son más frecuentes en pacientes en tratamiento con AINES o teofilinas, con antecedentes de crisis convulsivas, enfermedades orgánicas del sistema nervioso central, trastornos psiquiátricos, insuficiencia renal y ancianos, sobretudo con aterosclerosis pronunciada. Los síntomas aparecerán tras 24 h de haber administrado el fármaco y suelen desaparecer tras su retirada.

**Conclusiones.** En nuestros dos enfermos encontramos enfermedades de base que favorecen las reacciones neurológicas adversas a quinolonas, el primero es un paciente anciano con demencia vascular y el segundo tiene antecedentes de epilepsia. Asimismo observamos que en ambos la clínica neurológica se presentó en las primeras 48 horas y la retirada de las quinolonas produjo mejoría clínica en las primeras 24 horas. Al aplicar la Escala de Naranjo ambos enfermos obtuvieron una puntuación de 6 clasificando la reacción adversa en probable (hay casos descritos previamente, la reacción aparece tras administrar el fármaco, mejora cuando se suspende y no existen otras causas alternativas que puedan producir dicha reacción). De acuerdo a la literatura, podemos afirmar que los pacientes ancianos (especialmente con enfermedad cerebrovascular) y los pacientes con otros antecedentes neurológicos como epilepsia son más propensos a presentar reacciones neurológicas adversas a quinolonas por lo que su utilización debería realizarse bajo supervisión.

#### A-100

### ESTUDIO EPIDEMIOLÓGICO DE LAS MENINGITIS BACTERIANAS DIAGNOSTICADAS DURANTE 3 AÑOS EN EL SERVICIO DE MEDICINA INTERNA-I

L. Mateos Polo, I. Aláez Cruz, A. García Mingo, J. Martín Oterino, J. García Rodríguez y A. Sánchez Rodríguez

Medicina Interna-I. Universitario. Salamanca.

**Objetivos.** El área sanitaria de nuestro Complejo Hospitalario abarca una población de 250.000. El Complejo Hospitalario de Salamanca tiene 3 Servicios de Medicina Interna. El Servicio de Medicina Interna-I está dotado con 49 camas instaladas ubicadas en otro centro hospitalario: Hospital Virgen Vega. Se realiza un estudio retrospectivo de las historias clínicas con el diagnóstico principal de meningitis bacteriana durante los 3 últimos años. Se analiza la edad media, la distribución por sexos, la estacionalidad, la forma de comienzo, los signos de afectación neurológica, las alteraciones bioquímicas del LCR, de los cultivos microbiológicos del LCR, sangre y serología, los datos de las pruebas de neuroimagen, el tratamiento, la evolución, las secuelas y la tasa de éxitos.

**Material y métodos.** Se examinaron las historias clínicas de los 3 últimos años de aquellos enfermos diagnosticados de meningitis bacteriana que cumplían los requisitos de tener en todos los casos punción lumbar, cultivo para bacterias y mycobacterias del LCR, orina y sangre y serología completa bacteriana. Se encontraron 17 casos, siendo desechados 7 por no cumplir los requisitos microbiológicos para el diagnóstico.

**Resultados.** La prevalencia de meningitis bacteriana en nuestro ámbito es de 4 por 100.000 habitantes. La edad media se sitúa en 58 años, (18 a 83) con predominio en mujeres. Existe un claro predominio invernal entre los meses de octubre a enero. La diabetes se constituye como el principal factor de inmunodepresión en nuestra serie. La clínica de comienzo fue en el 95% con cefalea frontal, fiebre > de 38° y vómitos inespecíficos. La obnubilación y la somnolencia fueron los signos físicos más frecuentes (75%). Los signos meníngeos clásicos solo aparecieron en el 20% de los casos. Existía hipercloruricidad > de 200 células en el 70%, siendo de predominio polimorfonuclear en más del 80%. La hiperproteinorraquia > de 100 mg/dl se halló en el 50%, estando los niveles de glucosa en LCR descendidos en el 100%. El cultivo del LCR fue positivo en el 70%, y el hemocultivo en el 30%. Los gérmenes aislados fueron

*Listeria Monocytógenes* (en mayores de 75 años y diabéticos) en 3 casos, estreptococcus pneumoniae (todos con otomastoiditis y/o sinusitis/mastoiditis) en 5 casos y un estafilococo epidermidis (tras anestesia epidural). El TAC de cavidad oral y/o maxilar mostró en todos los casos, que había patología, alteraciones congruentes con el diagnóstico. El tratamiento se realizó de forma empírica en el 100% de los casos con cefalosporinas de 3ª generación asociadas en un caso a ampicilina y vancomicina. La evolución fue favorable sin secuelas en el 70% de los casos. En el 30% las secuelas fueron motoras con hemiplejía y/o hemiparesias. No hubo éxitos.

**Conclusiones.** La meningitis bacteriana en nuestro medio tiene una alta prevalencia siendo el *Streptococcus Pneumoniae* el germen aislado con más frecuencia siempre relacionado con infecciones, a veces asintomáticas de la esfera ORL. Sorprende la ausencia del meningococo, quizás porque nuestra Unidad está ubicada en un centro con Neurocirugía y Cirugía Maxilofacial así como una UCI fundamentalmente Neuroquirúrgica y son más frecuentes los casos relacionados con estos Servicios. La clínica y los signos neurológicos son inespecíficos y no orientan al diagnóstico en la mayoría de los casos. La hiperplacencia polimorfonuclear y la hipoglucorraquia son los datos más firmes y constantes para el diagnóstico. Los hemocultivos, a diferencia de otras series, son de escaso valor diagnóstico siendo el cultivo del LCR el mejor método para determinar la etiología. La realización de la TAC de esfera ORL, inclusive sin clínica, permiten establecer la etiología en muchos casos, antes de que lleguen los cultivos del LCR. Por tanto, es conveniente tener en cuenta el diagnóstico y el tratamiento de las infecciones dentales, así como de las otitis medias y sinusitis de los senos etmoidales y maxilares. El tratamiento precoz con cefalosporinas de 3ª generación, asociadas a ampicilina en los diabéticos permite la curación en la mayor parte de los casos. aunque sigue existiendo secuelas neurológicas en el 30% de nuestros casos.

#### A-101

### ESTUDIO CLÍNICO EPIDEMIOLÓGICO DE LAS MENINGOENCEFALITIS VÍRICAS DIAGNOSTICADAS EN EL SERVICIO DE MEDICINA INTERNA-I DURANTE LOS 3 ÚLTIMOS AÑOS

**L. Mateos Polo, J. García Rodríguez, M. Pérez García, M. Dávila Vals, P. Miramontes González y A. Sánchez Rodríguez-Pérez**

Medicina Interna-I. Virgen Vega. Salamanca.

**Objetivos.** Estudio retrospectivo de las historias clínicas con el diagnóstico principal de meningitis y/o encefalitis viral durante los 3 años en Servicio de Medicina Interna-I con una capacidad de 49 camas de hospitalización y un área sanitaria de 250.000 habitantes.

**Material y métodos.** Se recogieron 17 historias con este diagnóstico siendo rechazadas 5 por no tener realizado punción lumbar y/o cultivo del LCR y/o determinación de la PCR en LCR. Se analiza la edad media, la estacionalidad, la distribución por sexos, la clínica de comienzo, la duración de los síntomas, los datos de exploración neurológica, las alteraciones en el LCR, en el TAC craneal, y en el estudio electroencefalográfico (EEG), los resultados de la serología vírica, cultivos de LCR, hemocultivos, y determinación de PCR en LCR, el tratamiento recibido, las complicaciones y la evolución clínica.

**Resultados.** De los 13 casos que cumplían los criterios, la edad media fue de 45 años con el 69,2% de mujeres, siendo los meses de abril y octubre donde hubo mayor prevalencia. La fiebre > de 38° en el 76,9 junto con la cefalea en el 53% fueron las manifestaciones clínicas de presentación más frecuentes, con una duración de los síntomas entre 5 y 14 días. Se recogió en el 38,4% de los casos antecedentes de diarrea, náuseas y/o vómitos hasta 10 días previos del diagnóstico. En el 46,4% se objetivó estupor y/o obnubilación seguida de fotofobia en el 30,7%. Solo un caso debutó con crisis comiciales. La punción lumbar realizada en todos los casos demostró una pleocitosis linfocitaria (25-500 células/ml) en el 69,2%, con hiperproteinorraquia (20-80 mg/100 ml) en el 84,6%. La glucorraquia fue normal en el 95%. En un solo caso, fue < de 20 mg/dl que coincidió con una hipoglucemia de 30 mg/dl en una anciana diabética. La etiología de los virus se confirmó mediante el envío del LCR al Laboratorio Nacional de Microbiología para la determinación de la

PCR. En el 46% el virus del Herpes simple tipo 2 fue la causa de 6 de las meningoencefalitis, en el 83,3% de las mujeres. En el resto no pudimos identificar el virus causal, siendo la serología en sangre y en LCR negativa para los agentes más frecuentemente invocados (enterovirus 68-71, coxsackie, citomegalovirus, Epstein-Barr). El TAC craneal practicado de rutina demostró en más del 80% de las ME por VHS-2 cambios compatibles con edema y/o inflamación de los lóbulos temporales "cerebritis", especialmente precoces en el derecho, siendo normal en todos los casos de ME no herpética. El EEG se realizó en 53,8% de todos los casos. En todas las ME herpéticas hubo identificación general del trazado con deterioro de las ondas delta a partir de las 48 horas del ingreso. La evolución fue satisfactoria en el 100% de las ME no herpéticas y en el 84,6% de las ME herpéticas. Dos casos, los de mayor edad con diabetes se trasladaron a UCI por shock séptico secundario a neumonía nosocomial, que fueron precisamente los que tuvieron secuelas neurológicas.

**Conclusiones.** La prevalencia de la ME en nuestro medio es de 1,73 casos por 100.000 hab/año, con neta predilección por el sexo femenino y las estaciones de otoño y primavera (hecho que concuerda con otras series). La hiperproteinorraquia seguida de la pleocitosis linfocitaria son los datos más constantes hallados en el LCR. La TAC realizada de forma precoz se constituye como la herramienta diagnóstica más eficaz en descartar otras etiologías y confirmar datos de afectación de los lóbulos temporales en los casos de ME herpética, mucho antes de recibir los resultados definitivos de la PCR del LCR. El EEG realizado de forma seriada permite apoyar este último diagnóstico. La evolución fue satisfactoria y sin secuelas en todos los casos de ME no herpética y en la mayoría de las ME herpéticas. La edad y la diabetes se constituyen como los dos factores desfavorables de los casos con secuelas neurológicas.

#### A-102

### UTILIZACIÓN Y EFECTOS ADVERSOS ASOCIADOS A IMIPENEM

**A. Asenjo, R. Barrena, I. González Anglada, A. Vegas, C.G. Tejero, M. Velasco, L. Moreno y J. Losa**

Medicina Interna. F Hospital Alcorcón, Madrid.

**Objetivos.** El imipenem es un antibiótico de amplio espectro antimicrobiano. Aunque su uso debería estar restringido al tratamiento de infecciones hospitalarias severas con sospecha de microorganismos resistentes, en la práctica clínica su empleo, probablemente sea mayor. Estudiar la utilización y efectos secundarios del imipenem en la práctica clínica habitual, fuera de los ensayos clínicos.

**Material y métodos.** Estudio retrospectivo en la Fundación Hospital de Alcorcón de los pacientes tratados con imipenem a lo largo del año 2005. A partir de las prescripciones de imipenem realizadas a la unidad de Farmacia, se revisan las historias clínicas informatizadas, recogiendo la información de los facultativos, de enfermería y de laboratorio. Se analizan las características de los pacientes, las infecciones tratadas y la aparición de efectos adversos. El análisis estadístico se realiza con SPSS: las variables categóricas se comparan con  $\chi^2$  y Fisher, cuantitativas con T-test y se realiza regresión logística multivariante.

**Resultados.** 101 pacientes recibieron imipenem, la edad media era de 64 años y 60% de varones. La estancia media era de 30 días y recibieron imipenem 10,9 días. Presentaron comorbilidad el 20%: 6,1% ACV, 9,1% demencia, 32,7% HTA, 6,9% hepatopatía crónica, 5% insuficiencia renal crónica. La distribución de la prescripción por unidades fue: cirugía 41%, medicina interna 36%, UCI-REA 21%, digestivo 12%, onco-hematología 13%, neumología 9%, nefrología 4%, otros 9%. La localización de la infección fue: 35,4% infección respiratoria, 35,4% infección abdominal, 25,5% infección postquirúrgica, 15,8% infección de partes blandas, 5,1% infección genitourinaria. En el 54,5% no se logró aislamiento microbiológico. Cuando lo hubo fue polimicrobiano 21,8%; *E coli* en 20%, *Pseudomonas* 14%, *Enterococo* 12%, *Morganella* 5%, *Enterobacter* 3%, *Proteus* 3%, *Serratia* 3%, *Acinetobacter*, *Bacteroides fragilis*, *Sterotrofomona*, *Klebsiella* y *Providencia* 2. *Fusobacterium*, *Citrobacter*, *Providencia* 1%. Aparecieron efectos secundarios asociados a imipenem en 56,3%: 31,6% locales (flebitis 15,8%, extravasación 17,8%), 27,1% gastrointestinales (diarrea 12,5%), 10,5% cardiovasculares (hipotensión arterial 10,5%), 9% hematológicos

(eosinofilia 5%), 6% hepáticos (hipertransaminasemia 4,2%), 5,2% neurológicos (sd confusional 2,1%; crisis comiciales 1%). Se suspendió imipenem por toxicidad en 8,9%. Fallecieron el 12,9% de los pacientes, la causa de la muerte no se relacionó con la toxicidad. La comorbilidad, el sexo y la edad se asociaron, tras ajustar por el resto de variables, a la aparición de efectos adversos.

**Conclusiones.** El imipenem se usa en un amplio espectro de infecciones. En más de la mitad de los casos no hay aislamiento microbiológico y se utiliza de forma empírica. La aparición de efectos adversos es frecuente, 1 paciente de cada 2 lo presenta. La mayoría de estas reacciones adversas no son graves y no precisan suspender el tratamiento.

#### A-103

#### ERTAPENEM E IMIPENEM: UTILIZACIÓN Y EFECTOS ADVERSOS

R. Barrena<sup>1</sup>, A. Asenjo<sup>1</sup>, I. González Anglada<sup>1</sup>, S. Sanz<sup>2</sup>, A. Martín<sup>2</sup>, S. Nistal<sup>1</sup>, H. Martín<sup>1</sup> y A. Espinosa<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Unidad de Medicina Interna, <sup>2</sup>Unidad de Farmacia.

Hospital Alcorcón, Madrid.

**Objetivos.** El imipenem y el ertapenem son antibióticos del grupo de los carbapenems con amplio y diferente espectro antibacteriano. El ertapenem es de reciente introducción por lo que hay pocos datos sobre su utilización y efectos adversos tras la comercialización. **Objetivos:** estudiar las diferencias en utilización y efectos secundarios de ambos fármacos en la práctica clínica habitual, fuera de los ensayos clínicos.

**Material y métodos.** Se selecciona una cohorte retrospectiva de pacientes a los que se administró ertapenem desde enero 2004, cuando se introduce en la farmacia de la Fundación Hospital Alcorcón hasta diciembre 05, y se comparan con 100 pacientes tratados con imipenem. Se recogen los datos de las historias clínicas informatizadas tanto a nivel médico, analítico como enfermería. Se analizan las características de los pacientes, la infección, aislamiento microbiológico y aparición de efectos adversos. El análisis estadístico se realiza con SPSS: las variables categóricas se comparan con  $\chi^2$  y Fisher, cuantitativas con T-test y se realiza regresión logística multivariante.

**Resultados.** 196 pacientes recibieron tratamiento antibiótico; 101 imipenem y 95 ertapenem. La edad media fue 64 años en el grupo imipenem y 75 en ertapenem ( $p < 0,000$ ). 60% y 50% eran varones. Presentaron importante comorbilidad, mayor en los pacientes que reciben ertapenem: ACVA (6% en imipenem vs 20% ertapenem), demencia (9% vs 41%), Crisis comiciales (1% vs 6%), HTA (33% vs 48%), insuficiencia renal crónica (1% vs 10%), hepatopatía crónica (7% vs 6,5%). La localización de la infección en pacientes tratados con imipenem fue: respiratoria y abdominal (35%), postquirúrgica (25%), partes blandas (16%) y genitourinaria (5%). En pacientes con ertapenem, la infección más frecuente fue la genitourinaria (58%), seguida de partes blandas (22%), postquirúrgica (17%), respiratoria (16%) y abdominal (12%). 12% de los pacientes en tratamiento con imipenem presentaban sepsis frente al 43% de ertapenem ( $p < 0,01$ ). Habían recibido tratamiento antibiótico previo el 50% de imipenem vs 61% de ertapenem. Hubo aislamiento microbiológico en el 55% de los pacientes con imipenem y 93% con ertapenem ( $p < 0,000$ ), siendo en el 50% de estos casos polimicrobiana. *E. coli* se aisló en el 20% y 77%; pseudomona en 14% vs 1%, enterococo 12% vs 1%. Habían recibido otro tratamiento antibiótico previo un 50 y 61%. Un 29% de pacientes con imipenem y un 57% de pacientes con ertapenem estaban recibiendo simultáneamente fármacos psicotropos. Aparecieron efectos adversos con mayor frecuencia de forma estadísticamente significativa con imipenem 57% frente a ertapenem 30%. Los efectos adversos más frecuentes fueron: Locales (32% en imipenem frente a 9%), Gastrointestinales 27% vs 9%: diarrea (12 vs 5), nauseas (7 vs 0), dolor abdominal (6 vs 2), vómitos (8 vs 3). Cardiovasculares 10% vs 3%. Neurológicos (5% vs 9%): síndrome confusional (2 vs 4), crisis comiciales (1 vs 4) Hepáticos 3%. Hematológicos 7% vs 5%. Se suspendió el tratamiento por efectos adversos en 9% de imipenem frente a 5% de ertapenem. Fallecieron el 13 y el 17% de los pacientes, el motivo del fallecimiento no se relacionó con la toxicidad. En el análisis multivariante la aparición de efectos adversos solo se rela-

cionó de forma significativa con el sexo femenino (OR 2,9) y al tratamiento con imipenem (OR 2,4).

**Conclusiones.** El imipenem y el ertapenem son dos antibióticos de amplio uso en nuestro medio aunque no están exentos de efectos adversos. Las reacciones adversas son más frecuentes con el imipenem, aunque en general no precisan suspender el tratamiento.

#### A-104

#### COMPARACIÓN ENTRE STAPHYLOCOCCUS AUREUS RESISTENTE A METICILINA COMUNITARIO Y ASOCIADO A LOS CUIDADOS EN UN HOSPITAL COMARCAL

A. Belso, M. Romero, M. Díaz, C. Delibes, C. Pérez Barba y R. Pascual

Servicio de Medicina Interna. Hospital de Elda, Alicante.

**Objetivos.** Comparar las características clínicas y epidemiológicas de los pacientes en los que se aisló *Staphylococcus aureus* resistente a meticilina (SARM) procedentes de la comunidad con las de los pacientes hospitalizados o procedentes de instituciones geriátricas. Comparar los patrones de sensibilidad de los SARM aislados en ambos.

**Material y métodos.** Estudio descriptivo basado en el análisis de las historias clínicas de los pacientes en los que se aisló SARM, durante el periodo comprendido entre enero del 2003 y mayo del 2006. El protocolo de recogida de datos incluía datos de filiación, epidemiológicos, patologías asociadas, diagnóstico, tipo de adquisición, gravedad de la enfermedad de base, procedencia de las muestras para cultivo, patrón de sensibilidades, tratamiento antibiótico y evolución. Previamente se definieron los conceptos de adquisición comunitaria (PC) y asociada a los cuidados (ALC) (nosocomial, nosocomial importada y procedente de una institución cerrada), infección y colonización.

**Resultados.** Se aislaron un total de 54 SARM asociados a los cuidados y 43 de origen comunitario. El número de aislados se incrementó progresivamente a lo largo del periodo estudiado (8 ALC/8 PC en el 2003, 18 ALC/12 PC en el 2004, 20 ALC/15 PC en el 2005 y 5 ALC/7 PC en el primer semestre del 2006). La media de edad fue de 78,5 ALC/65,2 PC. Hubo 44,4% varones y 55,6% mujeres entre los pacientes ALC frente a 39,5 varones y 60,5 mujeres PC. 63% de los pacientes con adquisición ALC procedían del hospital y el 37% de centros geriátricos (el 50% de una misma institución y el resto repartido en otras 4 instituciones). El 33,3% había sido hospitalizado recientemente y el 30% en el pasado. El 30% de los de PC precisaron hospitalización, 21% procedían de consultas externas y 42% de los centros de Salud. La procedencia de las muestras se distribuyó de la siguiente manera: esputo 26% ALC/ 9% PC, orina 3,7% ALC/14% PC, lesiones cutáneas 39% ALC/ 37% PC, sangre 9% ALC/4,7% PC, abscesos profundos 3,7% ALC/4,7 PC, exudado nasal 3,7% ALC/ 4,7% PC, heces 2,3% PC, varias localizaciones 11% ALC/9,3% PC, otros 11,6% PC. En 28 de los pacientes con SARM ALC se aisló otro germen asociado (1 germen en 15 casos, 2 en 5, 3 en 6 y 4 en 1) frente a 30 pacientes de PC ( 1 germen en 22 casos, 2 en 6 y 3 en 2). El 100% de los aislados en ambos grupos fue sensible a vancomicina, teicoplanina, y linezolid, en los casos en que se testó este antibiótico. El resto de las sensibilidades se repartió de la siguiente forma: gentamicina 92,3% ALC/97,6% PC, cotrimoxazol 84,6% ALC/35,7% PC, ciprofloxacino 19,2% ALC/19% PC.

**Discusión.** Los aislamientos de SARM se han incrementado tanto los de origen nosocomial como comunitario. Aunque no se analizaron las cepas, el patrón de sensibilidades no sugiere que los aislados comunitarios posean el gen Pantón-Valentine Leukocidin y el gen mec IV referidos en la literatura. En nuestro caso presentan un patrón de sensibilidades ligeramente más desfavorable que las de origen nosocomial con un mayor porcentaje de resistencia a cotrimoxazol.

**Conclusiones.** Se aprecian ligeras diferencias entre los pacientes con SARM de origen comunitario y nosocomial. Estos últimos son de edad más avanzada, con un mayor porcentaje de varones y un mejor perfil de sensibilidad antibiótica. Es importante tener en cuenta estos datos a la hora de seleccionar un tratamiento antibiótico empírico adecuado.



### A-106 VALORACIÓN DEL INTERROGATORIO DE LA ALERGI A ANTIBIÓTICOS EN LA HISTORIA CLÍNICA

M. Delgado Capel<sup>1</sup>, R. Icart Palau<sup>1</sup>, L. Ribó Tarré<sup>2</sup>, A. Sánchez Ulayar<sup>3</sup>, L. Ballester Joya<sup>1</sup>, X. Martínez-Costa<sup>1</sup>, M. Mauri Plana<sup>1</sup> y J. Capdevila Morell<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Medicina Interna, <sup>2</sup>Medicina de Familia, <sup>3</sup>Farmacia. Hospital de Mataró, Barcelona.

**Objetivos.** Valorar la prevalencia de alergia a antibióticos (atb) y su significado en la práctica clínica diaria. Valoración de la fiabilidad del interrogatorio para detección de alergia a antibióticos.

**Material y métodos.** Análisis transversal del interrogatorio de alergia a los atb en las historias clínicas de todos los ingresos consecutivos a lo largo de un mes en un hospital general. Se excluyeron los ingresos de menos de 48 horas, los pacientes pediátricos y los ingresados en la unidad de cuidados intensivos. Se valora: dónde consta la alergia, quién la interroga y si se especifica el tipo de reacción alérgica (anafilaxia, retardada, dudosa). Se valora mediante entrevista con el enfermo el interrogatorio de la alergia y la prevalencia de falsas alergias. Para el estudio estadístico se utilizan tablas de contingencia 2 x 2.

**Resultados.** Se analizaron un total de 610 historias clínicas, que corresponden a 316 hombres (52%), con una edad media de 67.2 años. 316 pacientes (52%) estaban ingresados en servicios médicos. En el análisis observacional de la historia clínica: en un 98% de los casos constaba interrogada en algún lugar la presencia de alergias a atb. Respecto a la anamnesis médica de planta, la alergia no se interrogó en un 54%, correspondiendo el 82% a servicios quirúrgicos y el 28% a médicos (p < 0,0001). Sólo en un 13% de las anamnesis de enfermería de planta no constaba interrogatorio. Setenta y un pacientes (12%) tenían registrada alergia a algún atb siendo la penicilina la más frecuente (64%). De éstos, en un 15% se había interrogado el tipo de alergia siendo en un 64% dudosa. En la valoración realizada por el investigador: sólo un 5% (33 casos) resultó tener alergia a atb, de los cuales en un 15% se concluyó que era dudosa. De los 71 enfermos en los que constaba alergia en el estudio observacional, un 44% resultaron ser falsas alergias. Las causas más frecuentes de confusión fueron lipotimia, reacciones cutáneas atípicas no atribuibles a alergia e intolerancia gástrica. El interrogatorio dirigido a descartar falsas alergias consiguió disminuir el porcentaje de alergias dudosas de un 64% a un 15% (p < 0,002). Cabe destacar que a 5 de los pacientes se les estaba administrando el atb al que supuestamente eran alérgicos. El interrogatorio efectuado por enfermería fue menos fiable que el efectuado por medicina aunque no significativamente (p: ns).

**Discusión.** La anamnesis clínica es el elemento fundamental para identificar alergias a fármacos y de distinguirlas de otras reacciones referidas por el enfermo. Este dato es clave en la práctica clínica, ya que registrar en la historia clínica de un paciente una falsa alergia a un atb puede llevar a la prescripción de otros más costosos o no tan eficaces. (N Engl J Med 2006; 354: 601-609, Feb 9, 2006) De los resultados obtenidos en nuestro estudio se destaca la importancia de realizar una buena anamnesis sobre las alergias ya que a menudo se es poco metódico en el interrogatorio de este aspecto en la práctica clínica diaria.

**Conclusiones.** El interrogatorio de alergia a los atb es una constante en la práctica totalidad de historias clínicas, siendo efectuado mayoritariamente por enfermería de planta. El interrogatorio es más frecuente en los servicios médicos que en los quirúrgicos. En este estudio observacional la prevalencia de alergia a algún atb es del 12%, disminuyendo al 5% cuando se realiza un interrogatorio específicamente dirigido. Si bien se interroga la presencia de alergia a atb, la fiabilidad del interrogatorio es inferior al 50% de lo que se desprende que es necesario explicar periódicamente al colectivo sanitario el significado de la alergia a los atb.

### A-107 ABSCESOS DE PSOAS EN UN HOSPITAL DE SEGUNDO NIVE

E. Moya, D. Fernández, M. Galindo, I. Molina, R. García, J. González, J. Barberá y M. García

Medicina Interna. La Mancha Centro. Alcázar de San Juan, Ciudad Real.

**Objetivos.** Revisar los pacientes con de absceso de psoas en nuestro hospital en los últimos 6 años. Describir etiología, características clínicas, diagnóstico, tratamiento y evolución.

**Material y métodos.** Estudio descriptivo-retrospectivo de casos con absceso de psoas en los años 2000-2006. Se han seleccionado pacientes con diagnóstico de infección de partes blandas y espondilitis/espondilodiscitis, mediante el conjunto básico mínimo de datos, revisando pruebas de imagen y diagnóstico final. Se recogen datos demográficos, si son primarios o secundarios, etiología, clínica, método diagnóstico, tratamiento y evolución.

**Resultados.** Son 4 casos con absceso de psoas: 1) Mujer 43 años con apendicitis intervenida y complicada en el postoperatorio con fiebre y dolor en fosa iliaca derecha. En TC abdominal: absceso de psoas derecho. Se drena quirúrgicamente y se aísla staphylococcus aureus y staphylococcus epidermidis sensibles a oxacilina. Se completó tratamiento con cloxacilina. Buena evolución. 2) Varón 63 años con adenocarcinoma gástrico y 2 bacteriemias por vía central. En estudio por lumbalgia, en TC columna lumbar: espondilitis y abscesos de psoas bilaterales. Se realiza PAAF guiada con TC aislándose staphylococcus aureus resistente a oxacilina. Se modifica tratamiento médico a imipenem-cilastatina más teicoplanina sufriendo éxitus. 3) Varón 84 años con TBC y nódulo pulmonar no estudiado. Acude por deterioro y lumbalgia irradiada con paresia de miembro inferior izquierdo. En TC toraco-abdominal: nódulo espiculado en lóbulo superior izquierdo, consolidación pulmonar cavitada en lóbulo inferior derecho, colección en psoas iliaco izquierdo. Se trató empíricamente con amoxicilina-clavulánico y drenaje por PAAF guiada por TC. Gram y BAAR fueron negativos y cultivo aerobios-anaerobios y micobacterias estéril. Evolución favorable. 4) Varón 78 años con carcinoma vesical tratado, insuficiencia renal crónica y portador de sonda vesical. Acude por deterioro, fiebre, tiritona y obstrucción de sonda vesical. En urocultivo se aisló candida parasilopsis. En TC abdominal: ureterohidronefrosis grado III/IV bilateral y absceso de psoas derecho. Se drena por PAAF guiada con TC y se aísla candida parasilopsis (igual al urocultivo). Se trató con voriconazol. Finalmente se colocó catéter doble J en vía urinaria derecha para tratar la obstrucción crónica residual no tumoral.

**Discusión.** La primera descripción la hizo Mynter (1881) y lo llamó "psoitis". El músculo psoas se localiza en retroperitoneo y tiene abundante flujo sanguíneo lo que le confiere predisposición para la siembra hematógena de patógenos. El absceso de psoas es una entidad poco frecuente y difícil de diagnosticar, si bien el desarrollo de técnicas de imagen ha aumentado el número de casos asintomáticos. Se dividen en primarios sin foco infeccioso subyacente y secundarios a infecciones contiguas o a distancia. En nuestra serie todos eran secundarios a diferencia de otras series en las que los primarios representan hasta un tercio. No hemos encontrado diferencias en cuanto a la lateralidad a diferencia del mayor número de descripciones en el lado derecho de la literatura. En relación a la etiología, el patógeno más frecuente fue staphylococcus aureus; reseñar el aislamiento de candida parasilopsis, ya que tras revisión de la literatura no existe ninguna descripción previa de absceso de psoas por esta especie; y finalmente señalar la falta de aislamiento en uno de los casos por tratamiento antibiótico previo. Sólo la tercera parte de nuestros casos no presentaban manifestaciones clínicas. La mayoría de los pacientes (75%) presentaban entre sus antecedentes patología oncológica. La técnica diagnóstica de elección es la TC (sensibilidad 100%) además de servir como guía para su posterior drenaje. Su tratamiento es combinado, drenaje quirúrgico o mejor y menos invasivo por punción percutánea, asociado a tratamiento antibiótico, inicialmente empírico cubriendo staphylococcus y posteriormente específico según cultivos, su duración sería al menos 4 semanas. La mortalidad descrita están en torno 7-20%, en nuestra serie falleció un paciente (25%).

**Conclusiones.** Buscar siempre foco primario local o a distancia. Importante una punción precoz para estudio microbiológico antes de su "decapitación" por antibiótico empírico. Incluir a candida sp entre los microorganismos causantes.

### A-108 PASTEURELOSIS RESPIRATORIA: ¿INFECCIÓN O COLO-NIZACIÓN?

L. Muntaner<sup>1</sup>, J. Suriñach<sup>1</sup>, A. Ferrer<sup>2</sup>, D. Zúñiga<sup>2</sup>, M. Duran<sup>1</sup> y T. Fernández de Sevilla<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Medicina Interna, <sup>2</sup>Microbiología. Vall d'Hebrón, Barcelona.

**Objetivos.** Evaluar el papel de *Pasteurella multocida* en las infecciones respiratorias del paciente con patología pulmonar de base,

así como el poder patógeno de este microorganismo en personas sanas.

**Material y métodos.** Se han analizado todas las muestras de vías respiratorias bajas con aislamiento de *Pasteurella multocida* a lo largo de 20 años (1986-2005) en el Hospital General Universitario Vall d'Hebron. El aislamiento se ha realizado en medios convencionales y la identificación y el antibiograma mediante métodos estandarizados. Las muestras corresponden a 14 pacientes, 10 hombres y cuatro mujeres, con una edad media de 63 años (rango 6-80) y se han estudiado las características clínicas, microbiológicas y epidemiológicas a partir de las historias clínicas completas.

**Resultados.** Se aisló *Pasteurella multocida* en 15 secreciones respiratorias, 3 hemocultivos y en un líquido pleural, líquido cefalorraquídeo y biopsia pulmonar. Todas las muestras eran purulentas aislándose más de 107 unidades formadoras de colonias por mililitro (ufc/ml). Doce de los pacientes con pasteurelisis respiratoria tenían enfermedad bronquial previa (9 EPOC, 4 bronquiectasias, asociadas a EPOC en dos casos y un niño de 6 años con bronquitis de repetición). 3 presentaban un déficit de inmunoglobulinas y 8 referían tabaquismo. Hubo contacto con animales domésticos en 6 pacientes. Los diagnósticos clínicos de los pacientes con aislamiento de *Pasteurella multocida* fueron: bronquitis agudizada en 4 casos, neumonía en 5 (dos de ellos con sepsis y hemocultivos positivos), empiema en uno y en 4 casos se consideró una colonización. Cuatro fallecieron, 3 de ellos en relación con la infección por PM, en pacientes inmunodeprimidos o con patología de base grave (infección por VIH, quimioterapia).

**Discusión.** *Pasteurella multocida* coloniza la orofaringe de animales domésticos y puede producir infección respiratoria en el ser humano a través de la vía aérea. En la literatura se describen casos aislados de pasteurelisis respiratoria que, como en nuestra serie, son pacientes de edad avanzada y con alteración de las defensas a nivel local (fumadores, EPOC, bronquiectasias y neoplasias) o sistémico. Las formas de presentación clínica más frecuentes son las bronquitis agudizadas, neumonías y, en casos de severa inmunodepresión, sepsis graves potencialmente fatales.

**Conclusiones.** La infección respiratoria por *Pasteurella multocida* es infrecuente, aunque probablemente esté subestimada debido a la dificultad para detectarse al coexistir con flora orofaríngea. La mayoría de casos de pasteurelisis respiratoria se produce en pacientes con enfermedad pulmonar de base y/o edad avanzada. La distinción entre colonización e infección es fundamental para la instauración de un tratamiento antibiótico eficaz de forma precoz.

#### A-109

##### DIARREA NOSOCOMIAL POR *CLOSTRIDIUM DIFFICILE*. DEBEMOS PENSAR EN ELLA

**E. Chamorro Martí<sup>1</sup>, E. Rodado Alabau<sup>1</sup>, M. Domenech<sup>2</sup>, L. Castro Vélez<sup>1</sup>, S. Belda Díaz<sup>1</sup>, M. Centelles Serrano<sup>3</sup>, A. Orti Llavera<sup>1</sup> y D. Bofill Montoro<sup>1</sup>**

<sup>1</sup>Medicina Interna, <sup>2</sup>Medicina Preventiva, <sup>3</sup>Análisis Clínicos. *Verge de la Cinta. Tortosa, Tarragona.*

**Objetivos.** La infección por *Clostridium difficile* (Cd) causa cada vez más problemas clínicos y de manejo en nuestros hospitales pues es el principal agente causal de diarrea infecciosa nosocomial. La aparición de un síndrome diarreico por alteración de la flora intestinal tras la utilización de antibióticos es un cuadro reconocido, sin embargo se dispone de escasa información epidemiológica contrastada sobre diarrea asociada a Cd en hospitales, lo cual sería interesante dada su capacidad de diseminación.

**Material y métodos.** Sujetos de estudio: pacientes ingresados con detección de toxina A de Cd en heces. Tipo de estudio: descriptivo retrospectivo. Lugar de estudio: hospital de segundo nivel con 250 camas. Tiempos de estudio: desde 01/01/2001 hasta 30/06/2006. Variables descritas: edad, sexo, estancia hospitalaria (días), tratamiento antibiótico previo, inmunosupresión (tratamiento con citostáticos o corticoides), procedimientos gastrointestinales previos (sonda nasogástrica, cirugía del tracto digestivo, endoscopias). Se realizó una charla de formación sobre la actitud a seguir ante un cuadro de diarrea en un paciente ingresado y se valora su repercusión en el número de peticiones.

**Resultados.** Durante el período del estudio se realizaron 248 determinaciones de toxina A. Se detectaron 12 muestras positivas en 10

pacientes. La edad media fue de 65 años (rango 32-84), el 84% eran mujeres y la estancia media hospitalaria fue de 30 días. Todos los casos habían tomado uno o más antibióticos las cuatro semanas previas (83% cefalosporinas 2ª y 3ª generación, 71% quinolonas 30% amoxicilina-clavulánico). El 60% de los casos habían recibido algún tratamiento inmunosupresor y el 30% habían sido sometidos a algún procedimiento gastrointestinal. Todos los pacientes evolucionaron favorablemente con la retirada del antibiótico y con metronidazol (vía oral, o endovenoso en caso de no tolerancia) salvo dos de los casos, que recidivaron y fueron tratados con vancomicina oral durante 14 días. Ambos pacientes habían estado ingresados previamente en una unidad de Cuidados Intensivos y su estancia hospitalaria superaba los 30 días. En los 6 meses posteriores a la charla de información se realizaron 55 determinaciones frente a las 20 realizadas los 6 meses antes, lo que supone un incremento del 54% respecto a lo esperable (IC95 35%-84%), diferencia que fue significativa (p = 0,007). Se detectaron 4 muestras positivas en el primer grupo y solo 1 en el segundo grupo (p = NS).

**Discusión.** Tal como se describe en la literatura, todos los pacientes presentaban el antecedente de ingesta de antibióticos previo. Con la retirada del antibiótico responsable y la introducción de metronidazol la evolución fue favorable en todos ellos excepto en 2 casos que recidivaron y requirieron tratamiento con vancomicina. Llama la atención el aumento de solicitudes en un 54% tras la charla de formación, hecho que no se relaciona con un incremento de la prevalencia de la infección.

**Conclusiones.** La infección por *Clostridium difficile* es un cuadro a tener en cuenta en pacientes hospitalizados que han recibido tratamiento antibiótico de amplio espectro y que presentan un cuadro de diarrea. Es necesario que el clínico la sospeche, lo cual permitirá diagnosticar y erradicar la infección así como tomar las medidas de aislamiento necesarias para evitar su transmisión.

#### A-110

##### RENTABILIDAD DIAGNÓSTICA DE LA ECOGRAFÍA UROLÓGICA SISTEMÁTICA EN PACIENTES CON INFECCIONES DEL TRACTO URINARIO QUE REQUIEREN INGRESO

**V. González Ramallo<sup>1</sup>, I. Valero López<sup>2</sup>, E. Calvo Lasso de la Vega<sup>3</sup>, J. de Miguel Yanes<sup>3</sup> y A. Segado Soriano<sup>1</sup>**

<sup>1</sup>Unidad de Hospitalización a Domicilio, <sup>2</sup>Servicio de Urgencias. Hospital General Universitario Gregorio Marañón, Madrid.

<sup>3</sup>Unidad de Medicina Familiar y Comunitaria. Hospital de Alcalá de Henares, Madrid.

**Objetivos.** Realizamos de forma protocolizada ecografía urológica a todos los pacientes con infecciones del tracto urinario (ITU) que ingresaron en la Unidad de Hospitalización a Domicilio (UHD) de un hospital de tercer nivel con el objetivo de valorar su utilidad diagnóstica y su influencia sobre el tratamiento.

**Material y métodos.** Práctica sistemática de ecografía urológica en 140 pacientes ingresados consecutivamente por ITU en nuestra UHD (julio 2005- febrero 2006). La ecografía se realizó en el gabinete de ecografía abdominal del hospital entre el tercer y cuarto día de evolución, salvo en los casos en los que se consideró urgente en los que se practicó en el servicio de urgencias antes de su traslado al domicilio. Analizamos: edad, género, comorbilidad (diabetes, infecciones previas, sonda vesical o nefrostomía percutánea), función renal, positividad en hemocultivos y/o urocultivo, presencia o no de uropatía obstructiva (UPO) y otros hallazgos. Correlacionamos los hallazgos ecográficos mediante análisis multivariable con los parámetros clínicos y microbiológicos (programa SPSS 12.0).

**Resultados.** La edad media fue 49 ± 20 años con un 60% de mujeres, presentaban insuficiencia renal el 15%, hemocultivos positivos un 17%, urocultivo positivo en un 62%, UPO en 5 pacientes con necesidad de nefrostomía percutánea (NPC) urgente en 2 pacientes. Los resultados ecográficos fueron anormales en 60 pacientes (42%). Entre ellos: litiasis renoureteral en 12 (8,5%), UPO 5 (3,5%), pielonefritis (PNF) difusa 2 (1,4%), PNF focal o ectasia 5 (3,5%), cicatriz renal compatible con PNF 5 (3,5%), quiste renal complicado 1 (0,7%), angiomiolipoma 2 (1,4%), sistema renoureteral doble o bifido 7 (5%), neoplasia vesical 2 (1,4%), hipertrofia benigna de próstata no conocida en 19 (13%) siendo grado IV en 12 pacientes (8,5%), grados 1-3 en 7 (5%). La infección renal se relacionaba directamen-

te con los hallazgos ecográficos (consideramos los consistentes en PNF difusa, focal o cicatricial, UPO y sistemas renouretrales dobles) en 25 pacientes (17,8%). En el análisis estadístico no había relación entre resultados ecográficos anormales y aislamiento microbiológico. Existía clara relación entre bacteriemia y UPO ( $p < 0,001$ ), así como con la existencia de PNF focal o ectasia ( $p < 0,001$ ). Todos los casos que mostraban cicatrices renales, sugestivas de PNF crónica, correspondían a mujeres diabéticas.

**Discusión.** Existen pocos estudios en la literatura que especifiquen las indicaciones de la ecografía urológica en pacientes ingresados por ITU. La mayoría de los autores coinciden en que debe realizarse en caso de ausencia de respuesta al tratamiento antibiótico en las primeras 72 horas, sepsis, persistencia del dolor o hematuria severa. En nuestra serie hay una elevada presencia de hallazgos ecográficos anormales aun en ausencia de evolución desfavorable, lo que apunta la rentabilidad de esta prueba inocua en varios aspectos: diagnóstico, necesidad de NPC por UPO y derivación al alta a Urología, para completar estudio, litotricia o tratamiento quirúrgico. La relativa sencillez de la prueba y la disponibilidad de ecógrafos portátiles nos permite plantear la posibilidad de la realización de la misma en el domicilio del paciente por los internistas de la UHD tras un período breve de formación.

**Conclusiones.** La alta prevalencia de hallazgos anormales en la ecografía urológica realizada de forma reglada en pacientes con ITU ingresados con evolución clínica favorable podría llevar a reconsiderar las indicaciones clásicas de la misma, expendiéndola a la mayoría de los casos. Los hallazgos ecográficos se relacionan directamente con la infección renal e indicaron por sí mismos la realización de NPC urgente.

#### A-111 TRATAMIENTO DE LA HEPATOPATÍA CRÓNICA POR VHC EN PACIENTES COINFECTADOS POR VIH

**M. Tuya Moran<sup>1</sup>, C. Quintana López<sup>1</sup>, D. Pérez Martínez<sup>1</sup>, J. Menéndez Caro<sup>1</sup>, P. Prendes Peláez<sup>2</sup>, J. De La Vega Fernández<sup>3</sup>, R. Gómez de La Torre<sup>1</sup> y M. de Zarraga Fernández<sup>1</sup>**

<sup>1</sup>Medicina Interna, <sup>2</sup>Microbiología, <sup>3</sup>Digestivo. San Agustín. Avilés, Asturias.

**Objetivos.** Analizar las características, y evaluar los resultados del tratamiento de la hepatopatía por VHC, en pacientes con infección VIH controlados en nuestro hospital.

**Material y métodos.** Estudio descriptivo, retrospectivo desde julio del 2002 hasta enero del 2006, de las historias clínicas de pacientes VHC-VIH, que recibieron tratamiento específico para el VHC, en los que se pudo evaluar la respuesta viral sostenida (PCR cualitativa negativa a los 6 meses postratamiento) El método de determinación cuantitativa del VHC ha sido el Cobas Amplicor de Roche, y el del genotipo, el Inno-Lipa HCV II de Innogenetics.

**Resultados.** Se incluyen 21 pacientes, 17 (80,9%) son hombres. Edad media 40,5 años (31-49) Genotipo 3: trece pacientes (62%), genotipo 1: siete (33,3%), genotipo 4: uno (4,7%). PCR VHC: > 850.000 UI/ml: catorce (66,65%), < 850.000: siete (33,35%). Se realizó biopsia hepática en 19 (90,4%). Estadío infección VIH: no Sida 15 (71,4%), Sida 6 (28,6%). Media de linfocitos CD4 previo al tratamiento del VHC: 682, en el 90,5%: > 350. Carga viral VIH: negativa (< 50 copias/ml) 13 (61,9%), < 5.000 copias: 4 (19,05%), > 5.000: 4 (19,05%). Todos fueron tratados con Interferón alfa pegilado más ribavirina ajustados al peso. Finalizaron el tratamiento 15 (71,4%), en 5 casos (23,8%) se suspendió, y 1 (4,8%) lo abandonó. De los suspendidos: 4 fue por falta de respuesta y 1 por efectos secundarios. La duración media en aquellos que lo finalizaron fue de 43,7 semanas. Presentaron respuesta viral sostenida: 13 (61,9%), de los cuales once (84,6%) eran genotipo 3, y dos (15,4%) genotipo 1. Recibían antirretrovirales: 15 (71,4%). Disminuyó el recuento de CD4 tras el tratamiento en 19 (90,4%), permaneciendo la carga viral del VIH negativa, en todos los que era negativa previamente.

**Discusión.** Desde que el tratamiento antirretrovírico de gran actividad ha modificado el pronóstico del Sida, la hepatopatía por VHC, es causa importante de morbi-mortalidad en el VIH. Por ello, el tratamiento de la enfermedad hepática por VHC, con posibilidad de erradicación del virus, mejora el pronóstico en estos enfermos, No obstante es un tratamiento complejo, con efectos secundarios impor-

tantes y riesgo de toxicidad e interacciones con los antirretrovirales. Las experiencias y series acerca de su eficacia en el VIH son limitadas aunque los mejores resultados se obtienen con Interferón alfa pegilado más ribavirina. La tasa de respuesta viral sostenida varía según los estudios (27-58%), y es mejor en el genotipo 3 (44-73%). Nuestros pacientes, presentaron una respuesta virológica sostenida global, por intención de tratar del 61,9%. La respuesta por genotipo fue para el genotipo 3: 84,6%, para el genotipo 1: 18,1% y para el genotipo 4: nula. El grado de control de la infección VIH era alto, con recuentos de CD4 > 350, en el 90,5% y carga viral negativa o baja en el 81% de los casos.

**Conclusiones.** En nuestra serie, la respuesta virológica sostenida global ha sido buena, con una alta tasa de respondedores en el genotipo 3. La mayoría de los pacientes presentaban recuentos altos de linfocitos CD4 al inicio del tratamiento, observándose descenso durante el mismo. La suspensión por efectos secundarios a pesar de recibir antirretrovirales fue baja, al igual que los abandonos. En pacientes coinfectados con criterios de tratamiento del VHC, la selección de los pacientes es fundamental para obtener respuesta, debiendo considerarse siempre en el genotipo 3.

#### A-112 CANDIDEMIA EN DOS PACIENTES EN HEMODIALISIS CON CATETER DE LARGA PERMANENCIA CURADA CON FLUCONAZOL SIN RETIRADA DEL CATETER

**G. Pérez Vázquez<sup>1</sup>, L. Mouronval Morales<sup>1</sup>, L. García Aragón<sup>1</sup>, E. Iglesias Quirós<sup>1</sup> y A. Gascón Mariño<sup>2</sup>**

<sup>1</sup>Medicina Interna, <sup>2</sup>Nefrología. Hospital Obispo Polanco, Teruel.

**Objetivos.** Descripción de dos casos de funguemia por *Candida* spp. en pacientes portadores de catéter de hemodiálisis (HD) de larga permanencia tipo Tesio, que fueron eficazmente tratados con fluconazol intravenoso y sellado del mismo con una mezcla de urokinasa y fluconazol, sin extracción del catéter.

**Material y métodos.** Se exponen dos casos clínicos de candidemia relacionada con catéter, mujer y varón de 77 años.

**Resultados.** Caso A: mujer de 77 años con insuficiencia renal crónica (IRC) secundaria a nefroangioesclerosis y en programa de HD desde febrero de 2002. Portadora de catéter de silicona tipo Tesio en vena yugular interna derecha con tunelización subcutánea, desde junio de 2005. En todas las sesiones de HD se deja sellado el catéter con una solución de gentamicina y urokinasa para evitar infección. La enferma presentaba infecciones urinarias de repetición tratadas con antibióticos según antibiograma. En enero de 2006 presenta fiebre y se obtienen hemocultivos que fueron positivos para *Candida albicans*. Se inició tratamiento sistémico con fluconazol 200 mg postHD, dejando sellado el catéter con una solución de urokinasa y fluconazol al final de todas las sesiones de HD. Este tratamiento se mantuvo 9 semanas. La paciente no volvió a presentar fiebre y todos los hemocultivos realizados de control fueron negativos. No fue preciso retirar el catéter y la paciente se ha mantenido clínicamente bien sin ninguna complicación posterior. Caso B: varón de 77 años con IRC secundaria a pielonefritis crónica y nefroangioesclerosis en HD desde Febrero de 2005. Portador en vena yugular interna derecha de catéter Tesio de HD desde agosto de 2005. En todas las sesiones de HD se deja sellado el catéter con una solución de gentamicina y urokinasa para evitar infección. El paciente presentaba infecciones urinarias de repetición tratadas con antibióticos según antibiograma. En enero de 2006 se objetivó exudado purulento por los orificios de salida del catéter, se obtuvieron frotis del exudado para cultivo y hemocultivos. Ambos estudios microbiológicos fueron positivos para *Candida tropicalis*. Se inició tratamiento sistémico según pauta previamente citada. Este tratamiento se mantuvo 5 semanas. El paciente no presentó fiebre durante el período de tratamiento y todos los hemocultivos de control fueron negativos. No fue necesario retirar el catéter para controlar el proceso infeccioso.

**Discusión.** El catéter es la vía de entrada de aproximadamente el 40% de todos los episodios de candidemia. La mortalidad atribuible es también elevada, hasta el 46% de las muertes ocurren en la primera semana de la identificación de *Candida* en sangre. Las especies de *Candida* disponen de unos receptores en su superficie que permiten la adherencia a un biofilm de trombina que se forma alrededor del catéter. La producción de coagulasa por parte de *Candida* contribuye a la formación de este biofilm. Estos biofilm adherentes

ejercen una alta resistencia a la acción de los antifúngicos y dificultan la erradicación de la candidemia relacionada con catéter únicamente con la administración de antifúngicos, sin su retirada. En algunos pacientes la retirada del catéter y recambio de vías no está exento de riesgos, especialmente en aquellos tunelizados y colocados quirúrgicamente. Para estos casos, y siempre que el paciente no presente situación de gravedad, se puede intentar el tratamiento sistémico con el antifúngico adecuado además del sellado intraluminal del catéter con una solución que contenga un fibrinolítico (estreptoquinasa o uroquinasa) y el antifúngico. Este procedimiento evita la retirada del catéter y puede ser una alternativa eficaz de tratamiento a las candidemias relacionadas con catéter.

**Conclusiones.** En los casos de *Candidemia* relacionada con catéter se preconiza como primera fase del tratamiento la retirada del mismo, no obstante, los resultados de los dos pacientes que presentamos demuestran que el sellado del catéter con una mezcla de uroquinasa y antifúngico, además del tratamiento sistémico con el antifúngico, pueden ser una alternativa eficaz en casos seleccionados de candidemia relacionada con catéter.

### A-113

#### BACTERIEMIA POR *ESCHERICHIA COLI* DE ADQUISICIÓN NOSOCOMIAL

M. Andrés<sup>1</sup>, E. Espejo<sup>1</sup>, R. Borralló<sup>1</sup>, M. Simó<sup>2</sup>, E. Anoro<sup>1</sup>, M. Morera<sup>2</sup>, E. García Restoy<sup>1</sup> y F. Bella<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Medicina Interna, <sup>2</sup>Laboratorio de Microbiología. Hospital de Terrassa, Barcelona.

**Objetivos.** Conocer las características clínicas y epidemiológicas de la bacteriemia por *E. coli* de adquisición nosocomial y los factores relacionados con la mortalidad.

**Material y métodos.** Estudio prospectivo de todos los episodios de bacteriemia por *E. coli* de adquisición nosocomial, en pacientes adultos, en un hospital general de 320 camas, entre 1983 y 2005. Se consideraron como nosocomiales los episodios de bacteriemia que se presentaron más allá de las primeras 48 horas del ingreso o las directamente relacionadas con un procedimiento practicado tras el ingreso hospitalario. Los datos clínicos, epidemiológicos y evolutivos se recogieron en una base de datos con 76 ítems. Para la comparación de proporciones se utilizó la prueba del chi cuadrado (con la corrección de Yates cuando estaba indicada) y para la comparación de valores cuantitativos se usó la prueba de la *T* de Student. Se realizó análisis multivariante de los factores pronósticos mediante regresión logística múltiple.

**Resultados.** Durante el período del estudio se registraron 200 episodios consecutivos de bacteriemia por *E. coli* adquirida en el hospital, de un total de 878 bacteriemias nosocomiales. La edad de los pacientes fue de 70 ± 16 años. La estancia hospitalaria previa a la bacteriemia fue de 8 ± 12 días. En 32 casos (16%) se aisló un segundo germen en el hemocultivo. Únicamente 3 de las cepas de *E. coli* eran productoras de betalactamasa de espectro extendido (BLEE). En el momento de la bacteriemia los pacientes se encontraban ingresados en un servicio médico en el 66% de los casos, en un servicio quirúrgico en el 31% y en la UCI en el 3%. Los principales focos de origen de la bacteriemia fueron urinario (50,5%) biliar (13%) gastrointestinal (8%) cutáneo (4%) y respiratorio (3%). En el 20,5% el foco fue desconocido. Las principales complicaciones fueron shock (24%) CID 5,5%) y metástasis sépticas (4%). El tratamiento antibiótico empírico fue apropiado en el 88,5% de los casos. La mortalidad cruda a los 30 días fue del 26,5% y la mortalidad directamente relacionada con la bacteriemia del 21%. La mortalidad fue menor cuando el foco era biliar (3,8%) o urinario (14,8%) y fue más elevada cuando el foco era gastrointestinal (50%), respiratorio (50%) o desconocido (56%). No se observó diferencia significativa de mortalidad entre los pacientes menores de 60 años (20,4%), entre 61 y 80 años (30,9%) y mayores de 80 años (21,7%). En el análisis univariante los siguientes factores se asociaron de forma significativa con una mayor mortalidad: enfermedad de base rápidamente o últimamente fatal, neoplasia, cirrosis hepática, neutropenia, foco gastrointestinal, respiratorio o desconocido, administración previa de corticoides o inmunosupresores, shock, CID, metástasis sépticas y tratamiento antibiótico empírico inapropiado. El análisis multivariante identificó como

factores independientes de mal pronóstico el shock (OR: 12,4; IC95%: 4,6-33,7) la CID (OR: 19,1; IC95%: 2,1-173,2) la enfermedad de base rápidamente o últimamente fatal (OR: 6,7; IC95%: 2,6-17,7) la cirrosis hepática (OR: 4,8; IC95%: 1,7-13,4) y la administración previa de corticoides o inmunosupresores (OR: 3,1; IC95%: 1,1-8,3).

**Discusión.** A pesar de que en los últimos años se ha incrementado la proporción de cocos grampositivos como responsables de bacteriemia nosocomial, *E. coli* sigue siendo el primer germen individual causante de bacteriemia adquirida en el hospital, de modo que en los primeros 12 años del estudio ocasionó el 21,7% de todas las bacteriemias nosocomiales y en los últimos 10 años el 24,8%. En nuestro centro, la bacteriemia nosocomial por *E. coli* productor de BLEE sigue siendo muy infrecuente.

**Conclusiones.** Los principales focos de la bacteriemia nosocomial por *E. coli* son el urinario, el biliar y el gastrointestinal. En una quinta parte de los casos el foco de origen es desconocido. La mortalidad global fue de 26,5%, siendo menor en los episodios de origen biliar o urinario. No se observó relación entre mortalidad y edad avanzada. La severidad de la enfermedad de base, la cirrosis hepática, el tratamiento inmunosupresor, el shock y la CID constituyen factores independientes de mal pronóstico.

### A-114

#### ESTUDIO EPIDEMIOLÓGICO DE LOS CASOS DE TBC QUE REQUIRIERON INGRESO HOSPITALARIO EN EL HOSPITAL UNIVERSITARIO DE SALAMANCA DURANTE UN PERÍODO DE CUATRO AÑOS

J. Aláez Cruz<sup>1</sup>, J. García Rodríguez<sup>1</sup>, J. Fernández Gorostazu<sup>2</sup>, T. Parras Padilla<sup>2</sup>, A. Antolí Royo<sup>1</sup>, M. Borao Cengotita-Bengoa<sup>1</sup>, C. Montilla Moriles<sup>3</sup> y Á. Sánchez Rodríguez<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Medicina Interna, <sup>2</sup>Microbiología y Parasitología, <sup>3</sup>Reumatología. Hospital Universitario de Salamanca, Salamanca.

**Objetivos.** Analizar la incidencia de tuberculosis (TBC) en nuestro medio y la distribución de las formas de presentación que requirieron ingreso hospitalario, en pacientes con y sin VIH.

**Material y métodos.** En un análisis retrospectivo, se revisaron los casos de TBC diagnosticados en el Servicio de Anatomía patológica y Microbiología del Hospital Universitario de Salamanca en un período de tiempo de cuatro años (1/3/2001-31/3/2005). Clasificamos en: TBC, TBC diseminada (pleural, ganglionar, pericárdica, osteoarticular, hepática, intestinal, meníngea, renal, peritoneal y miliar) y TBC mixta (pulmonar y diseminada). Se incluyeron aquellos casos de TBC con: Tinción de Ziehl-Nielsen y/o cultivo positivo para *Mycobacterium tuberculosis* en medio de Löwestein-Jensen. Se recogieron datos referentes a factores predisponentes en los antecedentes como, estado serológico frente a VIH y VHC.

**Resultados.** Se incluyeron un total de 127 casos de TBC. Las tasas anuales varían entre 9,6-11,3 casos/100.000 habitantes y año; si bien existe variación interanual, la incidencia es la esperada para nuestro entorno. Del total de casos el 68,5% eran varones, predominando tanto en jóvenes como en mayores de 65 años. El 18,9% fue VIH (+). El 42,5% de los pacientes tenía más de 65 años, siendo más frecuente en varones; 66,7%. Las formas de presentación en relación a la presencia de VIH y la edad a se representa en la tabla 1.

**Discusión.** Incluimos únicamente los pacientes que requirieron ingreso hospitalario; 127 casos, para su mejor seguimiento según respuesta a tratamiento y resistencias en antibiograma (se completará en una segunda fase del estudio).

**Conclusiones.** La incidencia de TBC en nuestra área es similar a la descrita en otras regiones españolas (9,6-11,3 casos/100.000 hab). Se observa diferente forma de presentación en paciente VIH+; predominan las formas mixtas (pulmonar + diseminada) y diseminadas. El VIH sigue siendo el factor de riesgo más importante para padecer TBC. Las formas de presentación varían con la presencia de VIH (más frecuentes las diseminadas) y con la edad (predominando las formas mixtas y diseminadas en mayores de 65 años). Las tasas de

mortalidad son mayores en paciente mayores de 65 años así como en paciente VIH+.

Tabla 1. Comparación según serología de VIH.

	VIH +	VIH	Significación
Sexo	87,5% varones	64,1% varones	0,04
Pérdida de peso	79,2%	47,6%	0,01
Mantoux+	91,7%	78,6%	N.S
Formas diseminadas	50%	33%	
Pulmonares/Diseminadas	0/50	22/34 (0,64)	0,02
Pulmonares/Mixtas	0/50	22/47 (0,46)	0,05
Diseminadas/Mixtas	12/12 (1)	34/47 (0,72)	N.S
VHC+	83,3%	1%	0,001

#### A-115

### ANÁLISIS DE NEUMONÍAS DE LA COMUNIDAD EN EL COMPLEJO HOSPITALARIO LA MANCHA CENTRO A TRAVÉS DE LAS BASES DE DATOS

H. Patiño<sup>1</sup>, J. Barberá<sup>1</sup>, L. Pedraza<sup>2</sup>, M. Márquez<sup>3</sup>, F. Cabanillas<sup>4</sup>, R. Carranza<sup>5</sup>, D. Muñoz<sup>2</sup> y J. Valenzuela<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Medicina Interna, <sup>2</sup>Farmacia, <sup>3</sup>Informática, <sup>4</sup>Admisión,

<sup>5</sup>Microbiología. Complejo Hospitalario La Mancha Centro.

Alcázar de San Juan, Ciudad Real.

**Objetivos.** La importancia de las neumonías de la comunidad (NAC), radica tanto en su alta incidencia como en la morbi-mortalidad, y los recursos hospitalarios consumidos. Nos propusimos conocer la realidad en nuestro Complejo Hospitalario, a partir de las bases de datos que disponen los centros que lo integran y analizar los resultados para futuras estrategias.

**Material y métodos.** El Complejo Hospitalario La Mancha Centro, dispone de 358 camas (140 de M. Interna, 10 de UCI) y atiende a una población de 230.000 hab. Se procedió al estudio retrospectivo de todos los pacientes con diagnóstico de NAC que precisaron hospitalización durante el año 2005, para ello se revisaron las siguientes bases de datos: Registro del Conjunto Mínimo Básico de Datos de los episodios de hospitalización (CMBD), Unidosis de Farmacia y Microbiología. Se inició el estudio definiendo los códigos diagnósticos a revisar, según la 4ª edición de la CIE-9-MC, para obtener todos los registros con diagnóstico de neumonía. Se procedió al análisis de datos y conexión de bases mediante la aplicación Microsoft Acces.

**Resultados.** Se obtuvieron un total de 948 episodios, y solo se consideraron los que aparecieron como diagnóstico principal, en total 566 que excluidos los pediátricos y los de UCI, nos quedaron 548 posibles casos de NAC, sin especificar la causa en el 90%, con una media de edad de 73,5 ± 14 años, varones el 69,3%, con datos de gravedad el 31%, y de comorbilidad en el 56%, la mortalidad fue del 15,3%, destacando una mayor mortalidad durante el periodo invernal, y en los primeros días del ingreso. La técnica microbiológica de mayor rendimiento fue la antigenuria para neumococo. La duración del ingreso fue por lo general prolongada pues hasta un 37% estuvo más de 10 días, un 56% más de 8 días y tan solo un 19% inferior a 5 días. Las pautas de tratamiento más utilizadas fueron las combinaciones (56,4%) frente a la monoterapia, y se aplicó terapia secuencial intrahospitalaria en tan solo el 18% de los casos.

**Discusión.** Existen escasos estudios realizados tan solo a partir de las bases de datos de los centros hospitalarios, por suponer que se apartan de la realidad asistencial. Son una fuente importante de información, que bien tratada puede ayudarnos a mejorar y protocolizar determinadas patologías de alta frecuentación hospitalaria. En nuestra serie sorprende la gran cantidad de pacientes afectos de NAC que ingresan, hasta un 2,4% por encima del 1 × 1000 hab/año; la comorbilidad es elevada y en correspondencia con la avanzada edad, con una mortalidad similar a otras series.

**Conclusiones.** El análisis de casos por consulta del fichero CMBD, puede sobredimensionar la incidencia de neumonía en nuestra área, sin embargo nos ofrece información sobre estancias y consumo de recursos, que nos indica la necesidad de incorporar protocolos de actuación y supervisión, para disminuir la duración del ingreso. Su correlación con otras bases de datos (farmacia, micro-

biología) nos puede ayudar a consensuar las pautas terapéuticas más eficientes.

#### A-116

### ABSCESOS PERINEFRÍTICOS EN LA ERA DEL TAC Y LA RMN: PRESENTACIÓN DE UNA SERIE DE 14 PACIENTES ATENDIDOS EN UN HOSPITAL UNIVERSITARIO

E. Montero Hernández, A. Jiménez, S. Valero, J. Bilbao, R. Pérez-Maestu y J. López de Letona

Medicina Interna. Puerta de Hierro, Madrid.

**Objetivos.** Los abscesos perinefríticos son una forma de infección urinaria rara (0,01% de los ingresos hospitalarios) y de difícil diagnóstico, lo que supone un importante retraso en el mismo que condiciona su pronóstico. Las nuevas técnicas de imagen contribuyen a un diagnóstico precoz. La administración de antibióticos y las técnicas de drenaje percutáneo han supuesto un cambio en la morbimortalidad de esta patología en los últimos años.

**Material y métodos.** Revisamos la base de datos del Hospital Universitario Puerta de Hierro que se realiza mediante la codificación de diagnósticos al alta. Retrospectivamente se revisan los pacientes ingresados con el diagnóstico de absceso perinefrítico entre enero de 1996 y diciembre de 2005, encontrando un total de 14 casos. Se revisan las historias clínicas analizando los datos epidemiológicos, clínicos, analíticos y las técnicas diagnósticas y terapéuticas realizadas en cada caso.

**Resultados.** Del total de 13 pacientes, 7 fueron mujeres y 6 hombres, con una edad media de 67,5 años (61,4 años en mujeres y 73,6 años en varones). Clínicamente presentaron fiebre como síntoma de inicio el 50%, siendo más frecuente el dolor en fosa renal ipsilateral la forma de comienzo (68,75%). La aparición de masa palpable o síndrome constitucional fueron formas más raras de inicio del proceso. Los factores de riesgo más frecuentes fueron la asociación de litiasis previa e infecciones urinarias de repetición en un 75% de los casos revisados. Así mismo los pacientes diabéticos también supuso un amplio porcentaje (35%). El diagnóstico de sospecha inicial fue erróneo en el 70% de los casos, siendo diagnosticados de pielonefritis aguda en la mayoría de los casos. El retraso medio del diagnóstico correcto fue de 5 días y el síntoma de alarma fue la fiebre persistente. El microorganismo más frecuentemente aislado en los cultivos fue *Escherichia coli*, en segundo lugar otros gram negativos (*Proteus*, *Klebsiella* y *Enterococ faecalis*). El cultivo más rentable fue el cultivo del absceso (9/10). Los métodos de diagnóstico por imagen fueron muy útiles, evidenciándose masa mediante TC o ecografía en el 95% de los pacientes. 2 pacientes precisaron laparotomía exploradora. El tratamiento antibiótico de amplio espectro y técnicas de drenaje percutáneo se realizaron en 8 pacientes (66%). 4 precisaron nefrectomía. Los pacientes permanecieron una media de 21,5 días ingresados, siendo los servicios de Medicina Interna y Urología los encargados del seguimiento. La evolución posterior resultó dispar: 2 pacientes fallecieron por esta causa, 4 presentaron repetición del cuadro y 7 no presentaron complicaciones durante el tiempo que se les siguió en consulta (1 año).

**Discusión.** El absceso perinefrítico es una entidad que se debe tener en cuenta ante una tórpida evolución de una infección urinaria, y es importante sospecharla sobre todo cuando se asocia a los factores de riesgo citados con anterioridad. El uso indiscriminado de antibióticos la enmascara, y el retraso del diagnóstico se debe a esta causa. Se debe plantear un estudio más exhaustivo del paciente e intentar obtener el máximo de muestras microbiológicas que ayuden a optimizar el tratamiento antibiótico. Previo a la aparición de técnicas finas de imagen y técnicas terapéuticas como el drenaje percutáneo, la bibliografía habla de una mortalidad de más del 50%, que se ha reducido en el momento actual hasta llegar a tener un buen pronóstico.

**Conclusiones.** Los abscesos perinefríticos son una forma de presentación rara de las infecciones urinarias que sigue observándose hoy en día. Las pruebas de imagen ayudan a un diagnóstico precoz. El drenaje percutáneo y el cultivo microbiológico del absceso son hoy en día las técnicas de elección de tratamiento y diagnóstico y han conseguido cambiar los porcentajes de morbimortalidad que se asociaban hasta la época anterior.

## A-117

**CONTRIBUCION DE LAS TECNICAS DE IMAGEN EN EL DIAGNOSTICO DE ESPONDILODISCITIS INFECCIOSA ESPONTÁNEA**

**F. Zamora Vargas<sup>1</sup>, F. Montoya Lozano<sup>1</sup>, P. Martínez Hernández<sup>1</sup>, A. Fernández Prieto<sup>2</sup>, C. Navarro San Francisco<sup>1</sup>, M. Amer López<sup>1</sup>, J. Rosado Sierra<sup>3</sup> y J. Vázquez Rodríguez<sup>1</sup>**

<sup>1</sup>Medicina Interna, <sup>2</sup>Neuroradiología, <sup>3</sup>Endocrinología. La Paz, Madrid.

**Objetivos.** Estudiar los resultados de las diferentes técnicas de imagen y su contribución en el diagnóstico de los casos de Espondilodiscitis Infecciosa Espontánea (EIE) del adulto, no quirúrgicas, diagnosticadas en el Sº Medicina Interna de nuestro hospital en los 10 últimos años.

**Material y métodos.** Se estudiaron todos los adultos diagnosticados de EIE en el Sº de Medicina Interna del Hospital La Paz entre enero de 1996 y diciembre de 2005. Se revisaron los resultados de las diferentes técnicas de imagen empleadas durante el ingreso para su diagnóstico: I) Medicina Nuclear: gammagrafía ósea Tc99, galio 67 y leucocitos marcados HMPAO; II) Radiología convencional: radiología de tórax, columna lumbar, pelvis, abdomen simple, enema opaco, columna dorsal, serie ósea y esófago-estómago-duodeno (EED); III) Ecografías: ecografía abdominal, ecocardiograma, ecocardiograma transesofágico (ETE), ecografía de partes blandas y eco-doppler MMII; IV) Tomografía axial computarizada (TAC); V) Resonancia nuclear magnética (RNM). Los resultados gammagráficos, ecográficos y radiológicos se consideraron como diagnósticos de EIE (Dx), orientativos de EIE (O), no orientativos de EIE (NO) o estudios normales (N).

**Resultados.** Se diagnosticaron 37 casos de EIE en 36 pacientes (un paciente tuvo dos episodios) durante el período de estudio. I) En 20 (54,1%) pacientes se realizaron 29 pruebas de M. nuclear: 19 (95%) gammagrafía ósea (Tc99), 8 (40%) Galio 67 (Ga 67) y en 2 (10%) leucocitos marcados HMPAO. Los resultados fueron diagnósticos (Dx) en 6 (31,6%), 2(25%) y 0, respectivamente; fueron orientativos de EIE (O) en 4(21%), 5 (62,5%) y 2 (100%), respectivamente; no fueron orientativos de EIE (NO) en 6 (31,6%), 1 (12,5%) y 0, respectivamente; los estudios eran normales (N) en 3 (15,8%), 0 y 0, respectivamente. Total M. nuclear: 8 (27,6%) Dx, 11 (37,9%) O, 7 (24,1%) NO y 3 (10,3%) N. II) En 28 (75,7%) de los pacientes se realizaron 51 pruebas radiológicas: 27 (96,4%) tórax, 10 (35,7%) columna lumbar, 2(7,1%) pelvis, 5 (17,8%) simple de abdomen, 3 (10,7%) enema opaco, 2(7,1%) columna dorsal, 1 (3,6%) serie ósea y 1 (3,6%) EED. Los resultados fueron diagnósticos (Dx) en 2 (7,4%), 4 (40%), 0, 1 (20%), 0, 1 (50%), 0 y 0, respectivamente; orientativos (O) en 3 (11,1%), 3 (30%), 0, 0, 2 (66,6%), 0, 1 (100%) y 0, respectivamente; no orientativos (NO) en 15 (40,5%), 2 (20%), 1 (50%), 3 (60%), 0, 1 (50%), 0 y 1 (100%), respectivamente; normales (N) en 7 (25,9%), 1 (10%), 1(50%), 1 (20%), 1 (33,4%), 0, 0 y 0, respectivamente. Total radiología: 8 (15,7%) Dx, 9 (17,6%) O, 23 (45,1%) NO y 11 (21,6%) N. III) En 26 (70,3%) de los pacientes se realizaron 38 ecografías: 21 (80,8%) eco abdominal, 11 (42,3%) ecocardiograma, 2 (7,7%) ETE, 3(11,5%) eco partes blandas y 1 (3,8%) eco-doppler MMII. Fueron diagnósticos (Dx) en 0, 0, 0, 1 (33,3%) y 0, respectivamente; orientativas (O) en 2(9,5%), 0, 0, 0 y 0, respectivamente; no orientativas (NO) en 15(71,4%), 5 (45,4%), 1 (50%), 2(66,7%) y 0, respectivamente; normales (N) en 4(19,1%), 6 (54,6%), 1(50%), 0 y 1(100%), respectivamente. Total ecografías: 1 (2,6%) Dx, 2(5,3%) O, 23(60,5%) NO y 12 (31,6%) N. IV) En 27 (73%) de los pacientes se realizaron 30 TACs: 10 (37%) TAC toraco/abdominal, 11 (40,7%) lumbosacro, 3 (11,1%) torácico, 3 (11,1%) abdomen, 2 (7,4%) dorsal y 1 (3,7%) dorso-lumbar. Total TACs: 15 (50%) Dx, 10(33,3%) O, 5 (16,7%) NO y 0 N. V) En 33(89,2%) pacientes se realizaron 34 RNM de columna. Total RNM: 31(91,2%) Dx, 3 (8,8%) O, 0 NO y 0 N.

**Discusión.** La gammagrafía con Tc99 y Ga67 es sensible y orienta el diagnóstico de EIE. La TAC es la técnica de elección para realizar la PAAF/biopsia "cerrada" con aguja, pero la RNM permite detectar hallazgos más tempranos, afectación de la médula ósea, enfermedad subdural/epidural y delimita mejor la extensión y abscesos extravertebrales.

**Conclusiones.** La sensibilidad de la radiografía de columna dorso-lumbar (40-50%) ha sido similar a la de la TAC (50%), aunque la TAC

proporciona información útil extravertebral (pulmonar y hepática) en los casos de EIE micobacteriana. La RNM (sensibilidad 91,2%) debe realizarse siempre que esté disponible.

## A-118

**EXPERIENCIA EN TUBERCULOSIS EXTRAPULMONAR**  
**M. Abinzano Guillén, A. Suárez López, L. Munuera García, J. Moya Andía, J. Gutiérrez Dubois, V. Fernández Ladrón, B. Lasa Insausti y J. Alonso Martínez**

Medicina Interna. Hospital de Navarra. Pamplona, Navarra.

**Objetivos.** La tuberculosis es la enfermedad pulmonar infecciosa crónica recurrente más frecuente, aunque puede aparecer también en localizaciones extrapulmonares, como es el caso de estos pacientes vistos en una sección del servicio de Medicina Interna del Hospital de Navarra, en el plazo de 1 año por un médico adjunto y un residente de dicho servicio, que tienen a su cargo el cuidado de 6 camas en planta y una consulta externa de Medicina Interna 1 día por semana. Consideramos oportuno y de interés nuestra experiencia con 5 mujeres entre 47 y 78 años, que han sido diagnosticadas y tratadas, a un evolucionado satisfactoriamente hasta el día de hoy.

**Resultados.** 1º: 47 a remitida por adenopatía en axila derecha con dolor local. Mantoux +. TC toracoabd: imágenes nodulares menores de 2 cm en axila dcha. Biopsia de ganglios axilares: Linfadenitis tuberculoides. Tratamiento Pirazinamida 2 meses, isoniacida y rifampicina 6 meses, buena tolerancia y evolución. En ecografía de fecha posterior a la finalización solo única adenopatía de 6,8 mm de diámetro. 2º: 69 a ingresa con MEG, confusión, fiebre, escalofríos, cefalea temporal, deshidratada y rigidez de nuca, neutrofilia e hiponatremia. PL: BK negativa, cultivo positivo para M. tuberculosis y PCR positiva a TBC, ADA de 19,5, reticulomonocitosis, linfocitos.

**Diagnóstico.** Meningoencefalitis TBC y SSIADH secundario. Tratamiento antituberculoso. Posteriormente dolor en hombro izquierdo, se extrae líquido articular inflamatorio con cultivo negativo. La Rx de hombro izquierdo: destrucción morfológica de cabeza humeral con áreas de esclerosis y en RMN: engrosamiento sinovial en articulación glenohumeral y derrame articular, y en una gammagrafía focos de hiperfijación de la cabeza humeral. Diagnóstico: Artritis de Hombro Izquierdo de etiología TBC. Se instaura tratamiento tuberculostático de 1 año de duración, buena tolerancia y total recuperación de la meningoencefalitis y secuelas en hombro de artropatía destructiva pero con buena movilidad para la lesión. 3º: 74 a, refiere en los 2 años anteriores varios brotes de Eritema Nodoso en piernas y cuero cabelludo, con febrícula. EF: lesiones hiperpigmentadas en extremidades inferiores y otras lesiones nodulares, no dolorosas. AS y O normales, Mantoux +, Rx de tórax y TC toracoabdominal normales. Diagnóstico de Eritema Indurado de Bazin, tratamiento antituberculoso 6 meses, no presentó nuevas lesiones dérmicas. 4º: 78 a ingresada por tumor de 5 cm de diámetro en región hipotenar con signos inflamatorios que drena material seroso, fiebre y tiritona, adenopatías en regiones axilar, epitroclear e inguinal derechas. En AS: elevación de reactantes de fase aguda y de la fosfatasa alcalina, Mantoux +. Cultivo absceso: + M. TBC. RMN de muñeca: afectación del hueso ganchoso con componente predominante de partes blandas, regiones volar, palmar, ocupación de túnel del carpo, de origen inflamatorio. TC de tórax: parénquima pulmonar patrón nodulillar bilateral y ocupación de imágenes nodulares compatibles con adenopatías. Diagnóstico TBC cutaneotendinosa, ganglionar y miliar y recibe tratamiento con isoniacida, rifampicina y etambutol de 1 año de duración, con buena evolución. 5º: 79 a ingresa con adenopatía cervical izquierda que apareció en proceso gripal y pérdida de peso. Mantoux +. TC cervical y toracoabdominal: Adenopatía laterocervical izquierda, adenopatía mediastínica paratraqueal izquierda y adenopatías retroperitoneales. Se biopsió y encontró un micobacteriosis ganglionar. Comienza tratamiento con Pirazinamida 2 meses y rifampicina e isoniacida 6 meses. 5 meses más tarde presenta sensación de visión borrosa y cefalea, sinequias iridocristalinianas y desprendimiento coroideo superior bilateral. TAC orbitocraneal: engrosamiento denso en polo posterior de ambos ojos de causa inflamatoria y probable compresión del N. Óptico izquierdo. En ese momento presenta además un eritema, caliente, pretibial izquierdo. Se decide reiniciar tratamiento corticoideo y antituberculoso por diagnóstico de TBC Ocular.

**Conclusiones.** Las distintas formas de tuberculosis secundaria nos obliga a mantener una alta sospecha de esta entidad ante diferentes situaciones clínicas como las referidas en nuestros casos. Se trata de un problema frecuente, que con un correcto y precoz diagnóstico y tratamiento evoluciona hacia la curación. Puede haber complicaciones como en el último caso presentado por lo que el seguimiento posttratamiento es indispensable.

#### A-119

##### **LINFOMAS Y VIH EN LA ERA TARGA. SUPERVIVENCIA Y FACTORES PRONÓSTICOS**

**M. Galindo Puerto<sup>1</sup>, N. Abdilla Bonias<sup>2</sup>, F. Martínez García<sup>2</sup>, M. Fabia Valls<sup>2</sup>, M. Oltra Sempere<sup>2</sup>, C. Fernández Rodríguez<sup>2</sup> y J. Redon i Mas<sup>2</sup>**

<sup>1</sup>Unidad de Enfermedades Infecciosas. Medicina Interna. Hospital Clínico Universitario de Valencia, Valencia. <sup>2</sup>Medicina Interna. Hospital Clínico Universitario de Valencia, Valencia.

**Objetivos.** La asociación entre VIH y procesos linfoproliferativos es conocida. En estos pacientes, los linfomas suelen ser de grado medio-alto y se presentan en estadios avanzados. La coexistencia de VIH y linfoma presenta problemas de tratamiento tanto desde el punto de vista hematológico como desde el de terapia antirretroviral, no sólo por el perfil de los efectos adversos farmacológicos, sino por las interacciones de los mismos. El tratamiento TARGA es fundamental favoreciendo la remisión completa así como prolongando la supervivencia. El objetivo del presente estudio fue analizar los factores relacionados con la supervivencia en pacientes afectados de VIH y linfoma.

**Material y métodos.** Se analizaron un total de 24 pacientes en los cuales se asociaba la presencia de VIH con linfoma. Los factores relacionados con la supervivencia se analizaron mediante el método de riesgos proporcionales de Cox.

**Resultados.** Se estudiaron 24 pacientes, 23(95,8%) varones, 19 (82,6%) de ellos padecían linfoma no-Hodgkin y 4 (17,4%) linfoma Hodgkin. Diez de ellos (45,5%) presentaban SIDA previamente al diagnóstico de linfoma, 11(45,8%) seguían tratamiento TARGA previo al diagnóstico y 12 (63,2%) presentaban estadios evolucionados III-IV 7(36,9%). La presencia de SIDA pre-linfomas (0,032) junto con un recuento de CD4 inferior a 100 (0.02) fueron los únicos factores determinantes de peor pronóstico. La afectación extraganglionar, y los niveles de LDH y beta -2 microglobulina en el momento del diagnóstico se relacionaron con un peor pronóstico sin alcanzar significación estadística.

**Discusión.** Los linfomas son la complicación tumoral más frecuente en los pacientes con enfermedad VIH. Su aparición en enfermedad SIDA implica una menor supervivencia, así como la afectación extraganglionar y marcadores de proliferación y destrucción linfoide (beta-2, microglobulina y LDH). La posible influencia beneficiosa de TARGA no ha podido ser demostrada en la presente serie.

**Conclusiones.** La supervivencia de los pacientes afectados de procesos linfoproliferativos, se encuentra influenciada principalmente por el estado inmunológico previo en relación con la infección VIH.

#### A-120

##### **DESCRIPCIÓN DE LAS NEUMONÍAS INGRESADAS EN UN SERVICIO DE MEDICINA INTERNA**

**S. Bermudo Conde, A. Arroyo Nieto, M. Requena Pou, J. Trujillo Pérez, M. Mateas Moreno, A. Márquez García, S. Reyes Pozo y M. Salguero Cámara**

Medicina Interna. Complejo Hospitalario de Jaén, Jaén.

**Objetivos.** Describir las características epidemiológicas y clínicas de los pacientes ingresados en nuestro servicio de Medicina Interna, diagnosticados de neumonía adquirida en la comunidad.

**Material y métodos.** Se realizó un estudio descriptivo transversal en el que se revisaron los informes de alta de los pacientes diagnosticados de neumonía adquirida en la comunidad, en el primer semestre de 2006. Para ello se recogieron datos epidemiológicos, antecedentes personales, sintomatología y signos derivados de la exploración física al ingreso, así como las exploraciones complementarias solicitadas, tratamiento instaurado y complicaciones durante su estancia hospitalaria.

**Resultados.** En el período analizado, 179 pacientes cumplían criterios de neumonía adquirida en la comunidad, de los que 63,7% fueron hombres y 36,3% mujeres, con una edad media de 77,24 ± 9,37 años. La estancia media fue de 11'27 ± 6'25 días. Los antecedentes personales más frecuentes fueron HTA (46,9%), insuficiencia cardíaca (41,9%) y EPOC (31,8%), seguidos de tabaquismo (17,4%, incluidos los ex-fumadores), ACV (15,6%), demencia (13,4%), neumonía previa (10,6%), insuficiencia renal (9,5%) y diabetes tipo 2 (7,8%). En 17,9% de los casos existía la posibilidad de aspiración. La mayoría de los pacientes presentaron clínica compatible, refiriendo disnea el 72,1%, tos el 64,8%, expectoración el 59,8%, fiebre el 58,1% y dolor pleurítico el 30,2%. El nivel de conciencia estaba deprimido en 42 pacientes (23,5%). La auscultación respiratoria era normal sólo en 15 pacientes, auscultándose crepitanes en el 67,6%. Otros signos menos frecuentes fueron: Hipoventilación (27,9%), roncus (23,5%) y sibilancias (11,2%). El hallazgo radiológico más constante fue la afectación de un solo lóbulo pulmonar (82,7%), predominando el lóbulo inferior derecho (48,6%) seguido del lóbulo inferior izquierdo (36,9%). Se acompañaba de derrame en el 21,8%. En 46 pacientes (25,7%) no hubo alteración gasométrica, presentándose insuficiencia respiratoria parcial en 106 casos (59,2%) e insuficiencia respiratoria global en 27 (15,1%). Se realizó estudio microbiológico en muy pocos pacientes, resultando negativo en la mayoría: Hemocultivos (realizados en 17 pacientes, en 12 fue negativo), cultivo de esputo (38 pacientes, 26 negativo), Ag neumococo en orina (41/35) y Ag legionella en orina (37/37). Levofloxacinó fue el antibiótico más empleado (54,2%), seguido de amoxicilina-clavulánico (22,3%) y cefalosporinas de tercera generación (7,8%). La evolución fue favorable en general. Existieron complicaciones en el 50,3%, siendo las más importantes insuficiencia cardíaca (31,3%) y sepsis (5%). Otras complicaciones menos frecuentes fueron insuficiencia renal prerrenal y diarrea por antibióticos con buena respuesta a tratamiento.

**Discusión.** Las neumonías adquiridas en la comunidad constituyen una patología frecuente con una incidencia de entre 5 y 10 casos /1000 habitantes y año, precisando ingreso hospitalario en un porcentaje entorno al 8 y el 25%. Presentan una mortalidad media del 5% y hasta en el 40-60% de los casos no se consigue llegar a un diagnóstico etiológico de la enfermedad, ya que la rentabilidad de los estudios microbiológicos es escasa. En la mayoría de los casos suele existir una clínica compatible (tos, expectoración, fiebre, disnea, dolor pleurítico) y la radiología es típica. Quinolonas, penicilina y cefalosporinas son los antibióticos más empleados, usándose casi en el 85% de los casos. La evolución suele ser favorable a pesar de la existencia de complicaciones en la mitad de los casos.

**Conclusiones.** La neumonía adquirida en la comunidad constituye un motivo frecuente de ingreso en una planta de Medicina Interna. El estudio microbiológico se realizó en pocos pacientes en nuestro medio, siendo escasa la rentabilidad en los efectuados. Las quinolonas (Levofloxacinó) son el antibiótico más empleado, utilizándose en más de la mitad de los casos debido quizás a su amplia cobertura y/o a su comodidad posológica.

#### A-121

##### **CIERRE ESTERNAL DIFERIDO TRAS CIRUGÍA CARDÍACA Y RIESGO DE INFECCIÓN DE LA HERIDA QUIRÚRGICA**

**A. Arnaiz<sup>1</sup>, J. Horcajada<sup>1</sup>, J. Bernal<sup>2</sup>, J. García Palomo<sup>2</sup>, A. Sarralde<sup>2</sup>, J. Revuelta<sup>2</sup>, J. González Macías<sup>1</sup> y M. Fariñas<sup>1</sup>**

<sup>1</sup>Unidad de Enfermedades Infecciosas, Servicio Medicina Interna, <sup>2</sup>Servicio de Cardiovascular. Hospital Marqués de Valdecilla, Universidad de Cantabria. Santander, Cantabria.

**Objetivos.** La técnica de diferir el cierre esternal (CED), es una herramienta útil en el manejo precoz de todas aquellas situaciones de inestabilidad hemodinámica relacionadas con el cierre de la incisión de esternotomía tras cirugía cardíaca. Los datos existentes acerca del riesgo de desarrollo de infecciones derivadas de esta técnica son muy escasos, por lo que el objetivo de este estudio fue analizar el riesgo de infección que tras el empleo de CED tiene lugar en los pacientes sometidos a cirugía cardíaca en nuestro hospital.

**Material y métodos.** Estudio retrospectivo de esternotomías abiertas tras cirugía cardíaca y CED entre 1994-2005. Se recogieron datos acerca de las características de los pacientes, de la cirugía y de las

complicaciones que ocurrieron en el postoperatorio. Se excluyeron los casos con trasplante cardíaco.

Resultados. Se recogieron datos de 30 (58,8%) varones y 21 (41,2%) mujeres. La edad media fue de 68.7 (9.7) años. 30 (59%) pacientes tenían un índice de Charlson mayor o igual a 2. Nueve (17,6%) eran diabéticos. Las indicaciones de cirugía cardíaca fueron: recambio valvular 19 (37,3%), revascularización miocárdica 15 (29,5%), ambos procedimientos 11 (21,6%) y otras 6 (11,8%). La duración media de la cirugía (SD) fue 302.2 (135.5) minutos. 50 (98%) de los pacientes recibieron profilaxis antibiótica prequirúrgica, 37% de ellos durante más de 1 día. Las indicaciones de CED fueron: hemorragia incontrolable 25 (49%), compresión cardíaca 23 (45%) y arritmias 3 (6%). El tiempo medio de esternotomía abierta (SD) fue 1,8 (1,2) días. Entre los pacientes sometidos a CED (51), hubo 2 (5,7%) infecciones superficiales de la herida quirúrgica debidas a *C. freundii*, *C. striatum* y *S. epidermidis* y, ninguna infección profunda (mediastinitis). Otras infecciones fueron: 20 (71,4%) infecciones respiratorias, 4 (14,3%) bacteriemias asociadas a catéter, 3 (10,8%) infecciones urinarias y 1 (3,5%) otras. La estancia media hospitalaria fue 36.5 (39) días. Fallecieron 22 pacientes (45%), 8 sin completar el cierre esternal. El fallecimiento se produjo a los 20 (36) días tras la cirugía. Las causas de muerte fueron: shock cardiogénico 15 (68,2%), shock séptico 3 (13,6%), encefalopatía anóxica 2 (9,1%) y otras 2 (9,1%).

Discusión. El CED es una técnica útil en el tratamiento de la hemorragia incoercible, arritmias incontrolables o disfunción miocárdica grave que frecuentemente aparecen tras la cirugía cardíaca. Los pacientes que precisaron CED tras la cirugía cardíaca formaban parte de un grupo de mayor riesgo prequirúrgico que aquellos que no la precisaron. En nuestro estudio el grupo de pacientes de CED tienen un mayor riesgo de infección, sobre todo del tracto respiratorio (71,4%), pudiendo depender de la mayor morbilidad basal de estos pacientes. La baja incidencia de infección de herida quirúrgica tanto profunda como superficial tras CED, también ha sido descrita por otros autores.

Conclusiones. El riesgo de desarrollo de infección de herida quirúrgica en pacientes sometidos a CED es escaso. Sin embargo, la tasa de mortalidad es elevada, principalmente debido a complicaciones no infecciosas.

#### A-122

##### CARACTERIZACIÓN DE LAS NEUMONÍAS ADQUIRIDAS EN LA COMUNIDAD DE NUESTRO MEDIO

A. Pereira Juliá<sup>1</sup>, E. Martín Echevarría<sup>1</sup>, M. Torralba<sup>1</sup>, Y. Meije Castillo<sup>1</sup>, M. de Vicente Collado<sup>1</sup>, R. Méndez<sup>1</sup>, A. Guerri<sup>1</sup> y M. Rodríguez Zapata<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Servicio de Medicina Interna. Hospital Universitario de Guadalajara, Guadalajara. <sup>2</sup>Servicio de Medicina. Universidad de Alcalá. Alcalá de Henares, Madrid.

**Objetivos.** Estudio prospectivo, observacional y abierto de todos los casos de neumonía adquirida en la comunidad que acudieron al Servicio de Urgencias del Hospital Universitario de Guadalajara durante un año. Realizar un estudio epidemiológico que abarque aspectos socio-demográficos y clínicos. Conocer, mediante la estratificación de los pacientes en grupos de riesgo, la gravedad de los casos atendidos.

**Materiales y métodos.** Sujetos del estudio: todo paciente que acudió al Servicio de Urgencias del Hospital Universitario con NAC desde el 1 enero del 2005 hasta el 31 de diciembre del 2005 y que presentó los siguientes criterios: Criterios de inclusión: Hombres y mujeres con diagnóstico clínico de NAC. Radiografía de tórax diagnóstica. Edad igual o superior a 18 años. Consentimiento verbal. Posibilidad de control posterior. -Criterios de exclusión: Edad menor de 18 años. Embarazo y/o lactancia. Pacientes que no puedan realizar el tratamiento ambulatorio prescrito. Pacientes terminales por otros procesos. Pacientes esplenectomizados. Pacientes VIH +. Pacientes a los que no se les pueda realizar control posterior. Diseño: estudio de cohortes prospectivo.

**Resultados.** Se recogieron los datos de 68 neumonías. La mediana de edad fue de 64 años, siendo el intervalo intercuartil [40,25 - 74,75]. Un 61,8% eran varones. Entre los antecedentes personales destaca: Un 27,9% eran fumadores. Un 17,6% presentaban enfermedades pulmonares (EPOC, fibrosis pulmonar). Un 33,9% habían

presentado neumonías previas. Un 25% presentaban mala higiene orobucal, aunque sólo un 1,5% presentaba trastornos de la deglución. Un 41,2% estaban vacunados para el virus influenza. Ningún paciente estaba vacunado para el *S. Pneumoniae*. Un 46,3% había recibido previamente antibióticos. La mediana de días de evolución del cuadro fue de 5. Clínicamente se observó que: Un 83,6% presentaba fiebre (> 38 °C). Un 91,3% presentaba tos. Un 75% presentaba expectoración. Un 67,6% presentaba dolor torácico. Un 60,3% presentaba disnea. La exploración pulmonar fue patológica en el 83%, con crepitantes en el 72%. En la radiografía de tórax se objetivó patrón alveolar en un 82%. Se extrajeron hemocultivos en el 45,6% de los pacientes, siendo positivos en un 4,4% de los casos (en todos ellos crecieron *S. pneumoniae*). El antígeno de Legionella en orina se extrajo en un 38% de los casos, siendo negativo en todos ellos. Cuando se realizó el trabajo en el Hospital no existían los kits para realizar el antígeno de Neumococo, por lo que no se dispone de los datos relativos a esta prueba. Según la escala de Fine, los Resultados. obtenidos fueron: Un 41,2% fueron asignados al grupo I. Un 16,2% fueron asignados al grupo II. Un 20,6% fueron asignados al grupo III. Un 22,1% fueron asignados al grupo IV. Ningún paciente fue asignado al grupo V. Se extraen más hemocultivos a pacientes con escala de Fine baja (p no significativa). Así, del total de hemocultivos extraídos, un 58,1% se corresponde con pacientes que se estratifican en la escala I y II, un 29% con pacientes estratificados en la escala III y el 12,9% restante con pacientes estratificados en la escala IV. De los hemocultivos positivos, 66,7% (dos casos) se encuentran en la escala II, y el resto (un caso) se encuentran en la escala III. Algo similar ocurre con la extracción del antígeno de Legionella en orina: se extrae mayoritariamente en pacientes de menor gravedad, según la escala de Fine (p no significativa). Del total de antígenos que se extraen, el 61,5% se corresponde a pacientes de los grupos I y II, el 26,9% a pacientes del grupo III y el 11,5% a pacientes del grupo IV.

**Conclusiones.** 1) Los síntomas más frecuentes por los que acuden los pacientes a urgencias son: fiebre, tos, expectoración, disnea y dolor torácico. La mayoría presentaron auscultación pulmonar y radiografía patológica. 2) Los pacientes con neumonía que acuden a nuestro centro suelen ser de bajo riesgo. 3) Se suelen realizar pruebas para tipificar el agente etiológico con más frecuencia en pacientes con bajo grado de riesgo según la escala de Fine.

#### A-123

##### TUBERCULOSIS EN EL PACIENTE INMIGRANTE HOSPITALIZADO

R. Caballero Asensio, M. Esquillor Rodrigo, M. González García, J. Cuesta Muñoz, I. Sanjoaquín Conde, M. Crusells Canales, S. Letona Carbajo y J. Amiguet García

Infeciosas. HCU Lozano Blesa, Zaragoza.

**Objetivos.** El objetivo de este estudio es evaluar cuantos pacientes inmigrantes hospitalizados en el Servicio de Enfermedades Infecciosas durante un período de tiempo de 6 meses son diagnosticados de tuberculosis tanto pulmonar como extrapulmonar.

**Materiales y métodos.** Se recogen los casos de todos los pacientes inmigrantes ingresados en el Servicio de Enfermedades Infecciosas del hospital Clínico de Zaragoza durante un período de 6 meses (de enero a junio de 2006). De aquellos diagnosticados al alta de tuberculosis tanto pulmonar como extrapulmonar se registran los siguientes datos: edad, sexo, país de origen, tiempo de estancia en España, historia de contacto con otros pacientes tuberculosos, antecedentes patológicos previos, situación sociocultural, motivo de consulta, exploraciones complementarias y tratamiento antituberculoso recibido.

**Resultados.** De los 22 pacientes inmigrantes ingresados 8 fueron diagnosticados de tuberculosis (7 varones y una mujer). Presentaban una edad media de 35,5 años. 3 pacientes (37,5%) procedían de Marruecos y el resto de República del Congo (1), Mauritania (1), Senegal (1), Gambia (1) y Bulgaria (1). El tiempo de estancia media en España era de 7 meses. En cuanto a los antecedentes patológicos previos el 37,5% referían ser sanos. Un 25% refería como antecedente previo paludismo, un 12,5% VIH, un 12,5% diabetes mellitus y un 12,5% tuberculosis pulmonar previa. Los síntomas y signos que motivaron el ingreso hospitalario fueron en 3 casos la aparición de adenopatías cervicales, en 1 caso hemoptisis, 1 caso síndrome cons-



titudinal, 1 caso tos, otro caso tos y fiebre asociadas, y 1 caso presentó únicamente fiebre. En 5 casos el Mantoux fue positivo. En todos los casos las baciloscopias fueron negativas. Los diagnósticos finales de alta fueron 4 de tuberculosis pulmonar, 3 de adenitis tuberculosa y un caso de tuberculosis peritoneal.

**Discusión.** La tuberculosis es una enfermedad que a principios del siglo XVI se expandió por Europa creando epidemias. Con las mejoras socio-sanitarias y la existencia de tratamientos efectivos, se consiguió el control de la enfermedad. Sin embargo desde hace unos años muchos de los casos de tuberculosis diagnosticados es en inmigrantes. La inmigración puede plantear nuevos problemas de salud, entre los que se encuentra la tuberculosis. Esta enfermedad está ligada a la inmigración por su vinculación con la pobreza, común en los países de origen de los inmigrantes, y a las condiciones de hacinamiento en las que viven en los países de acogida.

**Conclusiones.** Los inmigrantes diagnosticados de tuberculosis son generalmente jóvenes y supuestamente sanos previamente. En cuanto al espectro de los países de origen predominan los procedentes de países africanos, principalmente Marruecos. Los síntomas principales por los que consultan son la aparición de adenopatías en la mayoría de los casos, siendo la fiebre, la tos y la hemoptisis, síntomas menos frecuentes. En todos los pacientes las baciloscopias fueron negativas, siendo el Mantoux positivo en la mayoría de los casos. El número de casos diagnosticados de tuberculosis pulmonar fueron similares al número de casos de tuberculosis extrapulmonar

#### A-124

### DESTINO Y EVOLUCIÓN DE LOS PACIENTES CON NEUMONÍA ADQUIRIDA EN LA COMUNIDAD EN NUESTRO MEDIO

**A. Pereira Juliá<sup>1</sup>, E. Martín Echevarría<sup>1</sup>, M. Torralba<sup>1</sup>, Y. Meije Castillo<sup>1</sup>, M. de Vicente Collado<sup>1</sup>, R. Méndez<sup>1</sup>, A. Guerri<sup>1</sup> y M. Rodríguez Zapata<sup>2</sup>**

<sup>1</sup>Servicio de Medicina Interna. Hospital Universitario de Guadalajara, Guadalajara. <sup>2</sup>Servicio de Medicina. Universidad de Alcalá. Alcalá de Henares, Madrid.

**Objetivos.** Estudio prospectivo, observacional y abierto de todos los casos de neumonía adquirida en la comunidad que acudieron al Servicio de Urgencias del Hospital Universitario de Guadalajara. Conocer el destino de los pacientes en función del grupo de riesgo al que pertenecen. Conocer la evolución posterior de los pacientes. Conocer la eficacia y los cambios de tratamientos prescritos.

**Material y métodos.** Todo paciente que acudió al Servicio de Urgencias del Hospital Universitario con NAC desde el 1 enero del 2005 hasta el 31 de diciembre del 2005 y que presentó los siguientes criterios: Criterios de inclusión: Hombres y mujeres con diagnóstico clínico de NAC. Radiografía de tórax diagnóstica. Edad igual o superior a 18 años. Consentimiento verbal. Posibilidad de control posterior. Criterios de exclusión: edad menor de 18 años. Embarazo y/o lactancia. Pacientes que no puedan realizar el tratamiento ambulatorio prescrito. Pacientes terminales por otros procesos. Pacientes esplenectomizados. Pacientes VIH +. Pacientes a los que no se le pueda realizar control posterior. Diseño: estudio de cohortes prospectivo.

**Resultados.** El 39,7% de los pacientes reciben tratamiento ambulatorio, el 47,1% ingresan en el hospital y el 37,2% ingresa en el Servicio de Observación de Urgencias, de los cuales un 55,5% termina ingresando en el hospital. El índice de acuerdo (Kappa) entre la Escala de Fine y el destino de los pacientes fue de 0,52 ( $p < 0,001$ ). Globalmente un 31% de los pacientes que deberían haber sido dados de alta a su domicilio por estar incluidos en el grupo I y II de Fine fueron hospitalizados. Únicamente un paciente estratificado en el grupo IV de Fine fue dado de alta. Un 17,6% presentaron efectos secundarios por el tratamiento prescrito. El efecto secundario más frecuente fue la diarrea, siendo la amoxicilina-clavulánico el antibiótico con el que más se relacionaba ( $p < 0,001$ ). Un 84,7% de los pacientes completaron el tratamiento prescrito. De los casos en los que no se completó el tratamiento, el 66,7% se debió a cambios del tratamiento por médicos, y el resto se debió a que el paciente dejó el tratamiento por decisión propia. Todos estos casos eran tratamientos ambulatorios ( $p < 0,0001$ ). Sólo se cambió el tratamiento al 9,5% de los pacientes (seis casos). De estos seis casos, en cuatro se debió a efectos adversos de los antibióticos y en los otros dos fue por evolución tórpida, no existiendo diferencias significativas entre las

causas del cambio y el tratamiento prescrito inicialmente. Existieron complicaciones en un 5,1% de los pacientes (tres casos): un caso de empiema y dos casos de insuficiencia respiratoria. Estos tres casos requirieron oxígeno domiciliario tras el alta y presentaron hemocultivos estériles ( $p$  no significativa). El grado de satisfacción de los pacientes fue del 98,3%. El 93,2% de los casos refirió clara mejoría tras el tratamiento y el 81,4% realizaba una vida normal.

**Conclusiones.** El manejo que se hace es notablemente conservador, con una excesiva hospitalización en pacientes que se encuentran en los grupos I y II de Fine. La tasa de cumplimiento del tratamiento prescrito en urgencias es alta. La evolución suele ser favorable en la gran mayoría de los casos, con escasas complicaciones. En muy pocas ocasiones es necesario cambiar el tratamiento empírico que se aplicó al inicio por mala evolución. El grado de satisfacción final de los pacientes es muy alto.

#### A-125

### EPIDEMIOLOGÍA Y SENSIBILIDAD ANTIBIÓTICA DE STAPHYLOCOCCUS AUREUS AISLADOS DE SANGRE EN LA PROVINCIA DE SEGOVIA

**A. Carrero Gras<sup>1</sup>, I. León Gaitán<sup>1</sup>, R. Caro Narros<sup>2</sup>, J. Elizaga Corrales<sup>1</sup>, S. Henando<sup>2</sup>, P. Carrero González<sup>2</sup> y S. García Carbajosa<sup>2</sup>**

<sup>1</sup>Medicina Interna, <sup>2</sup>Microbiología. General, Segovia.

**Objetivos.** Describir las características epidemiológicas y el patrón de resistencia antibiótica de las bacteriemias causadas por *S. aureus* en la provincia de Segovia 2003-2005, comparando cepas oxacilín sensibles (SAOS) frente a oxacilín resistentes (SAOR).

**Material y métodos.** Estudio descriptivo y retrospectivo de *S. aureus* aislados de sangre. Se revisaron 121 casos con un protocolo diseñado a tal efecto. La identificación y sensibilidad a 22 antibióticos se hizo con el sistema de microdilución automática MicroSan (Dade Behring, U.S.A). Se analizaron epidemiológicamente las características y el patrón de resistencia a antibióticos con el programa estadístico SPSS 11.0.

**Resultados.** Hubo 121 casos, 68 hombres y 53 mujeres con una mediana de edad de 74 años (0-94). 54% de ellos fueron de adquisición intrahospitalaria. 15% adquiridos en UCI, 73% en Servicios Médicos y el 12% en Servicios Quirúrgicos. El foco de origen principal de la infección fue Cardiovascular (22%) y respiratorio (21%). El 56% de los casos habían estado ingresados en el Hospital previamente, el 19% estaba institucionalizado. Los factores de riesgo para desarrollar bacteriemia fueron: Nutrición parenteral (9%), sondaje vesical (34%), catéteres intravasculares (66%), lesiones cutáneas, cirugías previas (14%), procedimientos médicos (36%), antibioterapia previa (14%), inmunodeprimidos (36%) y presentar alguna enfermedad de base en un 83%. La mortalidad fue del 22%. Se aisló SAOS en 85 casos (72%) y SAOR en 34 (28%). Se observaron diferencias estadísticamente significativas comparando SAOS con SAOR con respecto a recibir nutrición parenteral previa al aislamiento, así como en la sensibilidad a Clindamicina (82/42%), claritromicina (72/15%), ciprofloxacino (87/18%), eritromicina (57/12%) y gentamicina (88/57%), pero no así frente a glucopéptidos. El 79% de las cepas de SAOR presentaron multiresistencias siendo el perfil más prevalente: gentamicina-ciprofloxacino-eritromicina-claritromicina-clindamicina (47%).

**Conclusiones.** Recibir nutrición parenteral y antibioterapia previa son factores de riesgo para la resistencia a oxacilina en la bacteriemia *S. aureus*. En nuestro Hospital, la bacteriemia por SAOR es elevada y presenta un elevado porcentaje de multiresistencias.

#### A-126

### BACTERIEMIAS: CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS Y EPIDEMIOLOGICAS DE PACIENTES INGRESADOS EN UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL

**J. Trujillo Pérez, M. Requena Pou, S. Bermudo Conde, M. Mateas Moreno, A. Márquez García, A. Arroyo Nieto, I. Gea Lázaro y M. Omar Mohamed**

Medicina Interna. Complejo Hospitalario de Jaén, Jaén.

**Objetivos.** El análisis descriptivo de la bacteriemia en el adulto en un hospital de tercer nivel, incluyendo el estudio etiológico, el lugar de

adquisición de la misma (comunitaria o nosocomial), las características clínicas, factores pronósticos intrínsecos (enfermedades de base y antecedentes predisponentes de infección en determinados órganos), así como la idoneidad del tratamiento antibiótico empírico empleado.

**Material y métodos.** Se realizó un análisis retrospectivo sobre una muestra aleatoria de cuarenta historias clínicas de pacientes ingresados en el Complejo Hospitalario de Jaén que presentaban bacteriemia.

**Resultados.** La edad media de nuestros pacientes es de 62,92 años. En cuanto al sexo, 16 episodios se producen en hombres y 24 en mujeres. En un número de 7 casos (17,5%), la fuente de la bacteriemia fue primaria, mientras que en el resto, 33 pacientes (82,5%), fue secundaria. De los casos recogidos, 10 (25%) son polimicrobianas y 30 (75%) producidas por un sólo germen. En los antecedentes de los pacientes podemos destacar algunos datos como que el 18% eran fumadores, un 9% recibían corticoterapia previa, un 23% antibioterapia, y un 23% Quimioterapia, existiendo antecedente de neoplasia en 6 pacientes (27%). En cuanto a la enfermedad de base, 11 presentaban una enfermedad mortal a largo plazo y 29 no presentaban ninguna enfermedad de base. Respecto a la calidad de vida previa, los datos encontrados son: 20 pacientes sin limitación, 6 independientes, 5 independientes para las necesidades básicas y 9 confinados a casa. Los escalofríos (62,5%) y la alteración del nivel de conciencia (20%) son los síntomas más frecuentes, mientras que la fiebre (70%) es el hallazgo exploratorio más habitual. En cuanto al tratamiento antibiótico empírico, era adecuado según antibiograma en 16 pacientes (40%), en 19 (47,5%) hubo que adecuar el tratamiento una vez obtenidos los resultados de los cultivos, y en 5 pacientes (12,5%) no se inició antibioterapia empírica.

**Discusión.** La bacteriemia expresa aquella situación en la que los mecanismos de localización de la infección no se han logrado, permitiendo la libre circulación de microorganismos en la sangre. Constituye una forma de infección que se asocia a una elevada mortalidad y morbilidad, así como importantes costes derivados de la hospitalización y cuidados. El estudio de la bacteriemia en un hospital es importante por diversos motivos, como son: conocer las características epidemiológicas en un centro determinado, ya que suelen diferir de las encontradas en otros hospitales donde se han llevado a cabo la mayor parte de los estudios, encontrar factores de mal pronóstico relacionados con este tipo de infección que pueden influir en la evolución y supervivencia de los pacientes y mejorar la calidad asistencial adecuando el tratamiento antibiótico y controlando la infección nosocomial.

**Conclusiones.** El análisis de la bacteriemia es útil para conocer la etiología y los factores pronósticos en un medio hospitalario concreto, y así poder mejorar la calidad asistencial, especialmente previniendo la bacteriemia nosocomial e instaurando tratamientos antibióticos con una cobertura adecuada.

**A-127**  
**IDENTIFICAR DE MANERA INFORMATIZADA A PACIENTES COLONIZADOS O INFECTADOS POR S. AUREUS RESISTENTE A LA METICILINA (SARM) ES UNA MEDIDA ADECUADA DE CONTROL. EXPERIENCIA DE 6 AÑOS**

**L. Ferrer, T. Catà, R. Capmany, E. Villegas, E. Güell y F. Ferrer Ruscalleda**

*1Medicina Interna. Hospital Dos de Maig, Barcelona.*

**Objetivos.** Evaluar un sistema informatizado de identificación de pacientes infectados o colonizados por SARM en el episodio inicial, considerado caso nuevo, en los últimos seis años. Establecer el impacto sobre las medidas de control en infección nosocomial en los episodios de reingreso.

**Material y métodos.** Estudio prospectivo de reingresos de pacientes colonizados o infectados previamente por SARM. Hospital de 250 camas y 13.000 ingresos anuales. Aplicación del programa de vigilancia de SARM según protocolo establecido vigente. Descontaminación de pacientes cuando está indicado y del personal sanitario portador. Caso nuevo: paciente con cultivo positivo a SARM no detectado previamente.

**Resultados.** Durante el período 2000 a 2005 han sido identificados 268 casos nuevos, colonizados 107 (39,9%). El 50% de los pacientes tienen más de 80 años. Mortalidad 31,2%. Procedencia: Domi-

cilio 60%, Centro socio-sanitario (CSS) 31%, Otro hospital 9%. Localización de la infección: 50% Tejidos blandos, 20% Respiratoria, 4% de catéter, 2% Osteoarticular y Otras 6%. El 32% reingresa y el 10% lo hace 3 o más veces. En 2005 47 casos nuevos y 48 reingresos. En casos de colonización e indicación de descontaminación tras ésta, el 52% persiste colonizado. No ha existido ningún brote epidémico, manteniéndose una tasa (x 100 ingresos) estable en los últimos años: 0,32/2000, 0,49/2001, 0,46/2002, 0,60/2003, 0,59/2004 y 0,36/2005.

**Discusión.** En los últimos años el número de pacientes con colonización previa a SARM que reingresan en un servicio de Medicina Interna es un problema creciente. Estos pacientes requieren de ciertas medidas de control en un centro hospitalario que deben ser aplicadas de manera muy precoz, disponer de una identificación informatizada hace posible poder aplicarlas.

**Conclusiones.** La previa identificación informatizada de pacientes infectados o colonizados por SARM permite aplicar medidas de control adecuadas en reingresos posteriores.

**A-128**  
**ESTUDIO DESCRIPTIVO DE ESTAFILOCOCCUS AUREUS RESISTENTE A METICILINA EN EL HOSPITAL VIRGEN DEL CAMINO**

**M. Arteaga Mazuelas<sup>1</sup>, O. Ateka Barrutia<sup>1</sup>, V. Jarne Betrán<sup>1</sup>, M. Muniesa Zaragoza<sup>1</sup>, R. Campos Rivas<sup>2</sup>, P. Fanlo Mateo<sup>1</sup>, A. de Prado Leal<sup>1</sup> e I. Torres Alvizar<sup>1</sup>**

*<sup>1</sup>Medicina Interna. Virgen Del Camino. Pamplona, Navarra.*

*<sup>2</sup>Medicina Interna. Hospital de Alcañiz. Alcañiz, Teruel.*

**Objetivos.** Estudio descriptivo de la epidemiología de *Stafilococcus aureus* meticilin-resistente durante el año 2004 en el Hospital Virgen del Camino de Pamplona.

**Material y métodos.** El período de estudio abarca desde el 1 de enero al 31 de diciembre del 2004 y se realiza en el Hospital Virgen del Camino de Pamplona, que consta en ese momento de 489 camas en activo y es referencia para 213.000 habitantes, habiendo en ese año 21.600 ingresos en el mismo. Durante este tiempo se detectan 42 casos de pacientes ingresados en los que se aísla en una o más muestras biológicas *Stafilococcus Aureus* resistente a la Meticilina. En todos estos casos se recogen una serie de datos (datos de filiación, datos epidemiológicos, factores de riesgo intrínseco y extrínseco, estado de portador, colonización o infección, evolución, antibiopatificación, tratamiento, etc.).

**Resultados.** Se detectan 42 casos. El 66,7% proceden de su domicilio. El 40,5% se aíslan en Medicina Interna. El 52,4% de los casos se encuentran en áreas médicas. La estancia media es de 28,57 días. La edad media es de 65,86 años. El índice de comorbilidad de Charlson medio es de 6,43. El 40,5% fueron ingresados en el mes previo y el 57,1% llevaron antibioterapia previa. El 45,2% han sido intervenidos quirúrgicamente. El 73,8% de los pacientes presentaban una infección por SARM siendo la más frecuente (38,1%) la pulmonar. El 19% tenían una colonización. En el 54,8% de los casos la adquisición fue nosocomial. El 88,1% de los aislamientos eran sensibles a cotrimoxazol. La mortalidad directamente relacionada con SARM fue del 11,9%.

**Discusión.** Nuestros pacientes se caracterizan por tener una edad avanzada y presentar gran comorbilidad asociada con estancias hospitalarias muy prolongadas. Al igual que describe la literatura con gran frecuencia han sido sometidos a cirugía, han recibido antibioterapia o han sido ingresados recientemente. Como empiezan a describir los últimos estudios la mayor parte de los casos se encuentran en áreas médicas convencionales frente a lo que se encontraba tradicionalmente (áreas de cuidados intensivos y quirúrgicas). Los pacientes proceden de la comunidad pero la adquisición del patógeno es fundamentalmente hospitalaria. SARM tiene gran capacidad de producir infecciones que fundamentalmente son respiratorias y de herida quirúrgica. En nuestro hospital SARM conserva una alta sensibilidad al cotrimoxazol.

**Conclusiones.** El perfil del paciente con *Stafilococcus aureus* resistente a la meticilina en el Hospital Virgen del Camino es el de un paciente añoso, con gran comorbilidad y que se encuentra ingresado en un área médica convencional. Los pacientes proceden de la comunidad pero la adquisición del *Stafilococcus aureus* resistente a la meticilina en nuestro medio es fundamentalmente nosocomial.

**A-129****SUSCEPTIBILIDAD DE LA POBLACIÓN ADULTA FRENTE AL SARAMPIÓN: ESTUDIO DE 20 CASOS EN UN ÁREA DE SALUD DE LA COMUNIDAD DE MADRID**

**A. Casquero Murciego<sup>1</sup>, M. de Guzmán<sup>1</sup>, D. García Lorenzo<sup>1</sup>, M. Martín Azcárate<sup>1</sup>, T. Soria Torrijos<sup>2</sup>, M. Flores Barranquero<sup>2</sup> y A. Pérez Meixeira<sup>3</sup>**

<sup>1</sup>Urgencias, <sup>2</sup>Microbiología. Hospital Universitario de Getafe. Getafe, Madrid. <sup>3</sup>Epidemiología y Salud pública. Área 10. Getafe, Madrid.

**Objetivos.** Estudiar y analizar los casos de Sarampión detectados de un área sanitaria de la Comunidad de Madrid, que forman parte del brote detectado en esta Comunidad en el primer semestre del año 2006. Durante este periodo se han detectado un total de 171 casos (151 confirmados) frente a 2 casos confirmados en el 2005 y 3 en el 2004. Por ser el sarampión una de las enfermedades infecciosas más transmisibles para la que existe vacuna eficaz, se puso en marcha en el año 2001 en la Comunidad de Madrid el Plan de Eliminación del Sarampión y esta enfermedad pasó a ser de declaración obligatoria urgente. Desde entonces, está indicado el diagnóstico microbiológico de todos los casos sospechosos así como una investigación epidemiológica exhaustiva.

**Material y métodos.** Se analizaron los datos de los 20 casos de Sarampión detectados en el Área 10 de la Comunidad de Madrid desde enero hasta junio del 2006. Se analizaron el sexo, la gravedad, el estado vacunal, el grado de certeza diagnóstica, la fuente de infección y los colectivos implicados en la transmisión.

**Resultados.** La distribución por sexos fue 55% hombres y 45% mujeres. La tasa de incidencia de 6'42 por cien mil habitantes, 70% de casos fueron inmigrantes. El rango de edades fue de 7 meses a 36 años. Se han producido dos brotes familiares. El más numeroso se produjo en una familia de etnia gitana con 5 hombres y 3 mujeres implicados, y edades entre 7 meses y 17 años. Ningún caso del área ha requerido ingreso hospitalario por complicaciones clínicas. Solamente 10% de los casos estaba vacunado. Los colectivos implicados han sido escolares y laborales. Se realizó seguimiento de los colectivos para comprobar la existencia de casos secundarios, no detectándose ninguno.

**Conclusiones.** La población adulta joven de nuestra comunidad presenta una prevalencia de susceptibles mayor que el resto de los grupos de edad debido a que alcanzaron la edad de vacunación en una época en la que la cobertura vacunal no era muy alta (nacidos entre 1981 y 1985). Por ello, la sospecha de sarampión debe ser tenida en cuenta en el diagnóstico diferencial de los exantemas febriles en esta población.

**A-130****NEUTROPENIA EN PACIENTES ONCOHEMATOLÓGICOS**

**A. Arranz Carrero<sup>1</sup>, N. Bureo Gutiérrez<sup>1</sup>, C. Díaz Pedroche<sup>2</sup>, C. García Carrasco<sup>1</sup>, F. Muñoz Díaz<sup>1</sup>, J. Arrébola García<sup>1</sup>, D. Magro Ledesma<sup>1</sup> y M. Pérez Miranda<sup>1</sup>**

<sup>1</sup>Medicina Interna. Infanta Cristina, Badajoz. <sup>2</sup>Medicina Interna. 12 de Octubre, Madrid.

**Objetivos.** Conocer algo mejor las características especiales de los pacientes neutropénicos.

**Material y métodos.** Se revisaron las historias clínicas de todos los pacientes ingresados en el Servicio de Hematología del hospital 12 de Octubre entre el 01/07/2004 y el 31/12/2005.

**Resultados.** Se estudiaron un total de 268 ingresos de 130 pacientes diferentes. La edad media fue de 56,06 ± 18,937, oscilando entre el año y los 93. La distribución por sexos fue 50,8% de varones y 49,2% de mujeres. La causa más frecuente de ingreso era la infecciosa (25,9%), principalmente por neumonía. Otras causas frecuentes: anemia y trombopenias inmunes (20,3%), tratamiento de enfermedades ya diagnosticadas (14%), diagnóstico de novo (4,9%) y progresión de la enfermedad (8'4%) y las complicaciones del tratamiento (6,3%). Desde el inicio de la quimioterapia hasta la aparición de la neutropenia pasaron una media de 9,32 ± 4,656 días, permaneciendo por debajo de los 100 neutrófilos una media de 4,32 ± 5,686 (mediana 2; rango 0-31) y por debajo de los 500 neutrófilos 7,85 ± 8,708 (mediana 6; rango 0-43). Recibieron profilaxis anti-

bacteriana el 54,9%, principalmente el ciprofloxacino (79,31%), junto con levofloxacino (16,55%) y otros (3,44%). La mayoría de los pacientes recibieron al menos un tipo de inmunosupresor (98'9%), sobre todo corticoides (67'1%). En los episodios de neutropenia febril no persistente (14,44%) la fiebre apareció 10,65 ± 2,99 tras tratamiento. En el 23,68% había foco clínico, siendo lo más frecuente la infección de catéter (30%), seguido de infección de vías respiratorias altas (22,22%), diarrea (22,22%), celulitis (11,11%) y neumonía (11,11%). Hubo un 13,2% de bacteriemias con 6 hemocultivos positivos (*Staphylococcus coagulasa* negativo 3 aislamientos, *E. coli*, *Fusobacterium* sp y *P. aeruginosa* 1 aislamiento). En los episodios de neutropenia febril persistente la fiebre tardó en aparecer 11,44 ± 6'695 días. La documentación clínica se obtuvo en el 47,5% de los casos, siendo la neumonía lo más frecuente (16,19%). Otros: foco abdominal (10,47%), infección respiratoria sin condensación (9,52%), diarrea (9,52%), infecciones relacionadas con catéter (8,57%), infecciones de tracto urinario (8,57%). De las 1237 muestras obtenidas, el 16'89% fueron positivas. Los aislamientos más frecuentes fueron: Estafilococo coagulasa negativo (11,96%), *E. coli* (11,48%), otros bacilos Gram negativos (7,655%), VHS (6,698%), *Cándida* sp (4,78%), *Enterococcus* sp. (4,3%), *P. aeruginosa* (3,35%), *S. aureus* (2,39%). El tratamiento más utilizado fueron los carbapenems (24,7%), seguido de vancomicina (18%), amikacina (14%), cefepime (13,6%), metronidazol (7,1%), piperacilina-tazobactam (4,4%). La mortalidad fue del 16,2% de los pacientes. Destacando: causa respiratoria (33,3%), causa neurológica (28,5%), causa infecciosa (19%).

**Discusión.** El uso de inmunosupresores ha hecho que las complicaciones infecciosas son el principal motivo de ingreso en nuestra serie (25,9%). Los diferentes tratamientos también produjeron mucositis en el 56,3% de los casos, similar a lo descrito en la literatura<sup>2</sup>, por lo que la mayoría de los casos presentaron fiebre de diferentes orígenes. La neutropenia fue severa en un tercio de los pacientes. Estando el 75% de los pacientes por debajo de 100 c/ml menos de 6 días y por debajo de 500 menos de 11 días. El uso de profilaxis antibiótica ni la antibioterapia de amplio espectro tuvieron efecto sobre la presencia de bacteriemia.

**Conclusiones.** El uso de los nuevos quimioterápicos está mejorando la esperanza y calidad de vida de los pacientes con neoplasias hematológicas. Sin embargo, también está aumentando el número de pacientes con aplasia medular y el número y gravedad de las complicaciones infecciosas que sufren, siendo en este momento la principal causa de ingreso de estos pacientes. A esto debemos sumarle las infecciones de origen yatrogénico que provocan un importante aumento en la morbilidad hospitalaria.

**A-131****INFECCIONES OSTEOARTICULARES EN PACIENTES VIH POSITIVOS DE CARTAGENA**

**N. Cobos Trigueros<sup>1</sup>, F. Fernández Galindo<sup>2</sup>, S. Jiménez Rejón<sup>3</sup>, M. Artero Castro<sup>1</sup>, P. García<sup>1</sup>, F. Vera Méndez<sup>1</sup>, B. Alcaraz Vidal<sup>1</sup> y D. Pujol Domínguez<sup>1</sup>**

<sup>1</sup>Medicina Interna, <sup>2</sup>C.S.Cartagena-Oeste, <sup>3</sup>C.S. San Antón. Santa María del Rosell. Cartagena, Murcia.

**Objetivos.** Comunicar una revisión retrospectiva de los casos de artritis séptica y osteomielitis en pacientes VIH positivos ingresados en el Servicio de Medicina Interna del Hospital Santa María del Rosell de Cartagena, durante el periodo 1992-2005, conocer la frecuencia, características epidemiológicas, duración de su estancia hospitalaria, métodos complementarios, y tratamiento indicado en estas patologías.

**Material y métodos.** Estudio descriptivo, retrospectivo, donde se han recogido los datos de las historias clínicas de los pacientes ingresados durante el periodo 1992-2005 con el juicio clínico principal de osteomielitis, (5 casos), o artritis séptica, (5 casos), y con el juicio clínico secundario de infección por VIH, (los 10 casos). Se estudiaron las variables: edad y sexo, enfermedades asociadas, hábitos tóxicos, estadio VIH, medicación basal, tratamiento. de base, motivo de consulta, exploración física, pruebas complementarias, germen responsable, días de estancia, tratamiento instaurado y evolución.

**Resultados.** De los 10 casos de infección osteoarticular recogidos durante el periodo 1992-2005, en cuanto a la edad el 50% estaban entre 30 y 34 años, el 90% eran hombres. El estadio de VIH: 30%

estaba en el estadio A2, 30% en estadio C3, 10% en estadio A3 y 10% estadio C2. Con respecto a los años de evolución del VIH: 50% tenían menos de 10 años de evolución. El tratamiento antiretroviral era combinado: 2 ITI AN+1 o 2 IP + TMP-SMX, (60% casos). La enfermedad asociada más frecuente era la hepatopatía por VHC, (60%). En relación con los hábitos tóxicos: 30% eran UDVP activos, 40% eran ex UDVP. Los principales motivos de consulta fueron el dolor (100%), tumefacción (80%), fiebre > 38 °C (60%) e impotencia funcional, (50%). El tiempo de evolución fue inferior a 3 semanas en 70% casos. La localización más frecuente fue la articulación del tobillo, (40%), seguida de la rodilla (30%), en la exploración: 50% presentaban fiebre > 38 °C (50%), hepatomegalia (40%), y signos inflamatorios locales en la articulación. En las pruebas complementarias, el 20% presentaba leucocitosis con desviación izquierda, hipertransaminemia (80%). El germen más frecuente en el cultivo de líquido sinovial fue el *Stafilococo aureus* (30%), seguido de *E. coli* (10%), *Pseudomonas aeruginosa* (10%). En cuanto a las técnicas de imagen, la más usada fue la radiografía simple (40%), seguida de la ecografía (50%), de la RMN (30%), la TAC, (20%), y la Gammagrafía ósea, (20%). En cuanto al tratamiento: el 40% llevó monoterapia i.v. con cloxacilina (30%), o Ciprofloxacino (10%), y politerapia i.v. en 50%, (Cloxacilina + ceftriaxona: 30%). Precisar artrocentesis el 30% de los casos y tratamiento quirúrgico en 20%. La estancia fue inferior a 21 días en 70% de los casos. La evolución fue buena en 80% de los casos.

**Discusión.** Las manifestaciones musculoesqueléticas de origen infeccioso en pacientes infectados por el VIH son de las más frecuentes (según distintos estudios, alrededor del 30%). Las infecciones esqueléticas están producidas mayoritariamente por *Staphylococcus aureus* (60%), corroborándose en nuestro estudio, (*Stafilococo aureus* solo o asociado: 50%, seguido de *Pseudomonas aeruginosa* en 10%). La artritis séptica es más frecuente en los pacientes infectados por el VIH que son adictos a drogas por vía intravenosa, probablemente en relación con las prácticas que conducen a la infección por el VIH, (en nuestro estudio el 30% de los pacientes eran UDVP activos).

**Conclusiones.** En este estudio los pacientes tratados con monoterapia, (cloxacilina), tuvieron una estancia media menor, (14 días), que aquellos tratados con politerapia de 2 ó 3 antibióticos, (26,5 días). La estancia media en los pacientes con fiebre de nuestro estudio es mayor, (19,6 días), y estos tuvieron buena evolución en menor porcentaje, (80%), que aquellos sin fiebre. En cuanto al estadio VIH: Los pacientes con estadios más precoces, A2 y A3, tuvieron una estancia media menor (19 días), que en los estadios evolucionados C1, C3 y C5, (20,4 días).

#### A-132 MENINGITIS POR BACILOS GRAM NEGATIVOS

J. del Toro<sup>1</sup>, M. Lara<sup>1</sup>, P. Casado<sup>1</sup>, R. Fernández<sup>2</sup>, V. Palazuelos<sup>1</sup>, M. Gallego<sup>1</sup>, E. Gargallo<sup>1</sup> y C. Gilsanz<sup>1</sup>  
<sup>1</sup>Medicina Interna 1, <sup>2</sup>Neurología. H.G.U. Gregorio Marañón, Madrid.

**Objetivos.** La meningitis por bacilos gram negativos (BGN) es preferentemente nosocomial y posee mal pronóstico su especial mal pronóstico (hasta un 80%). También ocurre en ocasiones de forma espontánea en pacientes debilitados (cirrosis hepática, diabetes, cáncer). Su incidencia es escasa, pero es la más frecuente de la adquirida en el hospital. Su etiología es: *E. coli*, *Klebsiella pneumoniae*, *P. aeruginosa* y *Acinetobacter*. Su incidencia parece estar en aumento. Tras un caso de meningitis por *Proteus mirabilis* ocurrida 9 días después de cirugía transesfenoidal de adenoma hipofisario, se decidió averiguar la incidencia, características clínica y pronóstico de las meningitis por BGN en nuestro hospital en un período de 5 años.

**Material y métodos.** Se revisaron todas las historias clínicas correspondientes al código de meningitis aguda bacterianas por bacilos Gram negativos según la CIE-9, excluyendo las ocurridas en edad pediátrica y las que no tuvieron documentación microbiológica, en un período de 5 años desde enero de 2001 hasta mayo de 2006. Se recogieron datos diagnósticos (incluyendo los microbiológicos), acerca de características clínicas y de evolución y terapéuticos de cada uno de los casos encontrados.

**Resultados.** Se recogieron 7 casos de meningitis por BGN en nuestro centro hospitalario en los últimos cinco años, 3 varones y 4 mujeres.

La totalidad de los casos de nuestra serie presentaron un origen etiológico neuroquirúrgico (4 por drenajes ventriculares, 1 con contigüidad y los dos restantes por otras intervenciones neuroquirúrgicas) y la clínica consistió en disminución del nivel de conciencia y, fiebre de comienzo insidioso. El periodo de latencia desde la cirugía fue de 3 a 30 días (mediana de 9 días). La etiología fue: 3 *Pseudomonas aeruginosa*, 2 *E. coli*, 1 *K. pneumoniae* + 1 *Enterobacter* y 1 *P. mirabilis*. En tres casos en los hemocultivos fueron positivos (1 *E. coli*, 1 *P. mirabilis* y 1 *K. pneumoniae*). El LCR mostró en todos los casos hipoglucoorraquia, proteínas elevadas y predominio de PMN. El tratamiento consistió fundamentalmente en meropenem y gentamicina (esta última utilizada de forma intratecal en varios casos). El pronóstico de nuestra serie fue favorable con un único fallecimiento (motivado por un TEP bilateral).

**Discusión.** La meningitis por BGN es un cuadro clínico infrecuente, predominantemente nosocomial y postquirúrgico. Su etiología es predominantemente *E. coli*, *Klebsiella pneumoniae*, *P. aeruginosa* y *Acinetobacter*. Su presentación clínica es de inicio insidioso, y el diagnóstico no difiere del resto de las meningitis bacterianas de otra etiología con unos datos del LCR que muestran casi invariablemente leucocitosis con predominio de PMN, hipoglucoorraquia y proteínas elevadas, siendo el TAC poco valorable por las alteraciones posquirúrgicas que existen en casi todos los casos. El tratamiento consiste en el uso de cefalosporinas de 3ª o 4ª generación (cefotaxima, cefepime) asociadas a un aminoglicosido en el caso de tratarse de infección por *P. aeruginosa*, y el uso de antibióticos del grupo carbapenem (meropenem) y/o cotrimoxazol si existe betalactamasa. La vía intratecal quedaría reservada para multiresistencia o mala evolución. La mortalidad es alta (40-80%). En nuestra pequeña serie de 7 casos, se confirma la baja frecuencia del proceso, y su origen preferente postquirúrgico nosocomial. Llama la atención el predominio de *P. aeruginosa*. La clínica fue similar a lo que se describe, siendo remarcable el ser poco llamativa y su instauración insidiosa. Es de mencionar el inesperado buen pronóstico de nuestros pacientes, no existiendo complicaciones al alta en el resto.

**Conclusiones.** La meningitis aguda bacteriana por BGN es un proceso muy poco frecuente, y de origen casi exclusivamente nosocomial. La clínica es inicio más larvado y es necesario tener un alto índice de sospecha en orden a realizar un diagnóstico precoz siendo necesario evaluar detenidamente cualquier proceso febril o cambio sutil del estado neurológico de los pacientes tras neurocirugía. A pesar de asociarse tradicionalmente a un mal pronóstico, nuestros casos evolucionaron favorablemente con el tratamiento habitual.

#### A-133 EVOLUCIÓN DE LAS CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS, ETIOLOGÍA Y PRONÓSTICO DE LA ENDOCARDITIS SOBRE VÁLVULA PROTÉSICA (EVP) EN UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL

H. Alonso Valle<sup>1</sup>, C. Fariñas Álvarez<sup>2</sup>, J. García Palomo<sup>3</sup>, J. Nistal<sup>1</sup>, J. Revuelta<sup>4</sup>, J. González-Macias<sup>5</sup> y M. Fariñas<sup>2</sup>  
<sup>1</sup>S. Urgencias, <sup>2</sup>U. Infecciosas, <sup>3</sup>S. Cirugía Cardiovascular. Hospital Marqués de Valdecilla, U. Cantabria. Santander, Cantabria. <sup>4</sup>U. Medicina Preventiva. Hospital Sierrallana. Torrelavega, Cantabria.

**Objetivos.** Estudiar la evolución de las características clínicas, etiología y pronóstico de la endocarditis sobre válvula protésica (EVP) en un hospital de tercer nivel durante 20 años.

**Material y métodos.** Estudio retrospectivo desde 1986-2002 y prospectivo desde 2002-2005. Se analizaron 2 periodos temporales: 1º desde enero 1986 a diciembre 1995 (P1) y 2º desde enero de 1996 a diciembre 2005 (P2). Se recogieron los datos de pacientes con diagnóstico confirmado de EVP de acuerdo a los criterios de Durack modificados.

**Resultados.** Se estudiaron 133 episodios, de los cuales 90 fueron varones (68%) y 43 mujeres (32%). La media de edad en el momento del diagnóstico fue de 59 años. En 73 episodios (54,9%) la EVP fue diagnosticada en los primeros 10 años del estudio (1986-1995), mientras en 60 casos (45,1%) la EVP fue lo fue posteriormente (1996-2005). El 65% de los casos tenían más de 65 años en el momento del diagnóstico. La edad media en el primer periodo de estudio (1986-1995) fue de 52,6 ± 16,6 años comparada con una edad media de 66,2 ± 11,5 años en el segundo periodo (1996-

2005), con una diferencia estadísticamente significativa ( $p < 0,001$ ), siendo además los pacientes con edad  $> 65$  años significativamente mayor en el segundo período (61,7% vs 27,4%  $p = 0,0001$ ). Durante el P1 el 82% de las EVP fueron precoces y el 17,8% tardías, en el P2 la distribución fue similar, un 81,7% y un 18,3% respectivamente. Los signos y síntomas clínicos no variaron significativamente a lo largo del estudio, detectándose únicamente diferencias en la presencia de petequias (13,7% en P1 y 0% en P2,  $p < 0,01$ ). El ecocardiograma transesofágico fue realizado en el 23,5% de los pacientes en el P1 y en el 83,9% en el P2. En cuanto a los hallazgos microbiológicos, aumentaron las infecciones por enterococo (4,7% P1 y 11,7% P2) y disminuyeron las infecciones por *S. viridans* (27,4% P1, 11,7% P2). Se objetivó una mayor tendencia a la realización de tratamiento quirúrgico durante el primer período de tiempo (1986-1995) con un 90,4% (63/68) mientras en la segunda parte (1996-2005) la tasa de pacientes intervenidos fue de un 68,3% (44/65), diferencias que resultaron estadísticamente significativas ( $p < 0,001$ ). Se observó una tendencia mayor no significativa a la realización de intervenciones con carácter urgente en la segunda parte del estudio (54,5% vs 42,9%  $p = 0,24$ ). La mortalidad intrahospitalaria fue del 28,8% en el P1 y del 30,0% en el P2.

**Discusión.** Se ha observado un envejecimiento progresivo de la población afecta de EVP, así como un cambio en la patología valvular de base, en relación con una ampliación de la cirugía a poblaciones de edad más avanzada. Sin embargo, no se ha observado un cambio significativo en la presentación clínica. El diagnóstico ha mejorado con la implantación de la ecocardiografía transesofágica. El tratamiento quirúrgico continúa siendo la herramienta clave complementaria al tratamiento antibiótico. Estos hallazgos son similares a los descritos en series de otros hospitales y países. No obstante, a pesar de la evolución en las técnicas diagnósticas y terapéuticas la mortalidad continúa siendo elevada, siendo posible que los factores epidemiológicos y ecológicos de la enfermedad jueguen un papel importante en este hecho.

**Conclusiones.** Los pacientes con EVP tienen más edad, probablemente en relación con la realización de recambios valvulares en la población de edad más avanzada. La etiología microbiológica ha experimentado un cambio, siendo mayor el número de pacientes con hemocultivos positivos para estafilococos o enterococos en detrimento de los estreptococos. A pesar del cambio en el abordaje diagnóstico y terapéutico, la mortalidad sigue siendo elevada.

#### A-134 EPIDEMIOLOGÍA, CLÍNICA Y TRATAMIENTO DE INFECCIONES DE MARCAPASOS Y DESFIBRILADORES AUTOMÁTICOS IMPLANTABLES. REVISIÓN DE 10 AÑOS J. Alonso<sup>1</sup>, E. Casuso<sup>1</sup>, C. Fariñas-Álvarez<sup>2</sup>, A. Figueroa<sup>3</sup>, J. Olalla<sup>4</sup>, J. García-Palomo<sup>1</sup>, J. González Macías<sup>1</sup> y M. Fariñas<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Unidad de Enfermedades Infecciosas, S. Medicina Interna, <sup>2</sup>Unidad de Hemodinámica, <sup>3</sup>Unidad de Arritmias. Hospital U. Marqués de Valdecilla. Universidad de Cantabria. Santander, Cantabria. <sup>4</sup>Servicio de Medicina Preventiva. Hospital Sierrallana. Torrelavega, Cantabria.

**Objetivos.** Describir la epidemiología, presentación clínica, tratamiento y pronóstico de las infecciones de marcapasos y desfibriladores automáticos implantables.

**Material y métodos.** Estudio de cohortes prospectivo realizado en un hospital de tercer nivel, desde 1995 a 2005. Fueron incluidos todos los pacientes con infección de marcapasos y desfibriladores automáticos implantables (DAI). Las infecciones precoces se definieron como las diagnosticadas durante los primeros noventa días desde la implantación.

**Resultados.** Hubo 43 (83%) pacientes con infección de marcapasos y 9 (17%) con infección de DAI (incidencia: 1,8% marcapasos y 3,2% DAI). Cuarenta pacientes eran hombres. La edad media fue de 74 años. El 70% de los pacientes presentaban comorbilidad asociada. Hubo un 42% de infecciones precoces. 37 pacientes tuvieron infección de la bolsa del generador, 4 del cable, 10 del generador y del cable y 3 tuvieron endocarditis. Se aislaron 41 patógenos en 35 pacientes: 15 en la bolsa del generador (7 SAMS, 4 *S. cogulasa* negativo, 2 *S. epidermidis* y 1 SAMR y 1 *Pseudomonas* sp), y 26 en los cables (10 *S. epidermidis*, 8 SAMS, 2 *Aspergillus* sp y 1 caso

de SAMR, *S. cogulasa* negativo, *Propionibacterium* sp, *S. viridans*, *P. putida* y *Candida* sp). Se administró profilaxis antibiótica a 33 pacientes. Todos los pacientes con infección recibieron tratamiento antibiótico. 48 pacientes (92%) precisaron tratamiento quirúrgico que consistió en un recambio parcial (17) o completo (31) del sistema implantado. 4 pacientes murieron a causa de la infección: 2 tuvieron endocarditis y 3 no recibieron profilaxis antibiótica ( $p = 0,14$ , RR = 5,6, IC 95% = 0,5-58,9). Ser mujer (RR = 10,0, IC 95% = 1,1-87,5) o tener infección del cable (RR = 10, IC 95% = 1-100) se asociaron con mayor mortalidad.

**Discusión.** La incidencia de infección asociada a marcapasos o DAI es baja. Puede presentarse como infección de bolsa (y/o cables) o como endocarditis infecciosa. El microorganismo causal más frecuente es el estafilococo. Se diagnostica por presentar signos infecciosos locales con; así mismo aquellos decúbitos que presentan solución de continuidad de la piel se consideran infección de bolsa. El tratamiento consiste en antibioterapia asociada a tratamiento quirúrgico con retirada idealmente de todo el sistema (generador y electrodos) o sino retirada parcial del mismo. Es una enfermedad con una mortalidad nada despreciable cuyo tratamiento debe ser agresivo con antibioterapia 4-6 semanas y retirada total del sistema, precisando en una proporción importante de casos de circulación extracorpórea.

**Conclusiones.** Aproximadamente la mitad de las infecciones ocurrieron en los primeros tres meses después de la implantación del marcapasos o del DAI. Las enfermedades subyacentes más frecuentemente asociadas fueron diabetes e hipertensión. En el 88% de las infecciones estaban implicados los estafilococos, de los cuales el más frecuente fue el SAMS. El sexo femenino y la infección de los cables se asociaron a mayor mortalidad.

#### A-135 REVISIÓN DE CASOS DE ENCEFALITIS HERPÉTICA EN UN SERVICIO DE MEDICINA INTERNA

E. Fernández Cofrades<sup>1</sup>, F. Ferrere González<sup>1</sup>, A. Sanz<sup>2</sup>, J. Patier de la Peña<sup>1</sup>, F. Norman<sup>1</sup>, A. Trueba Vicente<sup>1</sup>, B. Monge Mailló<sup>1</sup> y J. Calleja López<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Medicina interna, <sup>2</sup>Medicina familiar y comunitaria. Ramón y Cajal, Madrid.

**Objetivos.** Describir de forma retrospectiva las características epidemiológicas, clínicas, diagnósticas y evolutivas de los pacientes diagnosticados de encefalitis herpética en nuestro servicio en los últimos 10 años.

**Material y métodos.** Realizamos un análisis retrospectivo mediante la revisión de historias clínicas de pacientes diagnosticados de encefalitis herpética en nuestro servicio incluyendo pacientes desde el año 1996 al 2006. Sólo se han incluido pacientes en los que el diagnóstico de sospecha fue confirmado mediante reacción en cadena de la polimerasa (PCR) para virus del herpes simple (VHS) en LCR.

**Resultados.** Hallazgos epidemiológicos: Encontramos tan sólo 4 pacientes con el diagnóstico de encefalitis vírica en los últimos 10 años, 2 varones y 2 mujeres con un rango de edad comprendido entre los 37 y 77 años. Ninguno de los pacientes presentaba antecedentes personales de relevancia salvo un varón VIH+ con diagnóstico asociado de enfermedad de Hodgkin. Respecto a las características clínicas, todos los pacientes presentaron fiebre termometrada por encima de 38 °C y focalidad neurológica consistente en síndrome confusional agudo con agitación psicomotriz y disminución del nivel de conciencia. Además tres de los pacientes presentaron crisis convulsivas tónico-clónicas y dos de ellos presentaron hemiparesia clínicamente evidente y cefalea holocraneal. En cuanto al diagnóstico, a todos los pacientes se les realizó punción lumbar objetivándose aumento de la celularidad con predominio linfocítico, normoglucoorraquia e hiperproteinorraquia. Todos presentaban cultivos de líquido cefalorraquídeo estériles (para bacterias y hongos) y PCR para virus del herpes simple positiva. En dos de ellos se confirmó negativización de la PCR tras 21 días de tratamiento con aciclovir. Otras pruebas que apoyaron al diagnóstico fueron la TAC craneal, que en dos casos no objetivó hallazgos significativos pero que en los otros dos demostró la presencia de hipodensidad radiológica en el área temporal. Los hallazgos de la TAC fueron confirmados en los 4 casos mediante RMN craneal que demostró la existencia de edema tisular cortical de predominio en lóbulos temporales. También se realizó a

todos los pacientes estudio electroencefalográfico con presencia de sufrimiento cortical difuso y presencia de ondas lentas agudas de predominio temporal en 2 de los casos. En cuanto a la evolución: uno de los pacientes falleció durante el ingreso, siendo la paciente más anciana y en la que el diagnóstico y tratamiento se demoraron más por sospecha de focalidad infecciosa urinaria. Otro paciente presentó importantes complicaciones precisando ingreso en UVI por bajo nivel de conciencia e infección respiratoria secundaria a broncoaspiración siendo dado de alta tras un ingreso prolongado con importante deterioro cognitivo residual. Otro paciente fue dado de alta tras 21 días de tratamiento con aciclovir sin presentar secuelas neurológicas y falleció dos meses después por su enfermedad de base (VIH y enfermedad de Hodgkin). Un último paciente fue dado de alta con ligero déficit sensitivo afásico residual y mínima alteración de la conducta y presentó como complicación durante su ingreso un episodio de colitis pseudomembranosa por *Clostridium difficile* secundaria al uso de antibióticos. Los tres pacientes que fueron dados de alta precisaron tratamiento antimicrobial de mantenimiento.

**Conclusiones.** 1) La incidencia de Encefalitis Herpética en nuestro medio se encuentra por debajo del intervalo habitual descrito en la literatura pero probablemente sea un problema infradiagnosticado dado que en muchos casos sospechosos no se han realizado estudios confirmatorios microbiológicos, en especial PCR para VHS. En múltiples ocasiones la sospecha clínica, las pruebas de imagen compatibles y una punción lumbar sugestiva de encefalitis viral han sido suficientes para iniciar tratamiento empírico con aciclovir. 2) El análisis de PCR para el virus herpes simple en el LCR parece haber desplazado como técnica diagnóstica a la biopsia cerebral dado que es una técnica mucho menos invasiva y tiene alta sensibilidad y especificidad. 3) La patología crónica grave subyacente dificulta el diagnóstico y ensombrece el pronóstico. 4) Convendría realizar estudios multicéntricos con mayor número de pacientes para confirmar estos hallazgos.

#### A-136 CARACTERÍSTICAS DE LOS ABSCESOS HEPÁTICOS EN UN HOSPITAL COMARCAL

**M. Díaz Hurtado<sup>1</sup>, A. Vidal Tolosa<sup>3</sup>, G. Pérez Vázquez<sup>2</sup>, M. Pina Latorre<sup>2</sup>, L. García Aragón<sup>2</sup>, L. Mouronval Morales<sup>2</sup>, S. Zabala López<sup>2</sup> y C. Matamala Gimeno<sup>2</sup>**

<sup>1</sup>Medicina Interna. Clínica de Ponent, Lleida. <sup>2</sup>Medicina Interna. Obispo Polanco, Teruel. <sup>3</sup>MFyC. CAP Labordeta, Lleida.

**Objetivos.** Conocer la casuística de abscesos hepáticos de nuestro hospital y caracterizar la presencia de factores favorecedores, síntomas, distribución anatómica y espectro microbiano causal.

**Material y métodos.** Se revisaron de forma retrospectiva los casos de abscesos intra-hepático diagnosticados en nuestro hospital en los últimos 7 años. Se recopilaron datos epidemiológicos, prevalencia de síntomas, parámetros analíticos sugestivos de inflamación, tamaño, localización, organismos aislados, uso de antibióticos e incidencia de muerte. Los datos se procesaron con el SPSS v13.

**Resultados.** Se detectaron 16 casos de absceso intra-hepático. Edad  $63 \pm 17$  años, 10 varones (63%), días de estancia  $20 \pm 8$ . De ellos presentaban diabetes 3 (19%), enolismo 3 (19%), hepatopatía 2 (13%). Entre los antecedentes quirúrgicos estaban la intervención previa en 50% (8), colangitis (2) colecistitis (2), CPRE (1), peritonitis (2), apendicitis (1), diverticulosis (2). Los síntomas más frecuentes fueron el dolor abdominal (15 casos; 94%) seguido de la fiebre (14 casos; 87%). Los signos analíticos principales fueron: VSG  $89 \pm 38$  mm, anemia (10 casos; 63%), leucocitosis (14 casos; 88%), Tamaño del abscesos  $6,7 \pm 2,7$  cm, localización preferente en LHD (8 casos; 50%). La técnica de drenaje más frecuente fue la punción guiada por TAC en 10 casos (63%). El cultivo fue positivo en 10 pacientes (62%), siendo el agente más frecuente *Klebsiella pneumoniae* en 3 casos (19%) seguido de *Escherichia coli* en 2 (13%). Sólo falleció 1 paciente por sepsis.

**Discusión.** Los abscesos hepáticos representan el 16% de los abscesos intraabdominales. El antecedente de intervención quirúrgica junto a la presencia de fiebre, dolor abdominal, leucocitosus y VSG muy elevada apoyan el diagnóstico. A diferencia de otras series en nuestra casuística la etiología polimicrobiana fue poco frecuente con ausencia de anaerobios. El tratamiento mediante drenaje, preferiblemente mediante TAC y uso de antibióticos de amplio espectro de

forma precoz fue muy efectivo presentando una mortalidad baja pero con gran morbilidad que prolonga la estancia hospitalaria. La localización de los abscesos así como la etiología de los mismos no difiere de otras series.

**Conclusiones.** El absceso hepático es una entidad infrecuente secundaria a rotura de víscera hueca con presentación clínica característica, diagnóstico sencillo mediante técnicas de imagen y que precisa de un tratamiento multidisciplinar basado en drenaje y tratamiento antibiótico empírico de amplio espectro.

#### A-137 PACIENTES VIH INMIGRANTES: ¿INGRESAN MÁS QUE LOS ESPAÑOLES?

**A. Vegas Serrano, M. Velasco Arribas, J. Losa García, A. Espinosa Jimeno, C. Caballero Tejero, S. Nistal Juncos, R. Barrena Puertas y A. Asenjo Mota**

Medicina Interna. Fundación Hospital de Alcorcón. Alcorcón, Madrid.

**Objetivos.** Las características epidemiológicas de la población VIH están cambiando en los últimos años, y cada vez es más frecuente atender pacientes inmigrantes. Hay pocos datos en la literatura sobre la atención de los inmigrantes con infección VIH. **OBJETIVO:** Describir las características de la población inmigrante con VIH positivo que ingresan en la Fundación Hospital de Alcorcón.

**Material y métodos.** Revisión de las historias clínicas informatizadas de todos los pacientes inmigrantes que han ingresado en nuestro centro entre 1998 y 2003. Se han incluido datos demográficos, clínicos y epidemiológicos. Los datos de los pacientes VIH españoles se han extraído de la base de datos COMESEM (cohorte prospectiva desde 1998 en 5 hospitales del sur de Madrid).

**Resultados.** Entre 1998 y 2003 se siguieron un total de 412 pacientes con VIH positivo, de los que sólo 30 pacientes (7,28%) eran inmigrantes; de éstos últimos, 16 pacientes (53,3%) generaron un total de 33 ingresos. Durante el mismo período ingresaron 92 españoles, un 30% menos. De los 16 pacientes inmigrantes, el 62,5% (10) eran mujeres, la edad media fue de 39 años (DE 11), el 69% eran africanos y el 31% de América del Sur. El lugar de diagnóstico fue en el 94% de los casos España, encontrándose el 37,5% en estadio C3 en ese momento, con carga viral media de 4 log y mediana de CD4 de 114. La fuente de contagio más frecuente fue la heterosexual (44%). El 62,5% de los pacientes nunca habían tenido infecciones oportunistas (IO), y el 18,5% las presentaron al diagnóstico. La IO más frecuente fue la tuberculosis. El 18% presentaban coinfección VHC. Mediana de 11 meses entre el diagnóstico y el primer ingreso. Previamente 8 pacientes (50%) tomaban tratamiento anti-retroviral, con buena tolerancia en el 72% de los casos. La causa más frecuente fueron cuadros no relacionados con el VIH: infecciones no oportunistas, principalmente respiratorias (36%) y partos. La mediana de CD4 previa a los ingresos fue de 114 (max de 738 y mín de 3), y una carga viral mediana de 4 log. La estancia media fue de 9 días (DE 2). El 94% fueron seguidos tras el alta y un paciente falleció durante un ingreso.

**Discusión.** Los pacientes VIH inmigrantes ingresan con más frecuencia que la población VIH española. Esto puede deberse a un acceso más fácil a la hospitalización que a la atención primaria y/o a una ausencia de control previo. Los pacientes inmigrantes presentan en su mayoría SIDA, carga viral elevada y cifras bajas de CD4, y no tomaba previamente tratamiento un 50%; ingresan por causas diferentes a IO en primer lugar. La coinfección con hepatitis C es poco frecuente y la IO más frecuente es la tuberculosis.

#### A-138 USO DE CEFALOSPORINAS DE TERCERA GENERACIÓN EN UN HOSPITAL DE ÁREA

**I. Sellés<sup>1</sup>, P. Oteo<sup>1</sup>, M. Cia Barrio<sup>2</sup>, A. Raga<sup>2</sup> y J. Ena<sup>1</sup>**

<sup>1</sup>Medicina Interna. Hospital Marina Baixa. Villajoyosa, Alicante.

<sup>2</sup>Servicio de Farmacia. Hospital Marina Baixa. Villajoyosa, Alicante.

**Objetivos.** Conocer la utilización de cefalosporinas de tercera generación en nuestro centro e identificar las oportunidades de mejora en la prescripción.

**Material y métodos.** Estudio trasversal. Se analizaron pacientes ingresados en el Hospital Marina Baixa, Alicante, entre junio y diciembre de 2005, que habían recibido cefalosporinas de tercera generación según el registro de dispensación del Servicio de Farmacia. Se utilizó la guía Sanford 2004 y el documento sobre profilaxis quirúrgica elaborado por la SEIMC para determinar el uso apropiado. La presencia de infección se determinó según los criterios recomendados por el Centers for Diseases Control. El tratamiento antibiótico fue clasificado como: profilaxis, tratamiento empírico o tratamiento dirigido.

**Resultados.** Se incluyeron 105 pacientes. La edad media fue de 59 años, 65,7% varones. Las cefalosporinas utilizadas fueron: Cefotaxima 40 prescripciones, Ceftriaxona 56 y Cefotaxidima 9. Un total de 6 prescripciones fue como profilaxis quirúrgica, 91 como tratamiento empírico y 8 como tratamiento específicamente dirigido. De acuerdo con las recomendaciones de uso de estos fármacos, 68 prescripciones (65%) fueron clasificadas como indicación apropiada. El grado de concordancia medido por el índice kappa en la valoración del uso inapropiado de cefalosporinas de tercera generación fue de 0,82. Un total de 54 (51%) prescripciones mostraron dosificación, intervalo y duración apropiadas. Analizamos los determinantes de uso empírico inapropiado de cefalosporinas de tercera generación en 91 pacientes: La ausencia de criterios de gravedad del paciente Odds Ratio (OR) 4,57 (Intervalo de confianza al 95%, [IC]) (IC: 1.71-12.21,  $p = 0,002$ ) y el área de ingreso en cirugía general OR 5.73 (IC: 1.68-20.19,  $p = 0,001$ ) o en especialidades médico-quirúrgicas OR: 6.55 (IC: 1.16-40.80,  $p = 0,017$ ) en comparación con medicina interna y especialidades obtuvieron diferencias estadísticamente significativas. También existen diferencias significativas en el número de procedimientos microbiológicos diagnósticos llevados a cabo en los pacientes en tratamiento empírico con cefalosporinas de tercera generación dependiendo del área de ingreso.

**Discusión.** Observamos tanto en nuestro estudio como en la literatura revisada un uso ampliamente extendido de cefalosporinas de tercera generación en la práctica clínica diaria, pudiendo guardar relación con el número creciente de microorganismos productores de beta-lactamasas y resistentes a cefalosporinas. Tan sólo 68 de las 91 prescripciones realizadas de forma empírica (65%), fueron apropiadas, disminuyendo este porcentaje al 54% si tenemos en cuenta la correcta dosificación y duración de la pauta. Estos datos difieren de los obtenidos en la literatura revisada, en los que los porcentajes de concordancia con las guías de práctica clínica fueron muy inferiores. Hemos observado que las infecciones que afectan al sistema nervioso central son las que reciben tratamiento empírico de forma más adecuada. Las profilaxis quirúrgicas fueron consideradas todas inadecuadas. Otros datos destacables, son la asociación estadísticamente significativa de aquellos pacientes que presentaban signos de gravedad y la correcta prescripción de cefalosporinas de tercera generación. Los determinantes más importantes para la correcta prescripción de cefalosporinas en nuestro medio son: el servicio prescriptor, (siendo los quirúrgico y médico quirúrgicos los de mayor riesgo), la presencia de criterios de gravedad del paciente y la localización de la infección.

**Conclusiones.** Podríamos reducir de forma significativa el número de pautas inapropiadas de cefalosporinas de tercera generación. Para ello deberíamos crear guías de consenso y protocolos clínicos para nuestro hospital con el objetivo de optimizar el manejo clínico de los pacientes con infecciones por gram negativos, disminuyendo de tal forma el número creciente de microorganismos productores de beta-lactamasas y el elevado gasto farmacéutico que supone.

#### A-139 CARACTERÍSTICAS CLÍNICO-EPIDEMIOLÓGICAS Y MANEJO DE LA INFECCIÓN POR VIH EN EL PACIENTE CON CIRROSIS HEPÁTICA

J. Pascual<sup>1</sup>, M. López-Diéguez<sup>1</sup>, M. Montes<sup>1</sup>, C. Tural<sup>2</sup>, C. Quereda<sup>3</sup>, J. Arrizabalaga<sup>4</sup>, J. Berenguer<sup>5</sup> y J. Arribas<sup>1</sup>  
<sup>1</sup>Medicina Interna. La Paz, Madrid. <sup>2</sup>M Interna. Germans Trias y Pujol, Barcelona. <sup>3</sup>M Interna. Ramón y Cajal, Madrid. <sup>4</sup>M Interna. Virgen de Aranzazu. San Sebastián, Guipúzcoa. <sup>5</sup>M Interna. Gregorio Marañón, Madrid.

**Objetivos.** Describir las características epidemiológicas, clínicas y del manejo de la infección por VIH de los pacientes cirróticos VIH+.

**Material y métodos.** Cohorte, multicéntrica (9 hospitales, 4 comunidades) y prospectiva de 352 pacientes cirróticos. Seguimiento protocolizado y activo que durará 3 años. Criterios de diagnóstico de cirrosis hepática (CH): CH confirmada: biopsia confirmatoria de cirrosis o fibrosis en puente. CH altamente probable: pacientes que hayan experimentado alguna complicación mayor de la cirrosis: varices esofágicas, descompensación hidrópica o encefalopatía. CH probable: hepatitis crónica por VHC y/o VHB y/o consumo diario de alcohol de más de 80 gramos/día durante 5 años con una escala de cirrosis  $\geq 8$  (Escala de Bonacini). Recogida de datos mediante entrevista personal y revisión de historias clínicas. Análisis de datos SPSS 11.0.

**Resultados.** 352 pacientes VIH + con cirrosis hepática. Diagnóstico de cirrosis: 65,3% biopsia, 24,4% descompensación y 10,8% T Bonacini  $> 8,78\%$  varones, 22% mujeres. Edad (mediana) 40 (RIQ: 40-46). Años desde diagnóstico VIH hasta el de CH, 15 (RIQ 10-18) y desde el inicio ADVP, 23 (RIQ 20-25). Seguimiento desde diagnóstico CH, 2 años (RIQ 1-4). Transmisión VIH: 85,8% ADVP, 7,4% heterosexual, 1,4% homosexual, 1,1% transfusiones/hemoderivados. Consumo de alcohol  $> 80$  g/d más de 5a 29,3%, consumo actual 15,6%. Estadio CDC, 26,3% C3, 19% A2, 15% B3, 11% A3, 9,1%, 8,8% C2. Mediana CD4 432 (RIQ: 228-579). Mediana de CD4 en CH descompensada 232 (RIQ 140-364), 438 en no descompensados (RIQ 283-646)  $p < 0,000$ . 56,5% viremia VIH  $< 50$  c/ml (50% CH descompensada; 58,6% no descompensados,  $p 0,465$ ). Pacientes recibiendo TARGA 84%, 57 combinaciones diferentes siendo las frecuentes: 3TC-TNF-EFV (35), AZT-3TC-ABC (20), 3TC-TNF- Lopi+rito (b) (16), 3TC-TNF-NVP (10). Coinfecciones por virus de hepatitis: VHC: negativa 2,3%, resuelta 6,3% y crónica 91,5%. Genotipos VHC: Tipo 1: 57,8%, tipo 2: 2%, tipo 3: 25,9% y tipo 4: 15,5%. VHB: negativa 34,9%, resuelta 31,8%, crónica 6,3%, core aislado+ 25,3% y postvacunación 1,7%. VHD 100% negativo. Clasificación Child Pugh: A 73%, B 19,5% y C 7,5%.

**Discusión.** La causa más frecuente de CH en pacientes infectados por VIH es la infección crónica por VHC prolongada. La mediana de duración de la infección por VHC es de 23 años estableciendo como fecha de probable contagio el inicio de la drogadicción. El consumo excesivo de alcohol (29% en nuestra serie) y la inmunosupresión (62% cumplen criterios de SIDA en la serie) se asocian con mayor rapidez en la evolución a cirrosis. Un porcentaje elevado (84%) reciben tratamiento antirretroviral. Existen diferencias significativas en los valores absolutos de CD4 en pacientes cirróticos descompensados y compensados, pero no así en los pacientes con carga viral indetectable. Cabe destacar la gran variabilidad de combinaciones de antirretrovirales empleados en el paciente cirrótico.

**Conclusiones.** Las causas más frecuente de CH en pacientes VIH+ son la infección crónica por VHC de larga evolución el alcoholismo y la inmunosupresión. El porcentaje de pacientes con viremia VIH controlada es el mismo en pacientes cirróticos descompensados y compensados. La cirrosis hepática no parece condicionar la elección del tratamiento antirretroviral aunque sería necesaria la realización de estudios protocolizados.

#### A-140 CIRROSIS HEPÁTICA EN EL PACIENTE VIH: CARACTERÍSTICAS CLÍNICO EPIDEMIOLÓGICAS Y TERAPEÚTICAS. ¿MANEJAMOS ADECUADAMENTE LA CIRROSIS?

M. López-Diéguez<sup>1</sup>, J. Pascual<sup>1</sup>, M. Montes<sup>1</sup>, J. Miró<sup>2</sup>, A. Arranz<sup>3</sup>, E. Redondo<sup>4</sup>, F. Pulido<sup>5</sup> y J. Arribas<sup>1</sup>  
<sup>1</sup>Medicina Interna. La Paz, Madrid. <sup>2</sup>M Interna. Clinic y Provincial, Barcelona. <sup>3</sup>M Interna. Príncipe de Asturias, Madrid. <sup>4</sup>M Interna. General Universitario de Valencia, Valencia. <sup>5</sup>M Interna. Doce de Octubre, Madrid.

**Objetivos.** Describir las características epidemiológicas, clínicas y del manejo de la cirrosis en los pacientes con infección por VIH.

**Material y métodos.** Cohorte, multicéntrica (9 hospitales, 4 comunidades) y prospectiva de 352 pacientes VIH+ y con cirrosis en seguimiento protocolizado y activo que durará 3 años. Criterios diagnósticos de cirrosis hepática (CH): CH confirmada: biopsia confirmatoria de cirrosis o fibrosis en puente. CH altamente probable: pacientes que hayan experimentado complicaciones mayores de la cirrosis: varices esofágicas, descompensación hidrópica o encefalopatía. CH

probable: hepatitis crónica por VHC y/o VHB y/o consumo diario de alcohol de más de 80 gramos/día durante 5 años con una escala de cirrosis  $\geq 8$  (Escala de Bonacini).

**Resultados.** 352 pacientes diagnosticados de cirrosis (65% biopsia, 24% descompensación y 11% escala de Bonacini  $> 8$ ) 78% varones. Edad (mediana) 40 (RIQ: 40-46). Años desde diagnóstico de VIH hasta el de CH, 15 (RIQ 10-18) y desde el inicio de ADVP, 23 (RIQ 20-25). Seguimiento desde el diagnóstico de CH, 2 años (RIQ 1-4). Transmisión VIH: 86% ADVP, 7% heterosexual. Consumo de alcohol  $> 80$  g/d más de 5a 29%, consumo actual 16%. Mediana CD4 432 (RIQ: 228-579). 56,5% viremia VIH  $< 50$  c/ml. 84% están recibiendo TARGA. Hepatitis C: negativa 2%, resuelta 6% y crónica 92%. Genotipos VHC: Tipo 1(58% 9, 3 (26%). Hepatitis B: negativa 35%, resuelta 32%, crónica 6%, core aislado 25% y postvacunación 2%. Clasificación Child Pugh: A 73%, B 19% y C 8%. Tratamiento antiVHC: realizado en 57%. Los valores de AFP eran medidos en un 55% de los pacientes: mediana de 7 (RIQ 3.8-15). Ecografía realizada: 245 (69%): media diámetro portal 13,9 mm (n = 59). Media del eje longitudinal del bazo 146 mm (n = 123). Endoscopia realizada: 85 (24%): varices esofágicas: (n = 85) 41 (48%). Profilaxis sangrado digestivo: (n = 41) 19 (46%), todos con betabloqueantes. Endoscopia realizada a individuos con indicación fue: diámetro portal  $> 13$  mm: 19 (47%), (n = 40), con act protrombina  $< 70\%$ : 25 realizadas (38%) (n = 65) y con plaquetas  $< 100.000$ : 57 realizadas (33%) (n = 171). Un 33% cumple criterios de trasplante hepático siendo los principales factores de exclusión: Child pugh A (64%), evaluación psicológica desfavorable (8%) y CD4  $< 100$  (5%).

**Discusión.** Tras el aumento de la supervivencia secundario al TARGA la enfermedad hepática terminal ha pasado a ser una de las primeras causas de muerte en los sujetos infectados por VIH. La primera causa de cirrosis hepática en los pacientes VIH es la infección por VHC. La mayoría de los sujetos tienen viremia VIH controlada y una situación inmunológica buena. Por el contrario es de destacar que sólo el 69% tienen una ecografía reciente, los valores de AFP figuran en un 55% y la endoscopia digestiva alta se realizó en un 24% de los pacientes. Todos los pacientes que se realizaron endoscopia alta tenían alguno de los criterios descritos por Schepis: Tiempo de protrombina  $< 70\%$  y/o diámetro vena porta  $> 13$  mm por ultrasonografía y/o Plaquetas  $< 100.000$ . El 48% de los que se han realizado endoscopia alta tienen varices esofágicas pero en menos de la mitad se indicó profilaxis.

**Conclusiones.** Tanto la ecografía como los niveles de AFP tienen que solicitarse para el seguimiento adecuado de los pacientes cirróticos. Proponemos los criterios descritos por Schepis para la realización de endoscopia alta para el diagnóstico de varices esofágicas. Es fundamental insistir en la abstinencia absoluta del alcohol.

#### A-141 NEUROCISTICERCOSIS E INMIGRACIÓN: DESCRIPCIÓN DE LOS CASOS RECOGIDOS EN LOS ÚLTIMOS 5 AÑOS EN EL ÁREA SANITARIA DE CARTAGENA

**M. Artero Castro, P. García López, B. Alcaraz Vidal, N. Cobos Trigueros, M. Tomás Redondo, E. Peñalver, G. García Parra y F. Vera Méndez**

Medicina Interna. Santa María del Rosell. Cartagena, Murcia.

**Objetivos.** Estudiar la incidencia y características epidemiológicas y clínicas de la neurocisticercosis (NCC) en nuestro medio.

**Material y métodos.** Estudio descriptivo retrospectivo de pacientes diagnosticados en el periodo comprendido entre 2001-2005 en nuestra área de Salud.

**Resultados.** Durante este periodo se diagnosticaron 6 casos de Neurocisticercosis, todos ellos eran procedentes de América latina, 4 de ellos eran varones. Las edades de los pacientes estaban comprendidas entre los 23 y los 47 años. La clínica más frecuente fue la aparición de crisis comiciales. En todos ellos se llegó al diagnóstico por técnicas de imagen (TAC o RNM o ambas), predominando las lesiones quísticas o calcificadas de localización en ambos hemisferios en la mayoría de los casos. En uno de los casos se detectó afectación medular a nivel cervical y lumbar además de la afectación parenquimatosa. La eosinofilia estaba presente en el 50% de los casos. Se obtuvo una serología positiva para *T. Solium* en el 83% de los casos. Todos los pacientes excepto uno recibieron tratamiento con alben-

dazol. El 83% recibió tratamiento antiepiléptico, y el 50% tratamiento corticoideo. Se realizó seguimiento de todos los pacientes, observando mejoría clínica y en las pruebas de imagen en todos ellos excepto en uno atribuyéndose a incumplimiento del tratamiento, lo que motivo el reingreso del paciente.

**Discusión.** La cisticercosis es la infección por el estadio larvario de la tenia solium, se produce cuando el hombre se convierte de forma accidental en huésped intermediario. El parásito tiene predisposición por afectar al SNC produciendo la neurocisticercosis. Es una patología neurológica común en América latina, África y Asia. La crisis convulsiva es la manifestación clínica más frecuente de la NCC (50-80% según las series) y suelen ser crisis tónico-clónicas generalizadas, algunos pacientes presentan hipertensión intracraneal cuya causa más frecuente es la hidrocefalia. Al diagnóstico se llega correlacionando la clínica con los hallazgos de las técnicas de neuroimagen e inmunológicas. En cuanto al tratamiento se ha demostrado que el albendazol es superior al praziquantel, ya que destruye el 75-90% de los cisticercos parenquimatosos, mejora el curso clínico de la enfermedad y su coste es menor. Los corticoides son fármacos frecuentemente utilizados en el tratamiento del edema cerebral.

**Conclusiones.** La neurocisticercosis es la enfermedad parasitaria más frecuente del Sistema Nervioso Central La inmigración de individuos procedentes de áreas endémicas, ha condicionado un aumento en la frecuencia de esta patología en países desarrollados La Neurocisticercosis es una causa frecuente de crisis comiciales en inmigrantes procedentes de América latina En los pacientes que reciben tratamiento con Albendazol se objetiva una mejoría clínica y de los hallazgos en los estudios de neuroimagen.

#### A-142 TUBERCULOSIS DEL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL: UN GRAN DOLOR DE CABEZA

**C. Soto Abánades<sup>1</sup>, I. Pérez Valero<sup>1</sup>, J. Ríos Blanco<sup>1</sup>, B. Barquiel Alcalá<sup>2</sup>, G. Ruiz Ares<sup>3</sup>, L. Adán Merino<sup>4</sup>, A. Gil Aguado<sup>1</sup> y J. Vázquez Rodríguez<sup>1</sup>**

<sup>1</sup>Medicina Interna, <sup>2</sup>Endocrinología, <sup>3</sup>Neurología, <sup>4</sup>Digestivo. La Paz, Madrid.

**Objetivos.** Evaluar los datos epidemiológicos de la tuberculosis (TB) del sistema nervioso central (SNC) en el Hospital La Paz durante el periodo 2000-2006. Describir las principales manifestaciones clínicas, analíticas y radiológicas de esta entidad. Valorar los tratamientos indicados, las resistencias encontradas y la evolución de los cuadros clínicos.

**Material y métodos.** Se analizaron los datos de 528 pacientes con diagnóstico microbiológico probado de TB durante el periodo 2000-2006. De ellos se seleccionaron 7 pacientes que presentaron un cultivo de líquido cefalorraquídeo (LCR) positivo para TB. El análisis de estos casos fue realizado a partir de la historia clínica, las pruebas de laboratorio y las pruebas de imagen, valorándose fundamentalmente los siguientes aspectos: epidemiología, VIH, clínica de debut, recuento del LCR, alteraciones en las pruebas de imagen, tratamiento, resistencias y evolución.

**Resultados.** De los 7 pacientes estudiados, 4 fueron varones (57%) y 3 mujeres. La edad al diagnóstico osciló entre los 7 meses y los 48 años de edad. El 57% de los pacientes fueron inmigrantes (un camerunés, una peruana, un boliviano y una polaca). 2 casos fueron diagnosticados en el año 2000, 1 en 2002, 1 en 2004 y 3 en 2005. 2 de los pacientes fueron VIH + con una carga viral al diagnóstico entre 48.000 y 240.000 copias/ml. La forma de presentación en la mayoría de los casos fue subaguda e incluyó cefalea, fiebre y vómitos en todos los casos. 2 pacientes presentaron además, al diagnóstico, crisis tónico-clónicas y 3, déficits neurológicos (parálisis del III par y midriasis, hemiparesia y parálisis facial contralateral y paraparesia de miembros inferiores). La presencia de signos meníngeos fue dudosa en 5 y clara en 2 de ellos. Los LCR obtenidos presentaron hipoglucorraquia (20-35 mg/dl), proteínas elevadas (63-1.028 mg/dl) y leucocitosis con monocitosis (70-90%) en todos los casos. 4 de los 7 pacientes presentaron hematies en LCR. Las pruebas de imagen realizadas mostraron hidrocefalia en 4 de los 7 pacientes. 2 de los pacientes mostraron un TC craneal normal al diagnóstico y 4 presentaron lesiones subcorticales, con distintas localizaciones. Los 2 pacientes con un TC normal mostraron alteraciones en la RMN. La radiografía de tórax fue normal en 3 pacientes, 2 tenían datos de



TBC antigua y 2 infiltrados pulmonares. El tratamiento instaurado en todos los casos incluyó rifampicina 600 mg e isoniazida 300 mg durante 9 meses y pirazinamida 2 g durante los 2 primeros meses. 2 pacientes incluyeron también etambutol o estreptomina. En todos los pacientes, independientemente de la existencia o no de afectación en las pruebas de imagen se decidió instaurar tratamiento con dexametasona. La comorbilidad del cuadro fue muy elevada a pesar del tratamiento instaurado. 1 paciente falleció por encefalitis e hipertensión intracraneal, 2 presentaron focalidad motora, 1 presentó un retraso psicomotor severo con tetraparesia. Los otros 3 pacientes evolucionaron sin secuelas. No se evidenciaron resistencias a los tuberculostáticos de primera línea.

**Discusión.** La afectación tuberculosa del SNC es una importante entidad que está adquiriendo una gran relevancia con la inmigración. Siempre debe sospecharse ante una clínica de cefalea, vómitos y fiebre que se asocie a una alteración neurológica, independientemente de los signos meníngeos. La alta incidencia de hidrocefalia y la buena respuesta a corticoides, obligan a su empleo como coadyuvante. El inicio de tratamiento precoz disminuye la morbilidad y mejora el pronóstico.

**Conclusiones.** 1) La tuberculosis del SNC es una entidad emergente en nuestro medio debido al aumento de la inmigración y de la prevalencia de VIH. 2) Las pruebas de imagen empleadas de rutina pueden presentar falsos negativos por lo que ante una alta sospecha clínica debe indicarse la realización de un RMN. 3) Siempre debe sospecharse un TB del SNC ante cualquier cuadro de vómitos, fiebre y cefalea que asocie un déficit neurológico.

#### A-143

##### ANÁLISIS DESCRIPTIVO DE 26 CASOS DE ENDOCARDITIS INFECCIOSA

**E. Sánchez Ballester, P. Sorní Moreno, S. Escrivá Cerrado, R. Oropesa Juanes, R. Benítez Bermejo, R. Sanz Vila, J. Ballester Belda y A. Herrera Ballester**

Medicina Interna. Hospital General Universitario, Valencia.

**Objetivos.** Describir las características epidemiológicas, clínicas, diagnósticas y terapéuticas de una serie de 26 casos de endocarditis infecciosa.

**Material y métodos.** Revisión retrospectiva de los pacientes diagnosticados de endocarditis infecciosa entre enero 2003 y diciembre 2005 en el servicio de Medicina Interna y en el de Enfermedades Infecciosas del Hospital General Universitario de Valencia.

**Resultados.** Se diagnosticaron 26 episodios en 24 pacientes (una recidiva y una reinfección), 8 eran mujeres (34,7%) y 16 hombres (65,2%). Incidencia media 8,6 casos/año. Edad media 53,46 ± 19,5. Encontramos factores predisponentes en 21 de ellos (87,5%): 15 cardiopatía estructural (57,6%), 11 eran ADVP (45,8%), 5 VIH (20,8%) y 5 con endocarditis previa. Válvula afectada: 20 sobre nativa (76,9%) 9 de ellos sobre tricúspide, 6 sobre mitral y 5 sobre aórtica; 4 sobre válvula protésica (11,5%), 2 sobre mitral y dos sobre aórtica y 2 sobre cable de marcapasos (7,6%). Gérmenes causantes: *S. aureus* en 10 (38,4%), *S. viridans* en 5 (19,2%), 2 *S. agalactiae* y 2 *C. tropicalis* y casos aislados de *S. pneumoniae*, *S. pyogenes*, *S. epidermidis*, *E. faecalis* y un streptococo no filiado. Dos estériles. Dentro de las protésicas 2 eran por *C. tropicales* (recidiva), una por *S. viridans* y otra por *S. epidermidis* (nosocomial). En los dos casos con afectación de cable de marcapasos el germen aislado fue *S. aureus*. De los 11 pacientes ADVP la válvula tricúspide estaba afectada en 7 y el germen más frecuente fue *S. aureus*, en 3 de ellos. De los *S. aureus* aislados todos eran meticilin sensibles, y sensibles a rifampicina, gentamicina y cefazolina, el 83,3% también lo eran a ciprofloxacino, clindamicina, cotrimoxazol, eritromicina y vancomicina. Los *S. viridans* dos resultaron sensibles a penicilina y vancomicina, el 80% también lo eran a cefotaxima. Clínica: En 25 fiebre (96,1%), soplo en 16 (61,5%), artromialgias en 6 (23%), tos y expectoración en 6, disminución del nivel de consciencia en 5 (19,2%) y síndrome constitucional en 4 (15,3%). Diagnóstico: 61,5% cumplían los dos criterios mayores de Dukes y el 38,46% restante un criterio mayor y 3 menores. Se realizó ecografía transtorácica en 24 de los episodios, 12 de ellos precisaron una ecografía transesofágica para completar estudio. En 20 (83,3%) se observó vegetación, entre 1 y 5 mm de tamaño y en 4 (20%) de ellos más de una, en 2 (8,3%) engrosamiento valvular, en una (4,1%) un absceso valvular y hubo una

sin hallazgos patológicos. Complicaciones: 8 anemia (30,7%), 7 embolismos pulmonares sépticos (26,9%), 4 insuficiencia cardíaca (15,3%), 2 fibrilación auricular (7,6%), y casos aislados de: accidente cerebrovascular isquémico, fistula aórtico-ventricular y piomiositis. Tratamiento: 16 (61,5%) casos precisaron cambio de antibioterapia empírica tras los hallazgos de las pruebas complementarias y/o el antibiograma, en 10 (38,4%) se mantuvo la misma pauta y 4 requirieron cirugía valvular 4 (16%). Los 2 casos de endocarditis sobre cable de marcapasos se remitieron al alta al servicio de cardiología. Mortalidad: un caso (3,8%).

**Conclusiones.** La endocarditis infecciosa afecta más a varones, con una edad media de 53 años. En nuestra serie el factor predisponente más importante fue la cardiopatía estructural, seguido de la ADVP. La válvula más frecuentemente afectada es la tricúspide nativa y el germen el *S. aureus*. La clínica de presentación mayoritaria fue la fiebre y el soplo cardíaco. Ninguna cumplía los 5 criterios menores de Dukes. La ecocardiografía fue diagnóstica en el 80,7%. Las complicaciones que predominaron fue la anemia y los embolismos pulmonares. Se resolvieron con antibioterapia el 80,7%, precisaron cirugía valvular el 16%.

#### A-144

##### PRONÓSTICO DE LA SEPSIS EN RELACIÓN CON EL PROYECTO PIRO

**A. Pérez Ramírez, F. Santolaria Fernández, A. Martínez Riera, M. Suárez Santamaría, E. González Reimers, R. Alemán Valls, M. Rodríguez Gaspar y D. García Rosado**

Medicina Interna. HUC La Laguna. La Laguna, Santa Cruz de Tenerife.

**Objetivos.** Analizar la mortalidad de la sepsis en relación con los integrantes del proyecto PIRO. Se trata de un sistema de estratificación de la gravedad de la sepsis teniendo en cuenta la Predisposición, el tipo y extensión de Infección, la Reacción del organismo ante la infección y la presencia de disfunción de Órganos.

**Material y métodos.** Hemos estudiado a 256 pacientes (edad media de 62,7 ± 1,1; 108 mujeres y 148 varones) hospitalizados en el SMI del HUC, y diagnosticados de sepsis por dos o más criterios de SIRS junto a evidencia de infección.

**Resultados.** Fallecieron durante el ingreso 53 (21%) pacientes; 19 (11,5%) en la primera semana. Predisposición: fallecieron más los pacientes con sepsis nosocomial, (incluyendo las posquirúrgicas), neoplasias, tratamiento inmunosupresor (corticoides), y cirrosis hepática. Los pacientes que fallecían estaban peor nutridos, con menor fuerza (dinamometría), disminución del IGF-1, de los linfocitos CD4 y CD8 y de la IgG. Infección: el origen más frecuente de la sepsis fue el pulmonar: 145 casos con una mortalidad del 23,4%, seguido del urinario: 35 casos, 11,4% de mortalidad, cutánea 17, 0% de mortalidad, y abdominal 16, 4,7% de mortalidad. No encontramos diferencias en la mortalidad en relación con la positividad o no de los hemocultivos. Reacción: Los pacientes que fallecieron tenían menos fiebre, más taquipnea, y descenso de las fracciones C3 y C4 del complemento. Las concentraciones de albúmina, prealbúmina y transferrina eran más bajas, mientras que las de ferritina y alfa1antitripsina estaban aumentadas. No encontramos diferencias significativas respecto a la PCR. Disfunción de órganos: Los pacientes que fallecían tenían alteración de conciencia (disminución del Glasgow), disminución del índice PaO<sub>2</sub>/FiO<sub>2</sub>, disminución de la PA con peor perfusión periférica (enlentecimiento capilar, oliguria, descenso del pH con aumento del ácido láctico), mayor frecuencia de íleo, elevación de ASAT, ALAT, LDH, bilirrubina, y disminución de la protrombina y de las plaquetas. Los que fallecieron tenían al ingreso un SOFA (score de disfunción de órganos) de 8 frente a 4,4 puntos en los que sobrevivieron. Los pacientes con sepsis tuvieron una mortalidad del 8,2%, con sepsis grave del 13,3%, con shock séptico del 32,4% y con fallo multiórgano la mortalidad fue del 59,1%. Mediante análisis de regresión logística observamos que el SOFA se relaciona con la mortalidad mejor que la gravedad de la sepsis (sepsis grave, shock séptico y fallo multiórgano).

**Conclusiones.** El pronóstico de la sepsis es multifactorial. El origen nosocomial, el tratamiento esteroideo, la desnutrición, la ausencia de fiebre, la disminución de la conciencia y las alteraciones hemodinámicas son datos de mal pronóstico. Todos los apartados del PIRO:

predisposición, infección, respuesta y disfunción de órganos se relacionan con el pronóstico.

#### A-146

##### MIOCARDITIS POR FIEBRE Q

**A. Prieto Vicente, S. Suárez Ortega, A. Conde Martel, P. Melado Sánchez, F. Alcázar Ortega y P. Betancor León**

Medicina Interna. Dr. Negrín. Las Palmas de GC, Las Palmas.

**Objetivos.** Aunque la fiebre Q es ubicua, Canarias parece estar entre las zonas de mayor incidencia. El objetivo de esta comunicación es presentar los casos de miocarditis asociados a Fiebre Q aguda detectados en nuestro hospital.

**Material y métodos.** En el curso de 6 años han sido diagnosticados en nuestro hospital 98 casos de Fiebre Q aguda. En todos los casos se practicaron cultivos y una batería serológica de fiebre prolongada, que incluye rickettsias, demostrándose serología positiva para Fiebre Q aguda.

**Resultados.** Los 2 casos eran varones, en la quinta década de la vida. Uno de ellos era diabético y otro afecto de infección VIH con 200 CD4/mcl. La clínica dominante en ambos fue la insuficiencia cardíaca, asociada a cardiomegalia y función ventricular (FV) deprimida, demostrada por ecocardiograma. En ambos coexistía la miocarditis con fiebre, cefalea, sudoración y cuadro constitucional. No hubo erupción cutánea. En el primer caso no se demostró otra semiología, y en el segundo se objetivó además criterios de hepatitis, encefalitis y neumonitis. En el primer caso, 3 años después, su función ventricular ha mejorado aceptablemente (cambio de fracción de eyección del 45 al 54%). El otro caso permanece con datos clínicos y serológicos de fiebre Q aguda.

**Discusión.** La miocarditis de etiología infecciosa es infrecuente, pero su incidencia exacta no se conoce. La mayoría de los casos de miocarditis son idiopáticos, si bien se atribuyen a una infección viral que generalmente no puede ser demostrada. El diagnóstico de fiebre Q aguda se suele realizar mediante serología, bien a través de la demostración de seroconversión, o bien, como en nuestros casos, por la demostración de anticuerpos frente antígenos de fase II de *C. burnetii* a títulos IgG mayor o igual a 1: 200 y/o IgM superior o igual a 1: 50 en una muestra única, y que sean superiores a los anticuerpos frente a los antígenos de fase I. La serología de fiebre Q es específica y no presenta reacciones cruzadas con otras rickettsias. Los valores alargados del APTT (tiempo parcial de tromboplastina activada) y la presencia de anticuerpos anticardiolipina podrían servir de ayuda cuando la primera serología es negativa por retraso en la seroconversión, o si existe suero anticomplementémico. El factor epidemiológico asimismo puede ayudar a orientar el diagnóstico. La mayoría de casos de Fiebre Q encontrados en nuestro hospital están relacionados con áreas rurales, azotadas por los alisios.

**Conclusiones.** 1) La fiebre Q es una zoonosis ubicua, con alta incidencia en Canarias. 2) El diagnóstico lo confirma la serología, teniendo en cuenta que el suero anticomplementémico o el retraso en la seroconversión es frecuente. 3) La presentación de la Fiebre Q aguda como miocarditis es rara en las publicaciones analizadas; en nuestro caso representa el 2 por ciento. 4) La posibilidad de mejora de la función ventricular tras la miocarditis por fiebre Q aconseja descartar la misma en presencia de miocardiopatía congestiva.

#### A-147

##### INCIDENCIA ACTUAL DE NEUMONÍA EXTRAHOSPITALARIA POR *LEGIONELLA PNEUMOPHILA* EN UN HOSPITAL DEL SUR DE GALICIA

**C. Fernández Méndez<sup>1</sup>, M. Pérez de Lis Novo<sup>1</sup>, M. Lado Castro-Rial<sup>1</sup>, A. Baz Lomba<sup>1</sup>, M. Martínez López<sup>1</sup>, E. Corral Fernández<sup>1</sup>, R. Pérez Álvarez<sup>1</sup> y F. Vasallo Vidal<sup>2</sup>**

<sup>1</sup>Medicina Interna, <sup>2</sup>Microbiología. Hospital do Meixoeiro. Complejo Hospitalario Universitario d. Vigo, Pontevedra.

**Objetivos.** La neumonía por *Legionella pneumophila* supone en la actualidad la cuarta causa de Neumonía extrahospitalaria tras *S. pneumoniae*, *H. influenzae* y *C. pneumoniae*. Se estima que el 3-15% de las neumonías comunitarias se deben a este agente etiológico. Realizamos un estudio retrospectivo con el fin de

conocer la incidencia de esta entidad nosológica en nuestra comunidad en los últimos 4 años (mayo, 2002-mayo, 2006).

**Material y métodos.** Durante el periodo analizado se registraron 11 casos positivos para antígeno de *Legionella* en orina. Se analiza de forma retrospectiva las características de estos pacientes.

**Resultados.** Se diagnosticaron 11 nuevos casos de Neumonía extrahospitalaria por *Legionella pneumophila* en el periodo a estudio, de ellos 5 fueron diagnosticados en el servicio de Medicina Interna, 4 en el servicio de Pneumología, 1 caso en Geriátrica y por último 1 caso en la Unidad de Cuidados Intensivos. En el análisis por sexos, 7 de los 11 casos fueron diagnosticados en varones; la franja de edad se estableció entre 41-83 años, siendo el 58% de los pacientes menores de 70 años. Como factores de riesgo el 57% presentaban hábito tabáquico activo o eran exfumadores, el 42% presentaban una neumopatía crónica de base, mayoritariamente EPOC y el 57% presentaron algún tipo de inmunosupresión. Entre las manifestaciones clínicas evaluamos semiología respiratoria y gastrointestinal y el 85% presentaron tos escasamente productiva, el 42% disnea, el 100% fiebre y el 57% algún trastorno gastrointestinal incluyendo dolor abdominal, náuseas o vómitos y diarrea acuosa. En la radiografía simple de tórax, el 85% presentaron algún tipo de alteración observándose en el momento del diagnóstico fundamentalmente infiltrados pulmonares. De estos únicamente un 14% presentaron derrame pleural concomitante. En el 15% de los pacientes no se objetivó alteración radiológica alguna. El tratamiento antibiótico se realizó en la totalidad de los casos con quinolonas en monoterapia, en concreto levofloxacino. La evolución fue favorable en todos los casos con una única excepción que precisó ingreso en la Unidad de Cuidados Intensivos.

**Discusión.** En múltiples estudios se ha observado que *Legionella pneumophila* figura entre las cuatro causas más frecuentes de neumonía de adquisición comunitaria en el adulto siendo responsable de 3 a 15% de los casos. Nuestro estudio refleja que la incidencia en nuestra comunidad es menor suponiendo aproximadamente un 1% de los casos de Neumonía extrahospitalaria. El porcentaje de casos diagnosticados en el servicio de Medicina Interna supone un 45% del total de los diagnosticados en nuestro hospital en el periodo a estudio. La incidencia es mayor en varones, la edad media de los pacientes fue 62 años, la mayoría de ellos presentaban algún factor de riesgo para la adquisición de la enfermedad. Clínicamente la presentación de esta entidad en nuestra comunidad no difiere significativamente del modo de presentación referido en otras series, siendo las manifestaciones iniciales más frecuentes: fiebre elevada, tos no productiva, disnea y trastornos gastrointestinales. Las manifestaciones clínicas, radiología de tórax y detección del antígeno soluble de *Legionella* en orina permiten el diagnóstico definitivo. La evolución, tras tratamiento antibiótico apropiado y precoz fue favorable siendo la tasa de mortalidad nula en nuestra serie.

**Conclusiones.** La incidencia de Neumonía extrahospitalaria por *Legionella pneumophila* en nuestra comunidad es muy baja oscilando alrededor del 1%. A pesar de esta baja incidencia ni los factores predisponentes (tabaquismo y EPOC) ni las manifestaciones clínicas difieren de las de otras series. Tras el diagnóstico precoz y tratamiento adecuado la evolución fue favorable en el 90% de los casos, presentando complicaciones un único paciente con recuperación posterior completa. No falleció ningún paciente. No se observó en nuestra serie ningún caso de adquisición nosocomial.

#### A-148

##### ABSCESOS AMEBIANOS AUTÓCTONOS

**R. Martínez Álvarez<sup>1</sup>, I. Martín Algora<sup>1</sup>, J. Ferrando<sup>1</sup>, L. Sáez<sup>2</sup>, C. Aspiroz<sup>2</sup> y J. Soriano<sup>3</sup>**

<sup>1</sup>Medicina Interna, <sup>2</sup>Microbiología, <sup>3</sup>Radiología. Royo Villanova, Zaragoza.

**Objetivos.** Comunicar la existencia de abscesos amebianos en pacientes sin antecedentes epidemiológicos de procedencia de áreas endémicas.

**Material y métodos.** Se revisan las historias de pacientes con abscesos amebianos sin antecedentes epidemiológicos de interés desde el 2003 en nuestro centro.

**Resultados.** Caso 1: varón español de 34 años sin antecedentes de viajes al extranjero, ni antecedentes patológicos de interés. Ingresó por fiebre de una semana de evolución con dolor escapular y en

hombro derecho en los últimos días. Exploración: Tª 39,5 °C, TA 100/60, frecuencia cardíaca 100 lpm. Auscultación cardiopulmonar normal. Hepatomegalia de dos traveses no dolorosa. Pruebas complementarias: Analítica sanguínea con 22.800 leucocitos con 12% cayados, Hb 12,6, plaquetas 219.000. FA 1001 U/L, GGT 131 U/L, GOT, GPT, CK, LDH creatinina, glucosa e iones normales. VSG 71. Radiología de tórax: elevación de hemidiafragma derecho. Ecografía abdominal: masa de apariencia sólida de 120 mm en LHD. TAC: lesión hipodensa de 135 mm en LHD sugestivo de absceso. Hemocultivos, urocultivo, coprocultivos, e investigación de parásitos en heces negativos. Cultivo de material del absceso negativo. Serología para *E. histolytica* 1/800, investigación de antígeno de *E. histolytica* en heces y en material de drenaje hepático positiva. Evolución: se realizó drenaje mediante TAC y tratamiento con metronidazol y paramonocina. Seis meses más tarde el paciente está asintomático con una lesión residual de 36 mm. Caso 2: varón español de 57 años sin antecedentes patológicos ni epidemiológicos de interés. Ingresa por fiebre de 39 °C de tres días de evolución con dolor abdominal y nauseas. En la exploración destaca dolor a la palpación en hemiabdomen derecho. Pruebas complementarias: Analítica: leucocitos 15.300 con neutrofilia y elevación discreta de GGT 872 U/L, resto normal. Ecografía abdominal: lesión de 7 cm en segmento VI heterogénea de contornos irregulares. TAC abdominal: lesión hepática irregular de 7 cm. Hemocultivos, urocultivos, coprocultivos, cultivo de material del absceso e investigación de parásitos en heces negativos. Serología de *Entamoeba histolytica* positiva 1/650. Detección de antígeno en material de drenaje del absceso positiva. Evolución: se realizó drenaje con control radiológico y se administró metronidazol y paramonocina con buena evolución. Una ecografía cuatro meses más tarde es normal.

**Discusión.** En países en vías de desarrollo la amebosis es endémica. En España se describen en inmigrantes y viajeros, pero casos sin antecedentes epidemiológicos y estudios serológicos hacen pensar en su posible existencia como enfermedad autóctona. En España se han descrito hasta el momento 10 casos.

**Conclusiones.** Hay que incluir el origen amebiano en el diagnóstico diferencial de los abscesos hepáticos en los pacientes sin antecedentes epidemiológicos de provenir de áreas endémicas. La determinación del antígeno es una técnica útil en el diagnóstico. Sería interesante plantear estudio que aclaren la epidemiología de esta enfermedad en nuestro medio.

#### A-149

### VALOR PRONÓSTICO DEL STREM-1 (RECEPTOR GATILLO SOLUBLE, EXPRESADO EN LAS CÉLULAS MIELOIDES TIPO 1) EN LA MORTALIDAD A CORTO Y LARGO PLAZO DE LA NEUMONÍA ADQUIRIDA EN LA COMUNIDAD (NAC)

A. Tejera Concepción<sup>1</sup>, S. Francisco<sup>1</sup>, A. María Remedios<sup>2</sup>, G. Emilio<sup>1</sup>, D. María Luisa<sup>3</sup>, D. María del Carmen<sup>1</sup>, L. Ana María<sup>2</sup> y R. Eva María<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Medicina Interna, <sup>2</sup>Servicio de Infecciones, <sup>3</sup>Laboratorio Central. Universitario de Canarias. La Laguna, Santa Cruz de Tenerife.

**Objetivos.** El TREM-1 es un receptor de membrana de los neutrófilos y de los monocitos que, cuando es activado por bacterias u hongos, desencadena y amplifica el proceso inflamatorio. Puede separarse de la membrana dando lugar a la forma soluble sTREM-1. El objetivo de este estudio es determinar la relación entre el sTREM-1 y la mortalidad a corto y largo plazo (4 años) de la NAC.

**Material y métodos.** Estudio con 226 pacientes con NAC, con edades entre 25 y 95 años, ingresados en el Servicio de Medicina Interna. Se determinó el PSI o índice de Fine y el CURB-65 como índices pronósticos de la NAC, además de un estudio de reactivantes de fase aguda, que incluye citocinas y sTREM-1.

**Resultados.** Los pacientes con bacteriemia tienen un mayor aumento de los mediadores de la respuesta inflamatoria: LBP, sCD14, TNF, IL-6, IL-10, y IL-1ra, pero no del sTREM-1. Tanto las citocinas proinflamatorias, las antiinflamatorias, la LBP, la proteína C reactiva y el recuento de neutrófilos, se relacionaron con el sTREM-1. La relación entre el aumento del sTREM-1 y la mortalidad es estrecha. Los pacientes con sTREM-1 mayor de 50 picogramos/ml, fallecen en el 28,1% frente al 7,1% en caso contrario. Destaca el área bajo la

curva ROC (0.740), tan sólo superada por la de los índices combinados CURB-65 (0.784) y PSI (0.752). El valor pronóstico del sTREM-1 fue independiente de la edad, de los índices de gravedad de la neumonía como el CURB-65 y el PSI, de la gravedad de la sepsis, del estado de nutrición incluyendo el IGF-1 y de los otros mediadores de la inflamación (IL-6). El aumento del sTREM-1, se relacionó con una mayor mortalidad a largo plazo, pero en el análisis multivariante (regresión de Cox), es desplazado por la edad, la comorbilidad y el estado de nutrición. Esto puede significar que algunas de las comorbilidades, se asocian a procesos inflamatorios-infecciosos que también pueden influir en la mortalidad.

**Conclusiones.** Nuestro estudio confirma la utilidad del sTREM-1 para el diagnóstico y pronóstico de la sepsis en enfermos con neumonía. El aumento del sTREM-1 en el momento del diagnóstico de la NAC es un signo de mal pronóstico, relacionado con una mayor mortalidad a corto plazo. Al ser el sTREM-1 independiente de los otros factores bien conocidos le puede dar un especial valor en el pronóstico de los enfermos con sepsis por NAC.

#### A-150

### CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS Y EPIDEMIOLÓGICAS DE LA TUBERCULOSIS EN LA FUNDACIÓN HOSPITAL ALCORCÓN

L. Moreno<sup>1</sup>, J. Valverde<sup>2</sup>, A. Espinosa<sup>1</sup>, A. Delgado-Iribarren<sup>2</sup>, J. Losa<sup>1</sup>, M. Velasco<sup>1</sup>, D. Martín<sup>2</sup> y V. Castilla<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Medicina Interna, <sup>2</sup>Microbiología. Fundación Hospital Alcorcón. Alcorcón, Madrid.

**Objetivos.** La tuberculosis (TBC) continúa siendo un importante problema de salud pública. Un mayor conocimiento de aspectos clínico-epidemiológicos y microbiológicos contribuirá al desarrollo de programas sanitarios dirigidos a un mejor control de la enfermedad. **Objetivos:** conocer las características clínicas y epidemiológicas de la TBC en un hospital de la corona metropolitana de Madrid.

**Material y métodos.** Estudio descriptivo y retrospectivo de los casos de tuberculosis diagnosticados en el área 8 de Madrid entre enero de 2001 y diciembre de 2005.

**Resultados.** 167 pacientes fueron diagnosticados de TBC, en la mayoría (92%) este diagnóstico fue de certeza (cultivo positivo). La incidencia estimada ha pasado de 20 casos/100.000 habitantes en el año 2001 a 14 casos/100.000 en el 2005. El 65% eran varones con una edad media de 42 años, siendo la mayoría (52%) atendidos en el servicio de Medicina Interna. El 35% de los pacientes diagnosticados de TBC eran inmigrantes siendo el continente más representado el africano (58%) y el país de donde procedían la mayoría de estos Marrocos (73%). Estos pacientes eran más jóvenes que los nacidos en España, (media de 32 vs 47, p < 0,05) y llevaban una media de 3 años en España antes de ser diagnosticados de TBC. Al margen de la inmigración, el factor de riesgo que con mayor frecuencia se objetivó fue la infección por el virus de la inmunodeficiencia humana (10%) y la patología pulmonar crónica (13%). Diez pacientes (6%) estaban institucionalizados en el momento de ser diagnosticados de TBC (seis provenían de prisión y cuatro de residencia). La localización más frecuente fue la pulmonar (70%) seguida de la ganglionar (11%) y la diseminada (14%). El 59% de los pacientes tenían al diagnóstico baciloscopia positiva, de estas la mayoría eran en esputo (62%). En 126 pacientes (75%) tenemos disponibles el antibiograma, siendo el 94% polisensibles a los fármacos de primera línea, 6% de los aislamientos presentaban resistencia primaria, siendo cepas multiresistentes el 1,6% (correspondientes a dos pacientes inmigrantes). La pauta de tratamiento más frecuentemente utilizada fue la convencional con tres fármacos en la fase de inducción y dos los cuatro meses restantes. La mayoría de los pacientes (80%) se han curado desde el punto de vista clínico y microbiológico, dos pacientes (1%) han recidivado por incumplimiento terapéutico y 9 (5%) han fallecido aunque sólo la mitad de ellos en relación con el diagnóstico de TBC. Un 20% de los pacientes han perdido el seguimiento.

**Discusión.** Observamos una disminución de la incidencia anual de TBC, presentándose en general en pacientes jóvenes con escasos factores de riesgo relacionados con el desarrollo de esta enfermedad. Más de un tercio de los casos se presenta entre población inmigrante. Objetivamos un porcentaje elevado de resistencia primaria a isoniazida (6%).

**A-151****ZOONOSIS EN SALAMANCA. ESTUDIO DE PREVALENCIA**  
**M. Belhassen García, L. Fuentes Pardo, J. Pardo Lledias,**  
**A. López Bernús, M. Hidalgo, A. Carpio Pérez,**  
**A. Iglesias Gómez y S. Martín***Medicina Interna III. Universitario, Salamanca.*

**Objetivos.** Observar si el número de las zoonosis más representativas declaradas en el BES y BECYL respecto a los obtenidos mediante BAC en el Hospital Clínico-Universitario de Salamanca entre los años 1998-2004 son similares. Valorar cual realiza una estimación más real de la situación epidemiológica.

**Material y métodos.** Se seleccionaron para la realización de un estudio retrospectivo todos los pacientes ingresados en el Hospital Universitario de Salamanca desde enero de 1998 hasta diciembre de 2004 cuya codificación según la CIE-9 para brucelosis, FBM, carbunco cutáneo, Leishmaniosis y Rabia. Se obtuvieron datos epidemiológicos y clínicos de los registros informáticos y de las historias clínicas de los pacientes ingresados. Se comparan los datos de BES y BECYL con los obtenidos realizando una búsqueda activa de casos a través del Servicio de Documentación Médica del Hospital Clínico-Universitario de Salamanca en los años 1998-2004.

**Resultados.** Desde 1998 hasta el 2004 con la estrategia de búsqueda activa informatizada se detectaron una media de casos de FBM y de carbunco de 17,2 y 3,7 casos por año, frente a 9,7 y 0,28 declarados con el sistema EDO. Para el caso de la brucelosis los resultados son opuestos, declarándose más casos en el BES respecto a los hallados mediante BAC (19 vs 7,4), siendo estos datos constantes durante el periodo estudiado. En el caso de la leishmaniosis y rabia dado el escaso número de casos encontrados no se pueden extraer conclusiones.

**Discusión.** En un reciente trabajo demostramos, mediante un sistema de búsqueda activa de casos informatizados (BACI), una incidencia de nuevos casos de hidatidosis en la población de la provincia de Salamanca mayor de 10,8 x100.000, lo que doblaba la estimada por el sistema de declaración del boletín epidemiológico de Castilla y León (BECYL) y el boletín epidemiológico Salamanca (BES) (Pardo J. Enferm Infecc Microbiol Clin 2005). Estos resultados nos confirman que se trata de una buena herramienta para el control epidemiológico de esta zoonosis. Nos propusimos realizar este nuevo trabajo para confirmar la utilidad de esta misma herramienta en la valoración epidemiológica de otras zoonosis de interés: brucelosis, fiebre botonosa mediterránea (FBM), carbunco cutáneo, leishmaniosis y rabia. Tras el estudio realizado tenemos que destacar la diferencia a favor de los resultados obtenidos mediante BAC respecto a los obtenidos mediante BES en todas las zoonosis y de manera mantenida durante los años 1998-2004, con excepción de la Brucelosis. Como consecuencia tenemos que confirmar la consecuente infradeclaración en el periodo estudiado.

**Conclusiones.** Los sistemas de declaración obligatoria (BES y BECYL) infravaloran notablemente la realidad de las zoonosis con mayor interés clínico a excepción de la brucelosis.

**A-152****ABSCEOS HEPÁTICOS EN UN SERVICIO DE MEDICINA INTERNA DE UN HOSPITAL TERCIARIO****C. García Fabra, R. Sanz Vila, E. Sánchez Ballester,**  
**P. Sorní Moreno, R. Oropesa Juanes**  
**y A. Herrera Ballester***Medicina Interna. Hospital General Universitario, Valencia.*

**Objetivos.** Los abscesos hepáticos son una enfermedad poco prevalente en nuestro medio, pero con unas tasas de morbi-mortalidad elevadas. Nuestro objetivo con esta revisión es conocer la situación actual de esta patología en un servicio de Medicina Interna de un Hospital terciario.

**Material y métodos.** Realizamos un estudio descriptivo retrospectivo mediante la revisión de las historias clínicas de los casos de abscesos hepáticos ingresados en nuestro servicio entre octubre 2002 y mayo 2006. Estudiamos las características microbiológicas, clínicas, métodos de diagnóstico y tratamiento.

**Resultados.** Durante el periodo comprendido entre octubre 2002 y mayo del 2006 encontramos 9 casos diagnosticados de abscesos hepáticos. De ellos 6 varones (66,7%) y 3 mujeres (33,3%). Mediana

de edad de 64 años (rango 33-80 años). Los síntomas más frecuentes fueron: fiebre en el 100% de los casos, dolor abdominal en el 66,7%, siendo menos frecuentes ictericia 11,1% y sd. constitucional en un 22,2%. Entre los antecedentes personales destaca: episodios de litiasis y manipulación de la vía biliar en un 44,4% de casos, antecedentes de diverticulitis en un 33,3% y pólipos de colon en 33,3%, apendicitis en 11,1%. De los 9 pacientes 2 eran diabéticos (22,2%), 2 con antecedentes de enolismo crónico (22,2%), 1 caso de insuficiencia renal crónica en hemodiálisis (11,1%) y 1 caso de hepatopatía por VHC (11,1%). Hubo aislamiento en los hemocultivos de 6 pacientes (66,7%), siendo los microorganismos aislados: *Klebsiella* spp en 3 hemocultivos (50%), *E. coli* en un caso (16,6%), *S. viridans* en un caso (16,6%) y *Serratia marcescens* en el (16,6%). Respecto a las técnicas de imagen 5 de los 9 pacientes precisaron ECO, TAC e IRM para el diagnóstico diferencial de LOE hepática, en dos TAC e IRM, en uno ECO e IRM y en otro sólo TAC. En 8 de los 9 se realizó biopsia hepática puesto que quedaba una incertidumbre diagnóstica razonable. El 100% fue tratado con antibioterapia de forma prolongada, inicialmente iv y posteriormente vía oral, siendo la terapia empírica más empleada Cefalosporinas de tercera generación solas o asociadas a anaerobicidas (Ceftriaxona +/- Metronidazol). No se realizó en ningún caso drenaje percutáneo. Sólo 1 paciente de nuestra serie fue éxitus (11,1%) y uno precisó traslado a UCI por shock séptico (11,1%).

**Discusión.** Al igual que lo descrito en series recientes, la media de edad de nuestros pacientes se sitúa en la sexta década de la vida, siendo la incidencia mayor en varones. Las manifestaciones clínicas más frecuentes son fiebre y dolor abdominal. El foco de origen más común suele ser el biliar y los microorganismos más frecuentemente aislados son los gramnegativos (en nuestra serie *Klebsiella* spp, al igual que en otras series revisadas). En nuestra revisión la mortalidad fue de 11%, a diferencia de otras que se encuentra entre 10-31%. En nuestra serie fue de elección la antibioterapia, sin realizarse en ningún caso drenaje percutáneo por ser abscesos múltiples y de pequeño tamaño.

**Conclusiones.** Los abscesos hepáticos son una entidad poco prevalente en nuestro medio que puede afectar a pacientes de todas las edades. La manipulación de la vía biliar supone un factor predisponente para el desarrollo de los mismos. Las nuevas técnicas de imagen contribuyen a un diagnóstico más precoz y preciso, lo que junto a la antibioterapia, ha contribuido a una disminución de la mortalidad.

**A-153****TUBERCULOSIS MILIAR. SERIE DE 14 PACIENTES****C. García Zubiri, M. Gil Navarro, R. García Madero,**  
**M. Agud Fernández, A. de Laiglesia Lorenzo,**  
**P. Tutor de Ureta, S. Mellor Pita y M. Yebra Bango***Medicina Interna. Puerta de Hierro, Madrid.*

**Objetivos.** La tuberculosis miliar se define como la diseminación linfohematógena de *M. tuberculosis*. Es una enfermedad rara pero potencialmente letal donde frecuentemente es necesaria la destreza del médico para no retrasar su diagnóstico y tratamiento. El objetivo de este estudio es analizar las características clínicas de los pacientes diagnosticados de tuberculosis miliar en el Hospital Universitario Puerta de Hierro en los últimos 15 años.

**Material y métodos.** Se consideró como criterios de inclusión en el estudio, aquellos pacientes con diagnóstico microbiológico mediante cultivo en medio Lowenstein o histológico, en al menos dos órganos afectados o bien aquellos pacientes con patrón miliar radiológico y que además tuvieran cultivo positivo en medio Lowenstein. Se hallaron un total de 50 pacientes en el Servicio de Documentación de nuestro centro de los que se excluyeron 33 con coinfección por VIH y otros 3 no VIH que no cumplieron los criterios de inclusión. El resultado fue un estudio observacional retrospectivo de 14 pacientes diagnosticados de tuberculosis miliar en el periodo de 1991 al 2006 analizando: edad, sexo, presentación clínica, hallazgos en las pruebas complementarias, rendimiento de pruebas microbiológicas e histológicas, tratamiento y pronóstico.

**Resultados.** El estudio incluyó a 8 varones (57,2%) y 6 mujeres (42,8%) con una media de edad de 67 años. El síntoma más común fue la fiebre en 9 pacientes (64,2%) seguido de astenia y pérdida de peso en 7 (50%). Por aparatos predominaron los síntomas respira-

torios, sobre todo tos y expectoración en 6 pacientes (42,85%) y crepitantes y roncus en la exploración en 8 (57,14%). Ningún paciente tuvo tubérculos coroideos en el fondo de ojo. Hubo alteración en alguna de las series celulares del hemograma en 9 pacientes (64,28%) con elevación de la VSG en tres cuartas partes de los pacientes en los que se solicitó, con hiponatremia en 8 pacientes (57,14%), hipertransaminasemia y alteración del sedimento urinario en 7 (50%) e hipoalbuminemia en 6 (42,85%). En la gasometría se objetivó hipoxemia en algo más de la mitad de los pacientes en los que se solicitó. Sólo hubo un tercio de los pacientes con prueba positiva para la tuberculina. Las pruebas radiológicas fueron patológicas en 12 pacientes (85,71%) con un patrón miliar en casi tres cuartas partes de ellos. El diagnóstico de pacientes con muestra se confirmó mediante cultivo de esputo en 6 pacientes (54,5%) y un tercio de aquellos en cultivo de orina. Para el BAL/BAS el rendimiento del cultivo osciló entre un 20% y un 40% y para biopsia de médula ósea un 20%. En un paciente se confirmó el diagnóstico mediante cultivo de LCR, en otro tras punción articular y un tercer paciente mediante PAAF de adenopatía. Las biopsias de médula ósea para confirmación histológica fueron positivas en tres cuartos de los pacientes y en la mitad de las biopsias transbronquiales. En uno se confirmó tras la biopsia hepática y en otro tras la biopsia de adenopatía. Más de la mitad de los pacientes se trataron con 3 drogas y un paciente falleció antes de instaurar el tratamiento.

**Discusión.** La presentación clínica fue semejante a las de otros estudios donde predominan los síntomas generales (66-96%) seguidos de síntomas respiratorios (18-78%) y auscultación pulmonar patológica (46-72%). No se observaron tubérculos coroideos (11,5-50%). Los hallazgos en las pruebas complementarias fueron similares a otros trabajos y la prueba de la tuberculina también tuvo poca sensibilidad (28-53%). El diagnóstico microbiológico se confirmó sobre todo mediante cultivo de esputo y orina con mayor eficiencia en la recogida de otras muestras cuando fueron accesibles (adenopatías, líquido articular) tanto para diagnóstico microbiológico como histológico. Hubo menor mortalidad que otras series (20-25%).

**Conclusiones.** La tuberculosis miliar se asocia sobre todo a pacientes con coinfección por VIH. En el resto de pacientes aparece con más frecuencia en edades medias de la vida y los síntomas de presentación son inespecíficos. La radiografía de tórax es una prueba rápida y sensible que apoya el diagnóstico. El cultivo de esputo es la prueba más sensible para la confirmación microbiológica en ausencia de otras muestras que cuando fueron accesibles demostraron gran eficiencia para el diagnóstico tanto microbiológico como histológico.

#### A-154 INCIDENCIA DE TUBERCULOSIS AUTÓCTONA EN EL HOSPITAL ERNEST LLUCH DE CALATAYUD

**A. Jimeno Sainz, L. Guerrero, E. Molina y E. Bejarano**  
Servicio de Medicina Interna. Hospital Ernest Lluch. Calatayud, Zaragoza.

**Objetivos.** 1) Determinar la incidencia de tuberculosis en la población autóctona de la comarca de Calatayud. 2) Valorar las características demográficas que estos pacientes con tuberculosis. 3) Detectar la incidencia de resistencias al tratamiento. 4) ver las posibles complicaciones y seguimiento al tratamiento.

**Material y métodos.** Se realizó un estudio retrospectivo de los pacientes autóctonos de la comarca de Calatayud, ingresados en el hospital Ernest Lluch de Calatayud con el diagnóstico de tuberculosis. El período de estudio fue de enero de 2005 a diciembre de 2005. Se les realizó una historia clínica, exploración física, Mantoux con 2 unidades de PPD RT 23, Bk de esputo y cultivo, radiografía de tórax y otras pruebas cuando así lo aconsejaba su historia clínica. **Resultados.** Se obtuvo un total de 7 casos de tuberculosis, 5 fueron pulmonares, un caso traqueal, y otro cerebral. En cuanto al sexo fue más frecuente en hombres (4/7). La edad media fue de 41 años. Los síntomas más frecuentes fueron tos (5/7), hemoptisis (3/7) y febrícula- fiebre (3/7). El Mantoux fue positivo en 5 de los 7 casos. La localización más frecuente fue en lóbulo superior izquierdo (3/7), siendo tan sólo un caso en lóbulo superior derecho, otro miliar, un caso traqueal y otro cerebral. El estudio del BK de esputo fue positivo (6/7) con cultivo positivo posteriormente. El tratamiento recibido

fue con rifampicina, isoniacida, pirazinamida (RHP) en 6 de los 7 pacientes, y el séptimo recibió también etambutol. El *Mycobacterium tuberculosis* fue sensible a RHP en 6 casos, siendo resistente a isoniacida en un caso. Existió un buen cumplimiento del tratamiento, y en sólo un caso presentó complicaciones (erupción cutánea).

**Discusión.** La incidencia de tuberculosis en la población autóctona que atiende el hospital de Calatayud, es baja y las resistencias a isoniacida representa el 14,2% de los casos. En todos los casos tuvieron una buena respuesta al tratamiento tuberculostático y las complicaciones fueron mínimas. Los dos casos de tuberculosis extrapulmonares (traqueal y cerebral) fueron diagnosticadas por fibrobroncoscopia y biopsia ótica y TAC cerebral siendo previamente el resto del estudio negativo para tuberculosis. Un caso el diagnóstico se estableció por la presencia del BK negativo pero en el cultivo creció posteriormente. Existe una clara predisposición de tuberculosis al sexo masculino en nuestra población.

**Conclusiones.** 1) En nuestra comarca, la población autóctona tiene una incidencia baja de tuberculosis pulmonar. 2) El 28,6% de los casos de tuberculosis fueron extrapulmonares. 3) La localización pulmonar más frecuente es en lóbulo superior izquierdo. 4) El cumplimiento del tratamiento fue excelente y las complicaciones fueron mínimas 4) En ningún caso fueron pacientes inmunocomprometidos.

#### A-155 INCIDENCIA DE TUBERCULOSIS EN EMIGRANTES EN EL HOSPITAL ERNEST LLUCH DE CALATAYUD

**A. Jimeno Sainz, L. Guerrero, E. Bejarano y E. Molina**  
Servicio de Medicina Interna. Hospital Ernest Lluch. Calatayud, Zaragoza.

**Objetivos.** 1) Determinar la incidencia de tuberculosis en emigrantes de la comarca de Calatayud. 2) valorar las características demográficas que estos pacientes. 3) detectar la incidencia de resistencias al tratamiento. 4) Ver las posibles complicaciones.

**Material y métodos.** Se realizó un estudio retrospectivo de los pacientes emigrantes de la comarca de Calatayud, que acudían al hospital Ernest Lluch de Calatayud y fueron diagnosticados de tuberculosis. El período de estudio fue de enero de 2005 a diciembre de 2005. Se les realizó una historia clínica, exploración física, Mantoux con 2 unidades de PPD RT 23, Bk de esputo y cultivo, radiografía de tórax y otras pruebas cuando así lo aconsejaba su historia clínica. **Resultados.** Se obtuvo un total de 6 casos de tuberculosis, todas ellas fueron pulmonares. En cuanto al sexo, el 83% (5 de los 6 casos) fueron hombres. La edad media fue de 30,8 años. Los síntomas más frecuentes fueron tos (4/6), dolor pleurítico (4/6) y febrícula-fiebre (3/6). Solamente un paciente presentó síndrome constitucional en el momento del diagnóstico. El Mantoux fue positivo en 4 de los 6 casos. Dos pacientes tuvieron tuberculosis pleural y el resto fueron pulmonar sin predominio en ningún lóbulo. El estudio del BK de esputo fue positivo (5/6) con cultivo positivo posteriormente. La serología de VIH, hepatitis B y C fue negativa en todos los casos. El tratamiento recibido fue de rifampicina, isoniacida, pirazinamida (RHP) en 2 de los 6 pacientes, y el resto recibió también etambutol. El *Myobacterium tuberculosis* fue sensible a RHP en 4 casos y en 3 mostró resistencia a H. Un paciente presentó complicaciones con el uso de tuberculostáticos (citólisis).

**Discusión.** La tuberculosis más frecuente en la población emigrante que acude al Hospital Ernest Lluch de Calatayud es pulmonar. Las resistencias a isoniacida representaron el 50% de los casos lo que significa un gran porcentaje de las mismas. Las complicaciones aparecieron en un 16,6% de los casos. Existe una clara predisposición de tuberculosis al sexo masculino y afecta a población joven. El 83,3% (5/6) de los casos habían viajado a su país de origen en los últimos 6 meses y convivían con más de tres personas.

**Conclusiones.** 1) La tuberculosis en los emigrantes que viven en nuestra comarca afecta a jóvenes. 2) existe un claro predominio por el sexo masculino. 3) existe un porcentaje no desdeñable de resistencias a isoniacida. 4) En ningún caso fueron pacientes inmunocomprometidos. 5) Dado que el 50% de los casos son resistentes a la isoniacida, consideramos importante iniciar el tratamiento con 4 tuberculostáticos hasta recibir el estudio de sensibilidad.

**A-156**

**¿ES CADA VEZ MÁS FRECUENTE LA TUBERCULOSIS?**

**A. Jimeno Sainz y L. Guerrero**

*Servicio de Medicina Interna. Hospital Ernest Lluch. Calatayud, Zaragoza.*

**Objetivos.** 1) Determinar la incidencia de tuberculosis en el Hospital Ernest Lluch de Calatayud. 2) Valorar las características demográficas que estos pacientes. 3) Detectar la incidencia de resistencias al tratamiento. 4) Ver las posibles complicaciones.

**Material y métodos.** Se realizó un estudio retrospectivo de los pacientes ingresados en el hospital Ernest Lluch de Calatayud durante un período de un año. Se les realizó una historia clínica, exploración física, Mantoux con 2 unidades de PPD RT 23, Bk de esputo y cultivo, radiografía de tórax y otras pruebas cuando así lo aconsejaba su historia clínica.

**Resultados.** Se obtuvo un total de 13 casos de tuberculosis (9 pulmonares, una traqueal, dos pleurales y una cerebral). En cuanto al sexo, existe un predominio de hombres (9/13). La edad media fue de 34,9 años. Los síntomas más frecuentes fueron tos (9/13), febrícula- fiebre (6/13), y dolor pleurítico (4/13). Solamente un paciente presentó síndrome constitucional y otro síndrome confusional en el momento del diagnóstico. Un 69,2% (9/13) presentaron Mantoux positivo. La localización de la tuberculosis fue 8 pulmonares (en 4 existía cavitación en el momento del diagnóstico), 2 pleural, una miliar, una cerebral, otra traqueal. En estudio del BK de esputo fue positivo en el 84,6% de los casos (11/13). En dos pacientes el BK fue negativo siendo el cultivo positivo posteriormente. La serología de VIH, hepatitis B y C fue negativa en todos los casos. El tratamiento recibido fue de rifampicina, isoniacida, pirazinamida (RHP) en 61,5% (8/13), y el resto recibió también etambutol. El *Mycobacterium tuberculosis* fue sensible a RHP en 9 casos y en 4 mostró resistencia a H. Dos pacientes presentaron complicaciones con el uso de tuberculostáticos (citólisis y erupción cutánea).

**Discusión.** La tuberculosis más frecuente atendida en la población del Hospital Ernest Lluch de Calatayud es pulmonar, no obstante tuberculosis extrapulmonares han estado presentes. Llama la atención el gran porcentaje de tuberculosis de resistencias a isoniacida (30,7%), hemos observado que el mayor porcentaje se debe emigrantes (23%) en relación con la población autóctona (0,7%). Las complicaciones no son desdeñables (15,3%).

**Conclusiones.** 1) La tuberculosis en nuestra comarca no es infrecuente. 2) El 46% de los casos se presentaron en emigrantes que viven o son atendidos en nuestro Hospital. 3) El porcentaje de resistencias a isoniacida fue del 30%, siendo en un 23% en emigrantes y un 7% en autóctonos. 4) La población atendida por tuberculosis el 92% de los casos era población sana previamente.

**A-157**

**ESTUDIO DE EFICACIA DE LA ASOCIACIÓN DE ENFUVIRTIDE Y TIPRANAVIR POTENCIADO CON RITONAVIR EN PACIENTES CON INFECCIÓN VIH CON RESISTENCIA A MÚLTIPLES ANTIRRETROVIRALES**

**V. Moreno Cuerda, M. Morales Conejo, S. Salgado, R. Rubio, L. Tamargo, M. Torralba, J. Costa y A. Palacio**

*Medicina Interna. Hospital Universitario 12 de Octubre, Madrid.*

**Objetivos.** El objetivo del estudio es calcular la tasa de control virológico a las 24 y 48 semanas después de iniciar un tratamiento antirretroviral compuesto por un tratamiento de base optimizado más la asociación de enfuvirtide y tipranavir potenciado con ritonavir.

**Material y métodos.** Estudio de cohortes retrospectivo en el que se incluyeron todos aquellos pacientes con infección VIH que habían iniciado tratamiento antirretroviral consistente en un tratamiento de base optimizado más la asociación de enfuvirtide y tipranavir potenciado con ritonavir durante el año 2005. Se excluyeron aquellos pacientes que habían recibido previamente tipranavir y/o enfuvirtide. Los pacientes fueron seguidos durante 48 semanas. Se analiza la evolución inmunológica como virológica de los pacientes incluidos. Se define la tasa de control virológico como la proporción de pacientes que alcanzan una carga viral inferior a 50 copias/ml en semana 48. **Resultados.** Un total de 15 pacientes iniciaron tratamiento antirretroviral consistente en una pauta de base optimizada más la asociación de tipranavir potenciado con ritonavir y enfuvirtide. Las caracte-

terísticas inmunoviroológicas de los pacientes incluidos se muestran en la tabla I. Todos los pacientes incluidos en el estudio son pacientes con un largo tiempo de evolución de la infección VIH, habiendo recibido múltiples líneas de tratamiento antirretroviral como consecuencia de múltiples fracasos terapéuticos. Los pacientes habían recibido una mediana de nueve fármacos antirretrovirales previo al inicio del actual tratamiento de rescate, cinco ITIAN, un ITINAN y tres IP. El análisis de los test de resistencia genotípicos realizados reveló una mediana de 8 mutaciones en el gen de la proteasa (rango 6-13), y la mediana de mutaciones de análogos de timidina era 2 (rango 2-5). En la semana 48 de seguimiento se alcanzó el objetivo de carga viral indetectable (< 50 copias/ml) en 11 casos (73,33%). La mediana de seguimiento para conseguir una carga viral indetectable fue 6 semanas (rango: 4-24 semanas). La media de incremento fue de 90 células/ml. Hubo dos pacientes que no completaron el seguimiento, uno de ellos abandonó el tratamiento a las 12 semanas de haberlo iniciado por deseo propio, y el otro presentó una hipertransaminasemia superior a 5 veces el límite superior de la normalidad que precisó de la suspensión del tratamiento.

**Discusión.** Los resultados obtenidos muestran un control virológico (carga viral inferior a 50 copias/ml) a las 48 semanas de seguimiento del 73,33%. Este resultado es muy superior a los obtenidos en los estudios RESIST (35,8%). Las razones que justifican esta diferencia son: 1) los pacientes incluidos en el estudio RESIST presentaban un mayor número de mutaciones en el gen de la proteasa 2) la situación basal inmunoviológica era significativamente peor en los pacientes incluidos en los estudios RESIST en comparación con el estudio actual.

**Conclusiones.** En pacientes que han recibido múltiples tratamiento antirretrovirales y que presentan múltiples mutaciones en el genoma del VIH, el tratamiento de rescate basado en una pauta de base optimizada asociado a tipranavir potenciado con ritonavir más enfuvirtide, con las limitaciones propias de este estudio, se puede considerar eficaz, con una tasa de control virológico del 73,33%.

Tabla 1. Características inmunoviroológicas de los pacientes incluidos en el estudio.

Media nadir linfocitos CD4 (células/ml)	78 (rango: 1-186)
Media linfocitos CD4 basal (células/ml)	355 (rango: 85-953)
Media carga viral basal (log10 copias/ml)	3,91 (rango: 3,01-4,58)

**A-158**

**ETIOLOGÍA VIRAL DE LAS INFECCIONES RESPIRATORIAS EN PACIENTES INGRESADOS**

**I. López-Isidro<sup>1</sup>, C. Sarriá<sup>1</sup>, E. García-Peñuela<sup>2</sup>, L. Cardenoso<sup>2</sup>, J. Navarro Laredo<sup>2</sup>, E. Aznar<sup>2</sup> y C. Casal<sup>2</sup>**

*<sup>1</sup>Medicina Interna-Infeciosas, <sup>2</sup>Infeciosas. Universitario de la Princesa, Madrid.*

**Material y métodos.** Estudio descriptivo, prospectivo en pacientes que entre el 1 de enero al 30 abril de 2006, ambos inclusive, ingresaron en el Servicio de Medicina Interna-Infeciosas a consecuencia de una infección respiratoria de vías bajas o que en el transcurso del mismo la desarrollaron, excluyéndose los pacientes con neumonía por aspiración. Se recogen datos epidemiológicos, clínicos, resultados analíticos y radiológicos: se toman muestras respiratorias (lavado nasofaríngeo o secreciones nasofaríngeas mediante hisopo) para detección de virus respiratorios mediante técnicas de detección rápida: virus influenza, *parainfluenza*, respiratorio sincitial (VRS) y adenovirus; y cultivo viral para adenovirus. Se recogieron muestras en 80 pacientes. En 4 la infección era nosocomial, 10 procedían de una residencia y el resto de la comunidad. Al alta, solo 61 pacientes (76,3%) fueron finalmente diagnosticados de infección respiratoria, y en ellos se realizó el análisis.

**Resultados.** De éstos, 13 presentaban una insuficiencia respiratoria global y 27 parcial. Dentro de la clínica 23 referían fiebre (3 de ellos por encima de 39 °C), 50 toses, 19 expectoración blanquecina y 21 purulenta. El 91,8% de los pacientes presentó disnea dentro del cuadro clínico y 39,3% dolor torácico. Las técnicas de diagnóstico rápido fueron positivas en 10: 6 *parainfluenza*, 2 influencias y 2 VRS. Los pacientes con detección de virus positiva presentaron los

siguientes tipos de infección: traqueobronquitis aguda: 3 parainfluenza y 1 VRS, neumonía segmentaria: 2 parainfluenza, 1 influenza A y 1 VRS, EPOC agudizado: 1 parainfluenza y otros diagnósticos: 1 influenza A. Ninguno de estos pacientes tenía infección nosocomial ni falleció.

**Conclusiones.** Los virus respiratorios se aislaron en un grupo significativo de pacientes adultos que requirieron ingreso por infecciones respiratorias bajas severas. La supervivencia fue del 100% en este grupo de pacientes.

#### A-159

### ESTUDIO COMPARATIVO SOBRE LA CLÍNICA Y EL PRONÓSTICO DE LA NEUMONÍA NEUMOCÓCICA EN 2 COHORTES DE PACIENTES ADULTOS EN AÑOS CONSECUTIVOS

**B. Mothe Pujadas<sup>1</sup>, J. López- Contreras<sup>1</sup>, K. Portillo<sup>2</sup>, C. Puy<sup>2</sup>, F. Sánchez<sup>3</sup>, J. Rodríguez-Arias<sup>2</sup>, P. Domingo Pedrol<sup>1</sup> y M. Gurgui<sup>1</sup>**

<sup>1</sup>Unidad de Enfermedades Infecciosas, Medicina Interna, <sup>2</sup>Departamento de Pneumología, <sup>3</sup>Servicio de Microbiología. Hospital de la Sta Creu i St Pau, Barcelona.

**Objetivos.** Describir los cambios de presentación clínica y pronóstico de la neumonía neumocócica (NN) atendida en un hospital universitario en dos períodos s septiembre a marzo de 2003/2004 (P1) y de 2004/2005 (P2).

**Material y métodos.** Los casos se seleccionaron a partir de las altas de hospitalización y de urgencias en las que constaba neumonía como diagnóstico principal. Se analizaron todas las NN, en mayores de 18 años con diagnóstico microbiológico confirmado. Se compararon las características demográficas, comorbilidad, factores de riesgo, clínica, presentación radiológica, antibioterapia y las complicaciones, tales como necesidad de ingreso, estancia en unidad de críticos, intubación, fracaso renal agudo, shock séptico, empiema, drenaje pleural, reingreso y éxitus. El análisis de los datos se realizó con el paquete SPSS.

**Resultados.** Se diagnosticaron de neumonía 494 pacientes durante el P1 y 474 durante el P2. De ellos, tuvieron confirmación microbiológica de NN 93 (18%) en el P1 y 141 (29%) en el P2 ( $p < 0,01$ ). La distribución por edad, sexo, comorbilidad, factores de riesgo, escala de Fine y tipo de tratamiento antibiótico fue homogénea en los 2 grupos. Se realizaron hemocultivos en el 68,8% de los pacientes con NN en el P1 y 73% en el P2 ( $p = NS$ ), siendo bacteriémicas el 35,5% en el P1 y 40,8% en el P2 ( $p = NS$ ). En la radiología se analizaron las variables: patrón multilobar y/o bilateral, derrame, y cavitación. No se encontraron diferencias estadísticamente significativas, salvo para las neumonías cavitadas que fueron 1 (1,1%) en el P1 y 10 (7,1%) en el P2 ( $p = 0,054$ ). En relación con la gravedad, el porcentaje de pacientes que requirió ingreso hospitalario fue de 77,6% en el P1 y 89% en el P2 ( $p = 0,01$ ). El resto de criterios de gravedad no mostraron diferencias significativas. Los pacientes que recibieron tratamiento empírico inicial con más de un fármaco fue de 11,8% en el P1 y 27,3% en el P2 ( $p < 0,05$ ). El porcentaje de pacientes que requirió cambio del tratamiento empírico por fracaso terapéutico fue de 10,5% en el P1 y el 21,3% en P2 ( $p < 0,05$ ).

**Conclusiones.** En el período de 2004-2005 (P2) se observa un aumento significativo de la necesidad de ingreso hospitalario, del uso de tratamiento empírico con dos o más antibióticos y del cambio del tratamiento antibiótico empírico iniciado en el momento de la presentación. Existe una mayor incidencia de presentaciones radiológicas necrotizantes en el mismo período.

#### A-160

### ENFERMEDAD DE WHIPPLE Y REACCION DE JARISCH-HERXHEIMER: PRESENTACION DE 2 CASOS

**R. Torres-Gárate<sup>1</sup>, B. Valle Borrego<sup>1</sup>, E. Álvarez-Rodríguez<sup>1</sup>, L. Mao Martín<sup>1</sup>, M. Serrano Cazorla<sup>1</sup>, L. Díaz Vidal<sup>1</sup>, J. Sicilia Urbán<sup>2</sup> y C. Sevilla<sup>3</sup>**

<sup>1</sup>Medicina Interna I, <sup>2</sup>Hospitalización a Domicilio, <sup>3</sup>Aparato Digestivo. Hospital Clínico San Carlos, Madrid.

**Objetivos.** Aportar dos nuevos casos de Enfermedad de Whipple con breve revisión de la literatura.

**Material y métodos.** Presentamos dos casos de Enfermedad de Whipple, con distinta presentación clínica, que presentaron a lo largo de la evolución reacción de Jarisch-Herxheimer en relación con el tratamiento.

**Resultados.** Caso 1: paciente varón de 66 años que se encontraba en seguimiento por gammopatía monoclonal IgG Kappa de significado incierto. Consultó por síndrome constitucional y episodios de fiebre elevada con sudoración profusa de predominio nocturno. En analítica básica presentaba trombocitosis y aumento de reactantes de fase aguda. Se realizó Tomografía Computarizada (TC) toraco-abdominal que mostró múltiples adenopatías mesentéricas. Además refería cuadro de años de evolución de artralgias migratorias de grandes articulaciones. Se realizó biopsia quirúrgica de adenopatías, previa profilaxis antibiótica, y en el postoperatorio presentó empeoramiento respiratorio que precisó ingreso en UCI. La biopsia de la adenopatía mostró macrófagos PAS positivos, y posteriormente la técnica de PCR fue positiva para *Treponema whippelli* lo cual confirmó el diagnóstico de Enfermedad de Whipple. Se inició tratamiento con Ceftriaxona intravenosa durante 15 días y posteriormente con Sulfamidas orales con buena evolución clínica. Caso 2: varón de 55 años con antecedentes de epilepsia desde los 24 años. Presentaba cuadro de dolor abdominal difuso, y síndrome constitucional. Había presentado cuadros de ascitis con derrame pleural, que habían sido tratados con diuréticos, sin claros signos de hepatopatía. Además desarrolló cuadro de exoftalmos y ptosis palpebral que se trató con corticoides. Desde hacía años padecía de dolores poliarticulares en forma de artritis migratoria de grandes articulaciones. En las analíticas presentaba leucocitosis con neutrofilia, anemia, trombocitosis y signos de mal absorción. Rx torax: Discreta afectación pleuropulmonar de lóbulo inferior izquierdo. Se realizó panendoscopia oral con toma de biopsia duodenal que mostró macrófagos en lámina propia que se teñían intensamente con la tinción de PAS, por lo que el diagnóstico fue de Enfermedad de Whipple. Se inició tratamiento con ceftriaxona intravenosa durante 15 días con aparición de días después de fiebre elevada, malestar general, tos y expectoración, diplopía y dificultad para la deglución. Se interpreta el empeoramiento posterior como reacción de Jarisch-Herxheimer en relación con el inicio de tratamiento antibiótico. Posteriormente presentó lesiones papulosas en cuello y axilas con biopsia positiva. Tras un año de tratamiento antibiótico desapareció toda la sintomatología.

**Discusión.** La enfermedad de Whipple es una rara enfermedad sistémica de origen infeccioso causado por un *Actinomyces* gram positivo denominado *Treponema whippelli*. En la etiopatogenia influyen además de la bacteria, factores inmunitarios del huésped. La forma de presentación es muy variada. Los pacientes pueden presentar síntomas años antes del diagnóstico. La tríada característica consiste en fiebre, diarrea y artralgias, aunque también pueden ocurrir manifestaciones cardiovasculares, pulmonares, neurológicas, cutáneas y oculares como ocurría en nuestro segundo caso. El diagnóstico se basa en el hallazgo de macrófagos PAS positivos en el tejido afecto, aunque no es patognomónico y sería necesaria la demostración de los bacilos mediante microscopía electrónica o mediante técnicas de biología molecular. El tratamiento es antibiótico de larga duración. La reacción de Jarisch-Herxheimer se ha descrito en casos de Enfermedad de Whipple horas después de la administración de tratamiento antibiótico y puede cursar con cefalea, hipotensión, dolor abdominal, etc.

**Conclusiones.** El diagnóstico precoz de Enfermedad de Whipple es muy importante, ya que con el tratamiento adecuado el pronóstico mejora ostensiblemente. Hay que tenerla en cuenta en el diagnóstico diferencial de síndromes de malabsorción que además cursen con patología osteoarticular o de otros sistemas.

#### A-161

### INFECCIÓN HEMATÓGENA DE PRÓTESIS ARTICULARES

**B. Maure Noia<sup>1</sup>, C. Martínez Vázquez<sup>1</sup>, A. Argibay Filgueira<sup>1</sup>, J. Sousa Otero<sup>1</sup>, A. López Domínguez<sup>1</sup>, B. Gimena Reyes<sup>1</sup> y B. Sopena Pérez-Argüelles<sup>1</sup>**

<sup>1</sup>Medicina Interna. Hospital Xeral-Cies. Complejo Hospitalario Universitario de Vigo, Pontevedra. <sup>2</sup>Facultad de Medicina. Universidade de Santiago de Compostela, A Coruña.

**Objetivos.** La infección de prótesis articular ocurre en un 1-2% de los pacientes. El tratamiento es tanto médico como quirúrgico, lo

que supone en muchos casos la retirada de la prótesis. Se discute el porcentaje de infección adquirida en el acto quirúrgico y tardíamente por vía hematológica, aunque existe consenso de que estas últimas son excepcionales. El objetivo del presente estudio es valorar la experiencia en nuestro hospital en el tratamiento de las infecciones de prótesis articulares hematológicas.

**Material y métodos.** Revisamos retrospectivamente las historias clínicas de los pacientes con infección de prótesis articular seguidos por la Unidad de Enfermedades Infecciosas de nuestro hospital, entre enero de 1999 y enero de 2005, recogiendo datos demográficos, clínicos, del tratamiento (tanto antibiótico como quirúrgico) y evolutivos de los pacientes con infección hematológica tardía. Definimos infección hematológica tardía como aquella infección aparecida años después de la intervención y/o por gérmenes agresivos cuya expresión clínica hace poco probable que se hubieran adquirido en el acto quirúrgico.

**Resultados.** De 35 historias revisadas, en siete de ellas la infección era de tipo hematológico. Se trataba de cinco prótesis de rodilla y dos de cadera. El tiempo transcurrido entre el implante y la infección era muy heterogéneo, yendo desde 6 meses a 11 años (mediana 5 años). El germen aislado fue un *Staphylococcus aureus* en tres casos, *Streptococcus pyogenes* en un caso, *Streptococcus beta hemolítico* en otro y por último *Streptococcus bovis* en otro caso. En el paciente restante los cultivos de las muestras obtenidas fueron negativos, lo cual estaba en relación al inicio del tratamiento antibiótico previo a la intervención. En tres pacientes no se llevó a cabo ningún tipo de intervención quirúrgica; en el resto, el tratamiento quirúrgico consistió en desbridamiento en dos casos, manejados de forma precoz, y retirada con reimplante en dos tiempos en otros dos, que presentaban datos infección de más de dos semanas de evolución en el momento de la intervención. La duración media del tratamiento antibiótico fue de 10,83 meses (rango 2-17) y uno de los pacientes precisó tratamiento supresivo. La evolución clínica fue buena, con datos de curación clínicos, analíticos y gammagráficos de curación después de dos años de seguimiento tras la finalización del tratamiento antibiótico, en todos los pacientes salvo en uno, al que tras años de tratamiento supresivo se le realizó una artrodesis.

**Discusión.** El tratamiento conservador con desbridamiento y retención de la prótesis está establecido en el tratamiento de las infecciones precoces, y algunos autores la recomiendan también en los casos en los que la duración clínica infecciosa es menor de 2 semanas o el desbridamiento se realiza en los 2-5 primeros días después del inicio de los síntomas. Las infecciones hematológicas si no se dejan evolucionar (menos de dos semanas desde el inicio de los síntomas) pueden ser manejadas de la misma manera. En nuestros pacientes se realizó desbridamiento en dos de ellos. En ambos casos la duración de la clínica era inferior a dos semanas y la intervención fue seguida de tratamiento antibiótico prolongado alcanzando la curación. Los dos pacientes que no pudieron conservar la prótesis presentaban más de 15 días de evolución en el momento de la cirugía. El único fracaso de nuestra serie fue un paciente al que no se practicó ningún tipo de intervención quirúrgica.

**Conclusiones.** Las infecciones hematológicas tardías manejadas precozmente con limpieza quirúrgica y antibioterapia prolongada pueden ser curadas conservando la prótesis. Aunque la infección sea hematológica, si se deja evolucionar, necesitará recambio protésico o artrodesis para su curación.

#### A-162

##### CARACTERÍSTICAS DE LAS MENINGITIS EN PACIENTES INMUNODEPRIMIDOS

C. López González-Cobos<sup>1</sup>, M. Villalba García<sup>1</sup>, M. Gómez Antúnez<sup>2</sup>, C. Cuenca Carvajal<sup>2</sup>, O. Marín Casajus<sup>1</sup>, I. Erquiaga Martínez<sup>1</sup>, A. Muño Míguez<sup>2</sup> y C. Pérez de Oteyza<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Medicina Interna D, <sup>2</sup>Medicina Interna 2A. Gregorio Marañón, Madrid.

**Objetivos.** Existen pocos estudios sobre meningitis bacteriana en el adulto (MBA) hospitalizado, con algún grado de inmunodepresión. Nuestro objetivo es evaluar las características clínicas, epidemiológicas y de la evolución de la meningitis bacteriana del adulto inmunodeprimido.

**Material y métodos.** Estudio retrospectivo de los adultos mayores de 16 años ingresados por MBA en un hospital durante los años 1990 a 2003. Se consideró como portador de estado de inmunodepresión a todo paciente que estaba en tratamiento inmunosupresor, que padecía diabetes, alcoholismo o infección por Virus de la Inmunodeficiencia Humana (VIH). Analizamos en estos pacientes las características demográficas, clínicas, microbiológicas y de la evolución. Comparamos todos estos parámetros entre el grupo de pacientes inmunodeprimidos (ID, n = 65 pacientes) y el resto de pacientes con MBA sin inmunodepresión (NOID, n = 164 pacientes).

**Resultados.** La edad media de los pacientes con ID era de 49 ± 19 años con un 81% de varones. En cuanto al factor de inmunodepresión, encontramos 23 pacientes con alcoholismo, 22 pacientes con diabetes, 22 pacientes con VIH, 2 casos de pacientes con algún trasplante y un caso de leucemia. De todos los factores predisponentes, el más frecuente era la neumonía (7 casos, 10%), seguido de la otitis aguda (4 casos, 6%) y de la sinusitis (4 casos, 6%). El 12% de los pacientes tenían antecedentes de meningitis previa y un 18% de ellos habían recibido antibiótico antes del diagnóstico. En cuanto a los síntomas típicos de meningitis, el más frecuente fue la fiebre 83%. Sólo el 58% referían cefalea al ingreso. En 49% había alteración de la conciencia (puntuación inferior a 14 en la escala de Glasgow). El germen más habitual en ambos grupos fue el neumococo (45% vs 41%), siendo el meningococo más frecuente entre los NOID (31% vs 7%, p < 0,01) y la *Listeria* en ID (25% vs 6%, p < 0,01). La mortalidad fue del 26% en los ID frente al 11% de los NOID (p < 0,05).

**Discusión.** La MBA continúa siendo una enfermedad asociada a una elevada mortalidad. Esta mortalidad es especialmente elevada en los pacientes que presentan enfermedades comunes que se asocian a alteraciones de la inmunidad. Es preciso un abordaje específico para disminuir la mortalidad en este grupo de alto riesgo.

**Conclusiones.** Los pacientes con meningitis y algún grado de inmunodepresión presentan unas características diferenciales respecto al grupo general, entre las que destacan la diferente frecuencia de los gérmenes responsables y mortalidad.

#### A-163

##### REVISIÓN DE LOS PACIENTES VIH CON LINFOMA EN LA ERA TARGA EN NUESTRA ÁREA SANITARIA

M. Vázquez Triñanes, M. Pérez Rodríguez, I. Vaqueiro Rodríguez, A. Rodríguez González, A. Ocampo Hermida y C. Martínez Vázquez

Medicina Interna. Xeral-Cies. Vigo, Pontevedra.

**Objetivos.** Conocer las características de los pacientes VIH diagnosticados de linfoma en los últimos 10 años en nuestra área sanitaria y estimar la supervivencia media tras el diagnóstico.

**Material y métodos.** Se revisaron de forma retrospectiva las historias clínicas de los pacientes seguidos en la consulta de VIH del hospital Xeral-Cies diagnosticados de linfoma desde enero de 1996 a junio de 2006 para recoger los datos a estudio: estado inmunológico previo, tipo de linfoma, uso de terapia antirretroviral, tratamiento recibido para el linfoma y supervivencia.

**Resultados.** En este período se diagnosticaron 12 pacientes de linfoma, de los que ocho eran varones, con una edad media de 35,8 años (rango 20-47 años). Cuatro eran ADVP, 3 homosexuales, 4 heterosexuales y un caso de transmisión vertical. En dos pacientes el diagnóstico de VIH y de linfoma fue simultáneo, en el resto, el tiempo transcurrido entre ambos diagnósticos varió entre 2 y 19 años. De los 12 pacientes 5 recibían TARGA, 3 de ellos con carga viral indetectable (< 2,3 log). Tres pacientes tenían menos de 100 CD4/ml, 4 entre 100-300 CD4/ml, 2 entre 300-500 CD4/ml y 3 más de 500 CD4/ml (uno de ellos con un linfoma cerebral primario). Se diagnosticaron 4 linfomas de Hodgkin (LH) y 8 LNH: 2 linfomas T (uno de ellos anaplásico de célula grande) y 6 linfomas B (2 Burkitt, 1 inmunoblástico, 1 de alto grado y 2 de célula grande, uno cerebral y otro hepático). Un paciente se perdió en el seguimiento, los 11 restantes recibieron tratamiento con quimio-radioterapia a dosis plenas y TARGA. De éstos fallecieron 3, todos ellos con LNH, con una supervivencia media de 11 meses (rango 7-14 meses). El 72% de los pacientes están vivos, con una supervivencia media para los LH de



64,66 meses y de 23,4 meses para los LNH. En el momento actual, todos los pacientes presentan buenos niveles de CD4 (144 1025 CD4/ml) y cargas virales suprimidas.

**Discusión.** En nuestra serie hemos encontrado que 9 de los 12 pacientes (lo que supone un 75%) presentaban, previos al diagnóstico de linfoma, más de 100 CD4/ml, 3 de ellos incluso con más de 500 CD4/ml. Estos resultados difieren de lo descrito en la literatura en la que se relaciona el desarrollo de linfoma con una cifra de CD4 menor de 100. Clásicamente la inmunodeficiencia celular se ha involucrado en la patogenia del linfoma, aunque, recientemente, se está implicando en ésta la actividad protooncogénica del VIH. Nuestros hallazgos apoyarían esta última teoría. En la actualidad, gracias a la introducción del tratamiento combinado con quimio-radioterapia a dosis plenas y TARGA, la supervivencia de los pacientes con LNH ha pasado de ser menor de 12 meses a oscilar entre 15 y 34 meses. En nuestra serie hemos encontrado una supervivencia media de 18,7 meses, a pesar de que nuestros pacientes presentaban un estado inmunológico mejor que en las series publicadas.

**Conclusiones.** A pesar de un buen control inmunológico los pacientes VIH tienen un mayor riesgo de presentar linfomas. La actividad protooncogénica del VIH podría estar relacionada con el desarrollo de estos linfomas. El tratamiento con quimio-radioterapia y TARGA ha supuesto una importante mejoría en la supervivencia de estos pacientes.

#### A-164

### COMPORTAMIENTO DE LA EXCRECIÓN URINARIA DE ALBÚMINA (EUA) EN LA POBLACIÓN INFECTADA POR EL VIH

V. Giner<sup>1</sup>, M. Esteban<sup>1</sup>, M. Galindo<sup>2</sup>, J. Rodríguez<sup>2</sup>, F. Alcácer<sup>2</sup>, J. Guix<sup>2</sup> y J. Redón<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Medicina Interna. Verge dels Lliris. Alcoi, Alacant.

<sup>2</sup>Medicina Interna. Clínico Universitario. València.

**Objetivos.** La EUA es un marcador de daño renal y cardiovascular demostrado en la población general de la que tenemos muy poca información en el VIH. El objetivo es analizar la EUA y sus determinantes en pacientes VIH+ con tratamiento antiretroviral de gran actividad.

**Material y métodos.** Estudio transversal de 63 pacientes VIH+ (43 ± 9 años, 75% varones, 52% SIDA, CV 23.628 ± 85.391 copias/ml, CD4 458 ± 265/ml, 117 ± 57 meses de evolución). Se realizó cuestionario de antecedentes CV personales y familiares, valoración antropométrica completa y revisión de historias clínicas. Se estableció la toma actual y acumulada de antiretrovirales (meses). El estudio de PA incluyó tres tomas clínicas y MAPA 24 h. Se determinó la EUA referida a creatinina en toma casual de orina (E/C, mg/g) y de 24h (E 24 h, mg/24 h), definiendo microalbuminuria (mA) valores de E 24 h 30-299 mg/g, y proteinuria (Pr) valores superiores.

**Resultados.** Los valores de E24 h y E/C fueron: 112 ± 396 mg/24 h y 138 ± 613 mg/g (Coeficiente correlación 0,96, p < 0,0001). La prevalencia (%) de mA y Pr fueron 17 y 6 por el primer método, y 13 y 8 con el segundo (kappa 0,865, p < 0,0001). Los pacientes con EUA 24 h > 29 presentaron mayor PAS/PAD clínica y ambulatoria y prevalencia de patrón tensional no dipper (86 vs 14%, p = 0,040). En concordancia, la prevalencia (%) de HTA tanto por criterios clínicos (67 vs 33, p 0,005) como por MAPA (86 vs 14, p 0,05) fue mayor. También presentaron mayor glucemia basal (126 ± 49 vs 104 ± 26 p 0,024), trigliceridemia basal (323 ± 277 vs 203 ± 124, p 0,021), proporción de diabéticos (60 vs 40%, p 0,008), resistencia insulínica (100 vs 21%, p = 0,010), hiperhomocisteína (100 vs 0%, p = 0,041) y eventos CV previos (60% vs 21%, p = 0,048). No hubo diferencias en prevalencia de otros FRCV clásicos y nuevos, síndrome metabólico y asociación entre FRCV. La única variable infecciosa asociada a E 24 h 30 fue el mayor tiempo desde el diagnóstico (451 ± 730 vs 7 ± 7 meses, p = 0,001). Hubo correlación significativa entre E 24 h y PASclínica, PAS 24 h, PASdiurna, PASnocturna, tiempo desde el diagnóstico, insulinemia, HOMA y fibrinógeno.

**Discusión.** La determinación de EUA en toma única es fiable en la población infectada por el VIH. El comportamiento de la EUA no parece diferir respecto de la población general, si bien la prevalencia es mucho mayor en pacientes VIH.

**Conclusiones.** En el desarrollo de microalbuminuria el factor determinante es la Presión arterial y otros factores de riesgo de índole metabólico comunes a la población seronegativa, sin que la propia viriemia o su tratamiento parezca influir.

#### A-165

### MANEJO DEL RIESGO CARDIOVASCULAR (RCV) EN LA POBLACIÓN INFECTADA POR EL VIH SOMETIDA A TARGA

V. Giner<sup>1</sup>, M. Galindo<sup>2</sup>, M. Esteban<sup>1</sup>, J. Rodríguez<sup>2</sup>, J. Guix<sup>2</sup>, F. Alcácer<sup>2</sup> y J. Redón<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Medicina Interna. Verge dels Lliris. Alcoi, Alacant.

<sup>2</sup>Medicina Interna. Clínico Universitario. València.

**Objetivos.** La cronificación de la infección VIH ha llevado a la aparición de nuevos problemas. Existe información parcial y contradictoria sobre un RCV incrementado. Mucho menor es la información sobre la forma en que este RCV es abordado en este colectivo.

**Material y métodos.** Estudio transversal de 213 pacientes VIH+ (39,9 años, 68,4% varones, 44,7% SIDA, CV 24.789 ± 86.064 copias/ml, CD4 406 ± 264/ml, 119 meses de evolución) con cuestionario de antecedentes CV, valoración antropométrica y revisión de historias. Se estableció la toma actual y acumulada de antiretrovirales (meses) así como de fármacos antidiabéticos, antihipertensivos, hipolipemiantes, antiagregantes y anticoagulantes. Se siguieron las guías ATPIII 2005, IDF 2005, ESH 2003, ADA 2005 y el Framingham score para la definición de los principales FRCV y de objetivos terapéuticos.

**Resultados.** Del total de la muestra un 55,2% era dislipidémico, un 18,4% hipertenso, y un 8,5% diabético. Un 38% no presentaba ningún de estos FRCV, siendo la asociación más frecuente entre ellos HTA + Dislipidemia (38%). El 77% de pacientes tenía un RCV bajo (< 10% a diez años) y el 3,3% había tenido un evento CV previo. Las tasas globales de control fueron: 78% para PA (128 ± 16/80 ± 19 mmHg), 68% y 90% para glucemia basal (98 ± 23 mg/dl) y HbA1c (5,3 ± 1,3%) respectivamente, 32%, 53% y 80% para Colesterol HDL (39 ± 13 mg/dl), Triglicéridos (206 ± 253 mg/dl) y Colesterol LDL (108 ± 40 mg/dl), con un 11% de pacientes con los tres parámetros lipídicos controlados. Un 5% del grupo tomaba antihipertensivos (40% en combinación), un 7% antidiabéticos (47% insulina en monoterapia), un 14% hipolipemiantes (72% fibratos, 13% estatinas, 9% combinación) y un 0,5% antiagregantes. Entre los diabéticos un 28% presentaba una glucemia basal < 100 mg/dl y un 67% HbA1c < 7%, con un 78% tratados farmacológicamente. Fueron un 13% los hipertensos controlados y un 26% aquellos con antihipertensivos. Entre la población dislipidémica un 1% presentaba valores de TG, HDL y LDL controlados (18% HDL, 34% TG y 71% LDL), portando tratamiento hipolipemiante el 25%. En aquellos con un ECV previo el control/tratamiento farmacológico fue 43%/43% para glucemia y 43%/14% para PA. Un 14% tomaba hipolipemiantes (todos estatinas), un 29% tenía el perfil lipídico bien controlado (29% HDL, 43% TG, y 71% LDL). Ningún paciente con evento CV previo o diabetes tomaba antiagregantes. Los valores de control de PA y Gluc en población con RCV alto fueron 43% y 43%, con un 14% y 43% tomando medicación antihipertensiva e hipoglucemiantes respectivamente. Un 29% presentaba los tres componentes lipídicos controlados (29% HDL, 43% TG, 71% LDL) con un 87% en tratamiento hipolipemiante (estatinas todos ellos). Ningún paciente recibía antiagregación. Al dividir a la población en función de la existencia simultánea de uno, dos o tres de los FRCV analizados no se evidenciaron diferencias significativas en el grado de control y/o toma de fármacos. Para el total de la población no se evidenciaron diferencias significativas en el grado de control o toma de fármacos en presencia de RCV elevado, evento CV previo, EUA elevada, tabaquismo, obesidad, obesidad central, antecedentes familiares CV, SIDA o lipodistrofia.

**Discusión.** Se detecta en los pacientes infectados por el VIH una elevada prevalencia de FRCV, sobre todo dislipidemia. Como en la población general, la tendencia es a la asociación de FRCV entre ellos. Si bien el grado de control de los FRCV individuales es elevado no se aprecian diferencias cuando se analiza la asociación con otros factores de riesgo que según guías debieran traducirse en mayor empleo de fármacos y control más estricto.

**Conclusiones.** En la población VIH se repite el patrón de manejo reportado en población general centrando la atención en la consideración aislada del FRCV y no del RCV global.

#### A-166

### COMPORTAMIENTO DE LA FUNCIÓN RENAL EN EL COLECTIVO INFECTADO POR EL VIH

V. Giner<sup>1</sup>, M. Esteban<sup>1</sup>, M. Galindo<sup>2</sup>, J. Rodríguez<sup>2</sup>, F. Alcácer<sup>2</sup>, J. Guix<sup>2</sup> y J. Redón<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Medicina Interna. Verge dels Liris. Alcoi, Alacant.

<sup>2</sup>Medicina Interna. Clínico Universitario. València.

**Objetivos.** Es escasa la información al respecto de la patología renal y sus determinantes en población VIH+, aparentemente de riesgo. Se plantea en este estudio analizar la prevalencia de disfunción renal y sus potenciales determinantes en un grupo de portadores de la infección por el VIH en TARGA.

**Material y métodos.** Estudio transversal de 63 pacientes VIH+ (43 ± 9 años, 75% varones, 52% SIDA, 43% ADVP, CV 23.628 ± 85.391 copias/ml, CD4 458 ± 265 ml, IMC 23 ± 5 kg/m<sup>2</sup>, Masa grasa 20 ± 8%, 117 ± 57 meses de evolución). Los pacientes respondieron a un cuestionario de antecedentes CV, se realizó valoración antropométrica y revisión de historias clínicas. Se estableció toma actual y acumulada de antiretrovirales (meses), cociente albúmina/creatinina en muestra única matutina (EUA/C, mg/g) y en muestra de 24 h (EUA 24 h, mg/24 h). Se estimó el filtrado glomerular (FG) con la ecuación de Cockcroft-Gault, considerando insuficiencia renal (IR) un FG < 60 ml/min. Se consideraron valores de creatinina plasmática > 1,5 mg/dl en varones y > 1,4 mg/dl en mujeres como diagnósticos de IR, y de 1,2 y 1,3 mg/dl como marcadores de lesión de órgano diana (LOD). **Resultados.** Los valores (media ± desviación típica) de creatinina fueron de 0,8 ± 0,2, urea 30,3 ± 10,8, FG 100,8 ± 23,6 ml/min, con prevalencias del 3,2% y 1,6% respectivamente de IR y LOD según creatinina plasmática. La prevalencia de IR por valores de FG fue del 3,2%, con un índice de concordancia kappa de -0,33 (p < 0,937) con la creatinina plasmática si el corte se establece en 1,4/1,5 mg/dl para mujeres/hombres respectivamente, pasando a una concordancia de 0,376 (p = 0,002) cuando el corte se establece en 1,2 y 1,3 mg/dl. Los valores de EUA 24 h y EUA/C fueron respectivamente de 112,5 ± 396,2 mg/24 h y 138,2 ± 613,0 mg/g (kappa 0,52, p < 0,0001), con una prevalencia (%) de microalbuminuria y proteinuria del 17,5 y 6,3 por el primer método, y del 13,3% y 8,3% con el segundo (índice kappa 0,865, p < 0,0001). Al comparar los pacientes con FG < 60 ml/h, estos presentaron unos valores mayores de presión arterial clínica y de 24 h, si bien sólo alcanzó significación estadística para los valores de PAS clínica (166,0 ± 11,3 vs 136,1 ± 19,2 mmHg, p 0,033). No hubo diferencias analíticas salvo en los valores de colesterol HDL, menor en presencia de IR (19,5 ± 14,8 vs 38,9 ± 13,9 mg/dl). Tampoco fue diferente la distribución de FRCV tanto clásicos como emergentes, si bien los pacientes con IR presentaron mayor resistencia insulínica (HOMA 6,9 ± 2,6 vs 5,4 ± 6,0, p 0,731), y prevalencia de síndrome metabólico ATPIII (100% vs 37,7%, p 0,076). No se apreció ningún tipo de diferencias al considerar prevalencia de lipodistrofia, SIDA o vía de contagio. Tampoco al considerar la toma actual o acumulada de antiretrovirales. Los pacientes con IR sí presentaron peor situación inmunológica con menores valores de CD4 (230,5 ± 184,5 vs 465,8 ± 265,4, p 0,220) y mayor carga viral (134.524,5 ± 190.177,0 vs 19.804,6 ± 80.415,7 copias/ml, p 0,061). Los análisis de correlación no han hallado tampoco correlaciones significativas.

**Discusión.** La prevalencia de insuficiencia renal en el VIH es baja. En la valoración de la función renal en el población VIH debe emplearse puntos de corte de creatinina plasmática inferiores a los considerados en la población general, muy probablemente en relación con el estado ponderal de esta población. No existen factores determinantes del deterioro de la función renal en el VIH, si bien parece que serían comunes a la población general, sin poder excluir que el deterioro inmunológico contribuya.

**Conclusiones.** La baja prevalencia de fallo renal y ausencia de perfil definido de riesgo apuntan a que en la población infectada por el VIH no sean aconsejables estrategias de despistaje o control de la insuficiencia renal específicas, si bien sería conveniente la consideración de valores inferiores de creatinina plasmática como indicadores de daño renal.

#### A-167

### ADECUACIÓN DE LA PRESCRIPCIÓN DEL TRATAMIENTO DE ANTIBIÓTICOS EN EL SERVICIO DE URGENCIAS

M. Fuentes Soriano, C. del Arco Galán, A. Del Rey Ubago y E. Contreras Murillo

Urgencias. Hospital Universitario De La Princesa. Madrid.

**Objetivos.** Existe amplia literatura acerca de la escasa adecuación de las prescripciones de fármacos a las recomendaciones de las guías. En el caso de los antibióticos el mal uso supone riesgos de aparición de hipersensibilidades y alergias, sobreinfecciones y selección de cepas resistentes. El objetivo de estudio consiste en analizar la adecuación de la prescripción de antibióticos en el Servicio de Urgencias de un Hospital Universitario.

**Material y métodos.** Análisis de la adecuación de la prescripción mediante el cálculo del índice kappa, basándose en los informes de alta del Servicio de Urgencias en un período de 7 días de enero y mayo de 2006. Análisis cuantitativo y cualitativo, utilizando como patrón los textos de manuales de urgencias, las guías de tratamiento antimicrobiano (Mensa 2005 y Sanford 2005) y la tabla de resistencias del área 2005. Se recogen como variables: edad, sexo, alergias a antibióticos, enfermedad renal o hepática que obliguen a ajuste de dosis, tratamientos previos y concomitantes, diagnóstico, antibiótico prescrito, tipo, dosis y duración.

**Resultados.** Se analizan 870 prescripciones. El 54,2% (472) de los pacientes eran mujeres. 37,9% con edades entre 66-91 años y 33,9% entre 15-40 años. 5,9% (51) con insuficiencia renal y 1,3% (11) con insuficiencia hepática. El 52,7% (459) tenían tratamiento concomitante y el 13,2% (115) tratamiento antibiótico previo cambiándose el tipo de antibiótico en 28 casos. 82 pacientes (9,4%) eran alérgicos a algún antibiótico, 51 al grupo de la penicilina. El dato no era registrado en el 7,5% de las historias. El antibiótico más prescrito fue la amoxicilina/clavulánico en un 34,4% (299 casos) seguido de las quinolonas 17,3% (151 casos) y los colirios antibióticos 16,3% (142 casos). Las dosis eran muy dispares en el caso de los colirios y de amoxicilina/clavulánico: 39,5% (118) 875/125 mg cada 8 horas, 27,4% (82) 1 g/125 mg, 25,4% (76) 500/125 mg y 7,7% (23) 2 g/125 mg, siendo más homogénea en el resto de antibióticos. En el análisis cuantitativo el índice kappa (concordancia con la bibliografía descrita) era de 0,80 (CI 0,74-0,85 p = 0,028). En el cualitativo el índice kappa era de 0,44 (CI 0,37-0,51 p = 0,036). En 138 pacientes (15,8%) no es adecuada la prescripción por: el tipo de antibiótico (24), por la dosis (18), por las resistencias del área (17), por alergia (4), por duración (61), tipo de antibiótico/duración (2) y tipo de antibiótico/dosis (1), dosis/resistencia (1), dosis/duración (1), resistencias/duración (2). En 7 casos no se prescribía el antibiótico necesario.

**Discusión.** En el análisis cuantitativo (necesidad de tratamiento antibiótico según las guías de uso en urgencias) el índice Kappa es bueno ya que sólo a 7 pacientes no se les prescribe el antibiótico necesario y a 38 pacientes se les indica aunque no es necesario. En el análisis cualitativo (prescripción de antibiótico correcta en tipo/dosis/duración y resistencias) el índice kappa es moderado fundamentalmente por la duración, ya que la totalidad de los pacientes son enviados a su médico de atención primaria o especialista de área para control.

**Conclusiones.** En nuestro servicio de urgencias el grado de concordancia de la prescripción de antibióticos con las guías y resistencias del área es bueno, aunque necesita mejorar en cuanto a la duración, tipo de antibiótico, dosificación y resistencias del área.

#### A-168

### IMPACTO DE LA INMIGRACIÓN EN LOS CASOS DECLARADOS DE TUBERCULOSIS EN UN SERVICIO DE MEDICINA INTERNA: REVISIÓN RETROSPECTIVA 1995-2006

B. Consola<sup>1</sup>, M. Ribell<sup>1</sup>, G. Planells<sup>2</sup>, M. Mijana<sup>1</sup>, A. Almuedo<sup>1</sup>, J. Tarrega<sup>3</sup>, J. Cuquet<sup>1</sup> y S. Montull<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Servei Medicina Interna, <sup>2</sup>Medicina Familiar i Comunitària,

<sup>3</sup>Unitat de Pneumologia. Hospital General de Granollers.

Granollers, Barcelona.

**Objetivos.** Se ha descrito una especial susceptibilidad de la población inmigrante a la tuberculosis, así como unos patrones clínicos y epidemiológicos característicos con importantes implicaciones sanitarias. Por este motivo, los objetivos de este trabajo son: 1) Determinar procedencia y número de casos identificados de tuberculosis en los últimos 10 años en nuestro medio. 2) Comparar las características

clínicas, epidemiológicas y evolutivas de la enfermedad entre los casos autóctonos y los casos existentes en la población inmigrada entre el período 1995-2006.

**Material y métodos.** Estudio retrospectivo de una cohorte histórica de pacientes declarados como Tuberculosis, en un Servicio de Medicina Interna de un hospital comarcal de 350 camas con área geográfica de influencia de 350.000 habitantes, fuertemente receptora de inmigración, en el período comprendido entre enero del 1995 y abril del 2006. Las comparaciones se han realizado mediante el estadístico exacto de Fisher.

**Resultados.** Durante el período 1995-2006, 371 pacientes fueron diagnosticados de tuberculosis, el 24% de ellos en población inmigrante procedente principalmente de África (47%), Latinoamérica, Asia y Europa Oriental. En el 6% de los casos (N = 22) se asociaba un factor inmunosupresor (41% HIV positivos); sin diferencias significativas entre población inmigrante y autóctona. Entre 1995-2001 se diagnosticaron 231 casos de TBC, el 14% en población inmigrante. Entre 2002 y 2006, el diagnóstico se realizó en 140 casos (el 41% en inmigrantes), estadísticamente significativo respecto al período anterior (p < 0,005). Durante el período 1999-2006 (N = 225), en el 25% de los casos el diagnóstico fue de TBC extrapulmonar (22 casos en el grupo autóctono y 35 en el grupo inmigrante); representando la localización extrapulmonar el 45% de TBC diagnosticadas en población inmigrante y el 15% de las diagnosticadas en población autóctona (p < 0,005). Por orden decreciente, la localización fue ganglionar, pleural, ósea, urinaria, SNC, cervical y abdominal. Realizaron un seguimiento incompleto el 16% de pacientes en el grupo autóctono y el 48% en el grupo inmigrante. Se ha realizado 12 retratamientos en el grupo autóctono y 1 en el grupo inmigrante.

**Discusión.** La inmigración, desde países en vías de desarrollo es un fenómeno reciente en nuestro entorno. El 13,5% de la población actual de nuestra población es inmigrante extracomunitario procedente principalmente de Marruecos, África subsahariana y América Latina; siendo el área de influencia de nuestro hospital uno de los lugares con más porcentaje de población extranjera de la provincia de Barcelona, creciente desde el año 2002. Por este motivo hemos querido mostrar las diferencias epidemiológicas existentes entre el período previo al aumento de inmigración en nuestro entorno y la situación actual.

**Conclusiones.** 1) La tuberculosis en inmigrantes es un fenómeno de reciente aparición en nuestro medio, que ha aumentado de forma extraordinaria a partir del año 2002. 2) Los inmigrantes presentan mayor proporción de TBC extrapulmonares que la población autóctona, no obstante las diferencias entre la forma clínica de TBC que presenta la población autóctona y el grupo inmigrante no ha sido estadísticamente significativas. 3) La tasa elevada de pacientes, especialmente en el grupo inmigrante, que no han completado el seguimiento o han hecho un tratamiento farmacológico irregular, nos obliga a buscar nuevas estrategias para conseguir un mejor cumplimiento terapéutico.

**A-169**  
**SÍNDROME MONONUCLEÓSICO EN UNA UNIDAD DE CORTA ESTANCIA**

**H. Albendín Iglesias, A. Hernández Torres, M. Rivera García, R. Pérez Lujan, B. García Pérez y M. Bermejo Martínez**  
*Medicina Interna. Virgen De La Arrixaca. El Palmar, Murcia.*

**Objetivos.** Describir las características epidemiológicas, clínicas y serológicas de una serie de pacientes que precisaron ingreso en la

Unidad de Corta Estancia del HUVA con diagnóstico de Síndrome Mononucleósico.

**Material y métodos.** Se revisaron las historias clínicas de los pacientes ingresados en la UCE desde febrero de 2002 hasta junio de 2006 con diagnóstico al alta de Síndrome Mononucleósico. Se recogieron un total de 49 pacientes, de los que se obtuvieron datos sociodemográficos, presentación clínica, alteraciones hematológicas y serología. Se recogieron los datos en una tabla, analizando los resultados mediante un programa estadístico. Para las variables cualitativas se extrajeron las medias mediante la t de Student con un IC del 95%, para las variables cuantitativas se realizó un análisis de proporciones con un IC al 95%.

**Resultados.** tablas 1 y 2.

**Discusión.** En nuestra serie de pacientes la mayoría eran hombres y la edad media era de 19 años. Los pacientes presentaron adenopatías, fiebre, odinofagia y exudado amigdalár como clínica más frecuente. La hepatomegalia y esplenomegalia se observó en un 28% y 44%. Tan sólo seis pacientes presentaron ictericia en la exploración física. Casi todos los casos cursan con alteración de la función hepática en general ligera. Destacar un caso de anemia hemolítica entre los 49 pacientes. La mayoría de los pacientes presentaban una serología positiva para el VEB (61.22%), 6 pacientes tuvieron una serología positiva para CMV (12.24%), resultando negativa para ambos en un 10.20%, dos pacientes presentaron serologías positivas para ambos virus.

**Conclusiones.** Los pacientes con síndrome mononucleósico ingresados en UCE presentaron una evolución con clínica marcada por fiebre, adenopatías, exudado amigdalár, con una moderada prevalencia de hepatoesplenomegalia. Casi todos los pacientes presentaron una elevación de enzimas hepáticas, siendo característica la linfocitosis. La serología predominante fue la de VEB.

Tabla 1. Serología.

EVEB	30	61,22% (46,24-74,80)
CMV	6	12,24% (0,04-0,24)
VEB + CMV	2	4,08%

**A-170**  
**APORTACIÓN DE LA ESPECTROSCOPÍA POR RM EN PACIENTES CON LESIONES INTRACRANEALES CON EFECTO MASA Y SIDA. A PROPÓSITO DE DOS CASOS**

**A. Muñoz Pérez<sup>1</sup>, J. Marín Marín<sup>2</sup>, A. García Medina<sup>2</sup>, M. Martínez Navarro<sup>2</sup>, A. Cano Sánchez<sup>1</sup> y A. Díaz Ortuño<sup>2</sup>**  
*<sup>1</sup>M. Interna/Infecciosas, <sup>2</sup>M. Interna/Neurología. Universitario Reina Sofía. Murcia.*

**Objetivos.** Las lesiones cerebrales focales representan un porcentaje significativo de las complicaciones del SNC en pacientes con SIDA. Las lesiones intracraneeales en este tipo de pacientes suelen ser de causa infecciosa o neoplásica. La Espectroscopia por RM ha supuesto una revolución en el diagnóstico diferencial de estas lesiones. Presentamos dos casos clínicos que ilustran la utilidad de esta técnica. **Material y métodos.** Caso 1: mujer de 32 años procedente de Guinea Ecuatorial y sin antecedentes de interés salvo haber tenido pareja estable durante más de 8 años fallecida recientemente por SIDA terminal. Dos meses antes presenta episodio de parestesias

Tabla 2. Resultados (A-169).

Variables	Proporción (IC al 95%)	Variables	Media ±DE, IC AL 95%
Mujeres	36,73% (23,5; 51,8)	Edad	19,2 ± 1,6
Adenopatías	87,7% (75,2; 95,4)	GOT	129,4 ± 34,7
Fiebre	95,9% ( 86,0; 99,5)	GPT	214,1 ± 51,5
Odinofagia	75,5% (61,1; 86,7)	GGT	144,4 ± 36,5
Exudado amigdalár	53,1% (38,3; 67,5)	BT	1,2 ± 0,3
Rash cutáneo	4,1% (0,05; 13,9)	Leucocitosis	10,8 ± 1225,1
Ictericia	12,24% (4,6; 24,8)	Linfocitosis	56,6 ± 5
Hepatomegalia	28,57% (16,6; 43,3)	Hb	13,2 ± 0,4
Esplenomegalia	44,90% (30,7; 59,8)	Plaquetas	209183 ± 19708

ascendentes desde miembro inferior hasta hemicuerpo izquierdo de minutos de duración, seguidos de pérdida de conciencia y convulsiones generalizadas. Repetición posterior de los episodios, dejando como secuelas hemiparesia izquierda de predominio en miembro superior izquierdo. En la última semana, cefalea holocraneal y febrícula. En la exploración neurológica destacaba una paresia facial supranuclear izquierda, hemiparesia izquierda de predominio braquial y distal e hiperreflexia en miembros inferiores. Hipoalgesia y disestesias en miembros izquierdos. Entre los estudios complementarios destacan serología VIH positiva y TAC de cráneo con lesión ocupante con componente poliústico y realce periférico afectando a núcleos de la base y tálamo derecho con edema perilesional, de dudosa naturaleza tumoral o infecciosa. Se le practicó espectroscopia por RM claramente compatible con patrón tumoral, muy sugestivo de linfoma. Caso 2: varón de 42 años procedente de Ghana y con diagnóstico de infección por VIH en estadio desconocido. En los últimos 15 días, presenta déficit sensitivo y motor progresivo en hemicuerpo izquierdo, acompañado de cefalea leve holocraneal. No refiere fiebre ni otra sintomatología acompañante. La exploración neurológica revelaba la presencia de claudicación evidente a nivel distal de miembro inferior izquierdo con paresia grado 4 a dicho nivel. TAC craneal: lesión hipodensa en ganglios de la base en hemisferio cerebral derecho con escasa captación de contraste compatible con proceso infeccioso y/o tumoral. La espectroscopia con RM nos orientó hacia la naturaleza infecciosa de la lesión (toxoplasmosis). **Discusión.** De acuerdo a estudios neurorradiológicos, las lesiones cerebrales focales representan un porcentaje significativo de las complicaciones del SNC en pacientes con SIDA, que alcanzaría un 38% de los casos cuando es evaluado mediante TC y hasta un 54% empleando RM. Las lesiones "masa" intracraneales en este tipo de pacientes suelen ser de causa infecciosa o neoplásica. En primer lugar toxoplasmosis y en segundo lugar linfoma primitivo. La espectroscopia por RM ha supuesto una revolución en el diagnóstico diferencial de estas lesiones. Se trata de una técnica radiológica que cuantifica metabolitos. Los metabolitos de los que podemos obtener imagen espectral son fundamentalmente: N Acetil Aspartico, Creatina (CRT), Colina (COL), Inositol (INO). Las lesiones ocupantes de espacio cerebral, en función de su composición, presentan distintas concentraciones de estos metabolitos, configurando por tanto distintos patrones espectrales característicos del proceso etiológico. En la toxoplasmosis, se objetiva una elevación de lípidos y láctico (en relación con procesos de necrosis y rotura de membranas) así como una disminución del pico de colina a diferencia del linfoma, en el cual lo más llamativo es la elevación del pico de colina en relación con la alta tasa de recambio de membranas de los procesos proliferativos. **Conclusiones.** 1) La espectroscopia por RM ha supuesto una gran aportación en los pacientes con lesiones intracraneales con efecto masa y SIDA, ayudando en el diagnóstico diferencial de dichas lesiones, sobre todo para distinguir aquellas de naturaleza infecciosa frente a aquellas de naturaleza tumoral. 2) Se trata de una técnica no cruenta y en numerosas ocasiones evitaría el abordaje neuroquirúrgico innecesario de determinadas lesiones.

**A-171 ESTUDIO DESCRIPTIVO DE CUATRO PACIENTES CON MIELOMA**

**M. Belhassen<sup>1</sup>, M. Hernández<sup>2</sup>, A. López<sup>1</sup>, E. Pérez<sup>3</sup>, L. Fuentes<sup>1</sup>, A. Carpio<sup>1</sup>, M. Bosch<sup>4</sup> y E. Sáez del Cabo<sup>5</sup>**  
<sup>1</sup>Medicina Interna III, <sup>2</sup>Hematología. *Clinico Universitario. Salamanca.* <sup>3</sup>Unidad de Enf. Infecciosas, <sup>4</sup>Hematología. *Universitario de Gran Canarias. Las Palmas.* <sup>5</sup>Hematología. *León.*

**Objetivos.** Es conocida la relación de la infección por los VIH y linfomas B, pero la asociación con mieloma múltiple (MM) es debatida. La casuística es reducida, dificultando la caracterización y la puesta en marcha de protocolos terapéuticos específicos. **Objetivos:** caracterizar los pacientes infectados por el VIH con MM.

**Material y métodos.** Ámbito: hospitales Materno-Insular de Gran Canaria, Universitario de Salamanca y de León. Se hizo una búsqueda de casos en los Servicios de Hematología y Enfermedades Infecciosas. Se realiza un estudio descriptivo mediante el paquete estadístico SPSS 12.0.

**Discusión.** En la infección por el VIH existe una activación policlonal inespecífica B, manifestada por hipergammaglobulinemia policlonal y una elevada prevalencia de autoanticuerpos. En pacientes infectados por el VIH, la gammapatía monoclonal tiene una incidencia de 2,5%, y algunos autores apuntan a un mayor riesgo de MM respecto a la población general. La del MM en estos pacientes tampoco está definida, aunque se ha puesto en relación con la activación policlonal B, a su vez mediada por la hiperproducción de IL-6 característica de la infección por VIH. Nuestros pacientes tenían características clínicas similares a los escasos casos de MM en VIH descritos hasta la fecha: Son pacientes jóvenes (media de edad de 40 años), la enfermedad es muy agresiva, la afectación extramedular es frecuente y la anatomía patológica a menudo es atípica. El tratamiento óptimo del MM en pacientes VIH no esta bien definida. El pronóstico vital es malo, con una supervivencia siempre inferior al año del diagnóstico.

**A-172 FIEBRE BOTONOSA MEDITERRÁNEA: ¿ENFERMEDAD BENIGNA? EXPERIENCIA DEL HOSPITAL DISTRITAL DE FARO (PORTUGAL) EN 2004 Y 2005**

**R. Muñoz<sup>1</sup>, A. Mingo<sup>1</sup>, P. Pérez<sup>1</sup>, R. Coelho<sup>2</sup>, P. Proença<sup>1</sup> y R. Sousa<sup>4</sup>**  
<sup>1</sup>Medicina Interna II, <sup>2</sup>Dermatología. *Hospital Distrital. Faro, Portugal.* <sup>3</sup>Centro de Estudos de Vectores de Doenças Infecciosas. *Instituto Nacional de Saúde. Lisboa, Portugal.*

**Objetivos.** A pesar de la extendida práctica que lleva a los enfermos diagnosticados de Fiebre Botonosa Mediterránea a ser seguidos de forma ambulatoria, fue observada en los últimos años la existencia de numerosos casos graves en nuestro hospital. Se pretendió con

Tabla 1. Resultados (A-171).

	Paciente 1	Paciente 2	Paciente 3	Paciente 4
Edad	49	35	41	35
Estadio VIH-Nº CD4	C2-218	B3-24	B3-129	B3-52
Clinica Debut	síndrome general	Inestabilidad, perdida de agudeza visual	Diafisitis/clavo endomedular fémur	síndrome febril+diplopia+ insuficiencia renal aguda
Insuficiencia renal	no	si	no	si
Afectación neurológica	no	inestabilidad, perdida agudeza visual	no	diplopia
Clinica ósea	si	si	si	si
Proteinograma	IgG 2167 Kappa	IgG 3920 Kappa	IgG 1810 Kappa	Bence Jones
Mieloma múltiple	Mieloma múltiple plasmoblastico IgG	Mieloma múltiple plasmoblastico IgG	Plasmocitoma inmaduro	Plasmocitoma inmaduro
Tratamiento	6 ciclos CHOP	1 ciclo CHOP	RT/VBCMP VCMP+VBAD RIVA	Sin tratamiento
Complicaciones	No	Si paraplejia	CHOP Paliativo	Si, PCP
Exitus	No	Si-neumonía	No	Si-PCP
Causa Exitus	No-No	con sepsis secundaria	Si-progresión enfermedad	Si-PCP
Tiempo diagnostico -éxitus	> 90 días libre enfermedades	37 días	330 días	24 días

este estudio prospectivo evaluar con parámetros clínicos y analíticos a todos los enfermos ingresados en el Hospital Distrital de Faro durante los años 2004 y 2005, con sospecha clínica de Fiebre Botonosa Mediterránea, así como la existencia o no de criterios de gravedad o mal pronóstico, traducidos por necesidad de ingreso en U.C.I. y/o evolución deletérea.

**Material y métodos.** Para los enfermos ingresados en el Hospital Distrital de Faro con sospecha clínica de Fiebre Botonosa Mediterránea, fue realizado un cuestionario en el que se registraron datos de filiación, epidemiológicos, clínicos, analíticos y de terapéutica. Como técnicas de laboratorio: hemograma, bioquímica, serología por inmunofluorescencia indirecta para IgM e IgG, aislamiento en sangre de *Rickettsia* spp mediante la técnica de "Shell-Vial" y RCP, así como biopsia cutánea de las lesiones para aislamiento directo del agente.

**Resultados.** De los 32 enfermos ingresados, la edad media fue de 53,1 años (24-83 años), 40,6% hombres y 59,4% mujeres. En relación a los datos epidemiológicos resaltamos el contacto con perros en un 78,1% de los casos, y picadura de garrapata en un 56,2%. El 65,6% de los casos fueron registrados entre Junio y Septiembre. Los síntomas y signos más frecuentes fueron: fiebre (90,7%), exantema (90,6%), astenia (78,1%), mialgias (78,1%), cefaleas (68,7%), anorexia (62,5%), vómitos (56,2%), artralgias (43,7%), confusión mental (31,2%). El intervalo de tiempo medio entre el inicio de los síntomas y la admisión en el hospital fue de 4,3 días. Las alteraciones analíticas más frecuentes fueron: aumento de transaminasas (93,7%), aumento del TP (81,2%), aumento de la LDH (81,2%), trombocitopenia (71,8%), aumento del TPP (59,3%) y aumento de creatinina (40,6%). Los regímenes terapéuticos más utilizados fueron doxiciclina con quinolona (46,8%) y doxiciclina en monoterapia (36,3%). En relación a la gravedad de estos casos, 7 de ellos (21,8%) precisaron de ingreso en U.C.I., con necesidad de ventilación asistida, con evolución deletérea en 3 de dichos casos (9,3%). Hubo confirmación serológica en un 31,2% de los casos en que fue realizada.

**Discusión.** Los resultados obtenidos con este trabajo evidenciaron un mayor porcentaje de casos graves desde el punto de vista clínico y analítico, comparativamente con lo publicado en la literatura. Esto podrá estar relacionado con el hecho de que estos enfermos hayan requerido de ingreso hospitalario y, por tanto, esta muestra no será representativa del total de enfermos que sufren esta infección. De acuerdo con otros trabajos publicados, existe una correlación positiva entre ciertos datos clínicos y analíticos, y la necesidad de ingreso en U.C.I. o la evolución deletérea, como son: confusión mental, trombocitopenia < 50.000/mm<sup>3</sup>, alteración grave de la función hepática y renal, y elevación de LDH, y la necesidad de ingreso en U.C.I. y/o evolución deletérea.

**Conclusiones.** La fiebre botonosa mediterránea es frecuentemente considerada una infección relativamente benigna. Este estudio prospectivo ilustra, no obstante, la frecuente afectación multiorgánica, así como la elevada mortalidad entre los enfermos ingresados con esta sospecha diagnóstica. Así, estos resultados deberán estimular el diagnóstico precoz, detección de casos graves, y manejo adecuado de estos enfermos.

**A-173**

**SÍNDROME MONONUCLEÓSICO POR VEB**

**C. Aguirre González, H. Albendín Iglesias, A. Hernández Torres, M. Rivera García, R. Pérez Lujan, B. García Pérez y M. Bermejo Martínez**

*Medicina Interna. Virgen De La Arrixaca. El Palmar, Murcia.*

**Objetivos.** Comparación mediante un estudio descriptivo retrospectivo las características clínicas, epidemiológicas y analíticas de pacientes con síndrome mononucleosico y serología para VEB positiva comparado con pacientes diagnosticados de síndrome mononucleosico con serología para VEB negativa.

**Material y métodos.** Se revisaron las historias clínicas de los pacientes ingresados en la Unidad de Corta Estancia con Síndrome Mononucleosico y serología para VEB positiva y negativa desde febrero del 2002 hasta junio del 2006. Se recogieron datos sociodemográficos, analíticos y presentación clínica en un total de 43 pacientes, de los que 11 tenían serología negativa para el VEB y 32 serología positiva para el VEB. Se utilizó un programa estadístico comparando las variables cuantitativas con un test de comparación de medias (t-

Student) y para las variables cualitativas medida del riesgo relativo. **Resultados.** Ver tabla 1.

**Discusión.** Los pacientes con serología positiva para VEB, fueron con mayor frecuencia mujeres comparado con el grupo de serología negativa. El cuadro clínico de fiebre, adenopatías, odinofagia, ictericia y hepatoesplenomegalia se vio más frecuentemente en pacientes con serología positiva aunque no alcanzó significación estadística. La media de edad para los dos grupos fue de 19 años. Las cifras de hemoglobina, plaquetas y leucocitos fue parecida en ambos grupos. Respecto a la elevación de enzimas hepáticas fue mayor en pacientes con serología de VEB positiva, alcanzando significación estadística para la GPT.

**Conclusiones.** Los pacientes con síndrome mononucleosico y serología para VEB positiva presentan una mayor elevación de GPT respecto a los pacientes con síndrome mononucleosico y serología para VEB negativa.

Tabla 1. Resultados.

	Serología VEB + (Media)	Serología VEB - (Media)
Edad	19,0	19,9 (p = 0,68)
Leucocitos	10608	10184 (p = 0,78)
Linfocitos	57,8	51,7% (p = 0,28)
Hemoglobina	13,35	12,96 (p = 0,42)
Plaquetas	201781	240272 (p = 0,11)
GOT	144,0	64,7 (p = 0,054)
GPT	231,1	113,3 (p = 0,044)
FA	204,6	17,0 (p = 0,57)
BT	0,2	0,3 (p = 0,29)
GGT	137,0	152,8 (p = 0,73)

**A-174**

**MENINGITIS TUBERCULOSA EN ANCIANOS. APORTACIÓN DE 14 CASOS**

**M. Maza Vera<sup>1</sup>, M. Pérez de Lis Novo<sup>1</sup>, R. Pérez Álvarez<sup>1</sup>, S. Troncoso Recio<sup>1</sup>, A. Piñeiro López<sup>1</sup>, B. Sopena<sup>2</sup>, J. Montes Santiago<sup>1</sup> y J. Fernández Martín<sup>1</sup>**

<sup>1</sup>Medicina Interna. Meioxoeiro. Complejo Hospitalario Universitario de Vigo. Vigo, Pontevedra. <sup>2</sup>Medicina Interna. Xeral-Cies. Complejo Hospitalario Universitario de Vigo. Vigo, Pontevedra.

**Objetivos.** Describir las características clínicas de los pacientes mayores de 65 años con diagnóstico de meningitis tuberculosa ingresados en el Complejo Hospitalario de Vigo (CHUVI) entre los años 1993 y 2006.

**Material y métodos.** Se estudiaron retrospectivamente 14 casos de meningitis tuberculosa diagnosticados durante el periodo estudiado valorando sus aspectos epidemiológicos, clínicos y diagnósticos así como la eficacia de los tratamientos utilizados y la evolución posterior.

**Resultados.** La edad media fue de 74,14 años. Diez eran mujeres y cuatro hombres. Entre los antecedentes destacan la presencia de tuberculosis pulmonar previa (15%) e inmunosupresión (15%). Al ingreso un 64% de los pacientes presentaba algún grado de compromiso del nivel de conciencia, pero solo el 40% presentaba la triada sintomática clásica (fiebre, cefalea y alteraciones de conciencia). El LCR mostró aumento de proteínas, glucosa baja y linfocitosis junto con ADA elevado en más del 70% de ellos (considerando rango normal hasta 6 mg/dl). Se observó una evolución favorable en todos los casos después de la instauración del tratamiento adecuado.

**Discusión.** La meningitis tuberculosa continúa siendo una enfermedad vigente. Su incidencia se ha visto aumentada en los últimos años por el aumento de la inmigración y la coinfección con VIH. Para la obtención del diagnóstico es fundamental primero tener una historia clínica y en segundo lugar apoyo de pruebas diagnósticas como son el ADA en LCR, PCR de mycobacteria tuberculosa en LCR y pruebas de imagen como la Resonancia Magnética Cerebral.

**Conclusiones.** En todo paciente anciano con alteración del nivel de conciencia, la meningitis tuberculosa debería ser considerada entre

los diagnósticos diferenciales. La evolución depende en gran medida de un diagnóstico y tratamiento precoces.

**A-175  
BACTERIEMIA POR STREPTOCOCCUS CONSTELLATUS:  
ANÁLISIS DE 4 CASOS**

**M. Estébanez Muñoz<sup>1</sup>, J. Gómez Cerezo<sup>1</sup>, M. López Rodríguez<sup>1</sup>, B. Pagán Muñoz<sup>1</sup>, M. Feito Rodríguez<sup>1</sup>, F. Barbado Hernández<sup>1</sup>, A. de los Angeles Barrios Fernández<sup>2</sup> y J. Vázquez Rodríguez<sup>1</sup>**

<sup>1</sup>Medicina Interna, <sup>2</sup>Microbiología. La Paz. Madrid.

**Objetivos.** Evaluar las formas de presentación de la bacteriemia clínicamente significativa por *S. constellatus* analizando los únicos 4 casos de bacteriemia por este microorganismo encontrados en el Hospital de La Paz en los últimos 4 años.

**Material y métodos.** Se revisaron los hemocultivos positivos para *S. constellatus* durante el período 2001-2006 del Servicio de Microbiología del Hospital Universitario La Paz.

**Resultados.** Caso 1: mujer de 28 años sin antecedentes de interés con diagnóstico final de bacteriemia por *S. constellatus* y enfermedad de Crohn con patrón fistuloso diagnosticada mediante tránsito intestinal y ASCA positivo a título alto. Caso 2: varón de 59 años con antecedente de adenocarcinoma de colon estadio D. Ingresa por abscesos abdominales objetivados por TAC con posterior fistula enterocutánea espontánea y bacteriemia secundaria a *S. constellatus*. Caso 3: varón de 63 años diagnosticado de linfoma del manto en tratamiento quimioterápico. Fiebre y bacteriemia por *S. constellatus*. Caso 4: varón de 53 años recién diagnosticado de carcinoma epidermoide de esófago y Linfoma No Hodgkin de la zona marginal. diagnóstico final de neumonía del LID y bacteriemia por *S. constellatus*.

**Discusión.** La bacteriemia por *S. constellatus* es extremadamente infrecuente, y suele asociarse a la presencia de abscesos ocultos. Se observó enfermedad maligna asociada (neoplasia del tubo digestivo y linfoma) en 3 de los 4 casos; y presencia de fistula abdominal asociada o no absceso en 2 de los 4 casos, asociación hasta el momento no publicada. En ningún caso se objetivó endocarditis.

**Conclusiones.** La frecuencia de bacteriemia por *S. constellatus* es excepcional, por lo que un hemocultivo positivo obliga a la realización de estudios de imagen dirigidos para descartar no sólo abscesos abdominales, sino también fistulas entéricas y enfermedades hematólogas malignas del tipo linfoma.

cia 19,6). Pfeiffer promedio de 2,55 con 83 pacientes con pfeiffer de 3 o superior. La estancia media ha sido de 21,5 días. Las patologías por grupos de PP son: A 176 (29%) B 72 (12%) C 124 (20%) D 27 (4%) E 120 (20%) F 44 (7%) G 46 (8%). El destino al alta ha sido domicilio 198 (69%) éxitus 50 (18%) residencia 24 (8%) traslado agudos 8 (3%) larga estancia 5 (3%).

**Discusión.** El porcentaje de pacientes PP ingresados en nuestra unidad de media estancia (54%) es mucho más elevado que el de las unidades de medicina interna de los hospitales de agudos (31%). La mayoría de pacientes son derivados de los hospitales de agudos (78%) tanto de urgencias como de las unidades de hospitalización, en menor medida de su domicilio. Son especialmente frágiles con una situación funcional de dependencia previa al ingreso (barthel 62,5) y con frecuente alteración cognitiva (pfeiffer promedio 2,55 y 83 pacientes con pfeiffer mayor de 3. La situación funcional al ingreso es de dependencia grave (barthel 30,9) consiguiendo una buena recuperación al alta (barthel 50,5), la ganancia de 19,6 puntos (0,77/día). La estancia media es de 21,4 algo mayor que en poblaciones similares de centros de agudos. Al analizar los grupos de enfermedades. Las cardíacas 176 (A) respiratorias 124 (C) y neurológicas 120 (E) son las más frecuentes, seguidas de las renales 72 (B). Los resultados obtenidos con un porcentaje de éxitus del 18% y traslados a hospitales de agudos del 3% son superponibles a los centros de agudos con poblaciones similares.

**Conclusiones.** 1) El número de pacientes pluripatológicos atendidos en nuestra unidad de media estancia es muy elevado, a éstos debería añadirse los pacientes con demencia severa acompañados de síndromes geriátricos como inmovilidad e incontinencia cuya complejidad es similar. 2) La mejoría funcional conseguida es fruto de la rehabilitación que siguen todos los pacientes una vez establecido el cuadro clínico. 3) Los hospitales sociosanitarios son adecuados para la atención de pacientes pluripatológicos especialmente aquellos ya diagnosticados y evaluados y que no precisen medidas agresivas para su tratamiento (ingresos en UCI, exploraciones invasivas, etc.). En centros como el nuestro se benefician de la atención multidisciplinar con especial relevancia de la recuperación funcional. 4) Dada la alta prevalencia de pacientes pluripatológicos con frecuentes descompensaciones que son atendidas en urgencias siendo sometidos de manera reiterada a exploraciones en muchas ocasiones invasivas creemos necesario establecer programas específicos para esta población estableciendo circuitos con hospitales de agudos, atención primaria y centros sociosanitarios que permita una atención transversal y continuada.

**EA-2  
HOSPITAL GERIÁTRICO Y PACIENTES DEMENTES  
A. Lazo Torres, M. Pageo Giménez, F. Díez García,  
J. Montes Romero, F. Gamir Ruiz, V. Rodríguez,  
G. Gómiz y S. López Palmero**

Medicina Interna. Torrecárdenas. Almería.

**Objetivos.** Describir las principales características de los pacientes con demencia que ingresan en una Unidad de Geriátrica del Servicio de Medicina Interna en un Hospital con Geriátrica-agudos, Unidad de Media Estancia-Rehabilitación y Unidad de Cuidados paliativos.

**Material y métodos.** Revisamos las historias clínicas de todos los pacientes con diagnósticos de deterioro cognitivo o demencia, dados de alta en nuestro centro durante un período de 6 meses. Se recogieron como variables: edad, estancia media, motivo de ingreso, tipo de demencia y tratamiento, comorbilidad, polifarmacia, incapacidades física/psíquica (escala de Cruz Roja), destino al alta (domicilio/residencia/otro).

**Resultados.** Estudiamos un total de 136 pacientes dados de alta en el período de 6 meses con diagnóstico de demencia, de los cuales la mayoría fueron mujeres (66,9%). La edad media fue 83.19 años. La estancia media fue de 11 días. Las demencias vascular/mixta englobaron a casi dos terceras partes de los pacientes. Los pacientes con demencias vascular/mixta recibieron tratamiento antiagregante en el 67% de los casos, no así en el caso de los pacientes con demencia tipo Alzheimer, donde la gran mayoría de los pacientes no recibían tratamiento específico, siendo la memantina el fármaco más prescrito. La patología infecciosa fue el motivo de ingreso más frecuente. Los pacientes eran grandes incapacitados y su destino al alta fue el

**PACIENTE PLURIPATOLÓGICO/  
EDAD AVANZADA**

**EA-1  
ATENCIÓN A PACIENTES PLURIPATOLÓGICOS EN EL  
AMBITO SOCIOSANITARIO**

**F. Alberti Homar<sup>1</sup>, L. Feliu Mazaira<sup>1</sup>, L. Vich Martorell<sup>2</sup>,  
A. Truyols Bonet<sup>2</sup> y J. Parra Ropero<sup>3</sup>**

<sup>1</sup>Pluripatológicos, <sup>2</sup>Convalecencia, <sup>3</sup>Convalecencia, <sup>4</sup>Ufiss.  
Hospital General. Palma Mallorca, Baleares.

**Objetivos.** Evaluar el porcentaje, procedencia, características y evolución de pacientes pluripatológicos ingresados en la unidad de media estancia de nuestro centro sociosanitario.

**Material y métodos.** Revisamos los pacientes ingresados en 2005 y primeros cinco meses del 2006. aplicamos los criterios de la SEMI de pacientes pluripatológicos(PP) y analizamos estancia media, tipo de patología, barthel de ingreso y alta, procedencia y destino alta.

**Resultados.** Durante este período han ingresado 532 pacientes de ellos 285 (54%) cumplen criterios de PP. La edad media es de 81,6 años. La procedencia de los ingresos ha sido hospitales de agudos 224 (78%) domicilio 39 (14%) hospital de día 14 (5%) y otros 8 (3%). El Barthel promedio previo 62,5. Ingreso 30,9 y alta 50,5 (ganancia

domicilio para control por atención primaria. Tan sólo la cuarta parte de los pacientes se trasladaron a residencias asistidas.

**Discusión.** El porcentaje de pacientes que recibieron tratamiento específico para la demencia fue bajo, hecho que quizás podría explicarse por el estado de gran incapacidad que ya tenían nuestros enfermos, y que explicaría también por qué la memantina fue el fármaco más prescrito en esta serie, dado que es el que se suele emplear en aquellos casos con mayor deterioro cognitivo. A pesar de que un gran porcentaje de los pacientes eran grandes incapacitados tanto física como psíquicamente, tan sólo la cuarta parte de ellos ingresaron en residencias asistidas, recayendo los cuidados en sus familias y en los equipos de atención primaria, siendo muy importante la figura de la enfermera de enlace hospitalaria.

**Conclusiones.** 1) Las demencias vascular/mixta fueron las más frecuentes. 2) Nuestros pacientes recibieron antiagregación en la mayoría de los casos con demencia vascular/mixta, no así otros tratamientos específicos, siendo la memantina el fármaco más prescrito. 3) La patología infecciosa fue el principal motivo de ingreso, seguido de los accidentes cerebrovasculares.

### EA-3 ESTADO FUNCIONAL Y COGNITIVO DE PACIENTES PLURIPATOLÓGICOS INGRESADOS EN MEDICINA INTERNA

**E. Monzó Núñez, L. De la Rosa Sabonet, A. Alemán Lorenzo, S. Egea Fenández del Pino, J. García Olivas y V. Martín Bragado**

Medicina Interna. Hospital Morales Meseguer. Murcia.

**Objetivos.** Analizar el estado funcional y cognitivo de pacientes pluripatológicos que ingresan en un Servicio de Medicina Interna.

**Material y métodos.** Se han estudiado los pacientes ingresados en el Servicio de Medicina Interna del Hospital Morales Meseguer de Murcia durante 1 mes. Se consideró paciente pluripatológico a aquel que presentaba 2 o más enfermedades crónicas, siguiendo las categorías clínicas elaboradas por la Junta de Andalucía. A los pacientes pluripatológicos se le realizó estudio de capacidad funcional mediante el índice de Barthel (IB), y del nivel cognitivo según el cuestionario del estado mental de Pfeiffer. Se estudió, además, la distribución por edad, sexo y número de enfermedades. Se utilizó estadística descriptiva y chi cuadrado.

**Resultados.** Del total de pacientes ingresados (222), fueron pluripatológicos 93 (42%), 55% hombres y 45% mujeres; 47% tenían < 80 años y 53% > de 80 años. De los pacientes pluripatológicos, tenían dependencia de moderada a total el 45%, y deterioro cognitivo en algún grado el 60%. La dependencia fue mayor en > 80 años (59%) que en < 80 años (30%) ( $p < 0,001$ ). No se apreciaron diferencias globales por sexo en grado de dependencia ni deterioro cognitivo. Se apreció mayor dependencia de mujeres < 80 años (41%) con respecto a hombres (18%), y de hombres > 80 años (65%) respecto a mujeres (50%), aunque no significativas. Los pacientes con deterioro cognitivo tienen mayor grado de dependencia (73%) que los pacientes sin deterioro cognitivo (17%) ( $p < 0,0001$ ). La dependencia y el deterioro cognitivo no guarda relación con el nº de enfermedades crónicas.

**Discusión.** Gran parte de pacientes ingresados en Medicina Interna son pluripatológicos. Más de la mitad de ellos tienen más de 80 años. Casi la mitad (45%), tienen un grado de dependencia importante que aumenta con la edad. El 60% de los pacientes pluripatológicos tienen algún grado de deterioro cognitivo en el momento del ingreso y aumenta con la edad. El deterioro cognitivo se asocia a mayor dependencia. No hay diferencia en el grado de función y cognitivo en relación al sexo de los pacientes, aunque existe tendencia a mayor dependencia en mujeres < 80 años y en hombres > 80 años.

**Conclusiones.** Un número elevado de los pacientes que ingresan en Medicina Interna son pluripatológicos y tienen más de 80 años. Estos pacientes tienen un alto grado de dependencia y deterioro cognitivo que aumenta con la edad. El deterioro cognitivo va ligado a la mayor dependencia. No hay diferencia en relación al sexo y al nº de enfermedades.

### EA-4 PROGRAMA SOCIOSANITARIO DE ATENCIÓN AL PACIENTE PLURIPATOLÓGICO

**F. Alberti Homar<sup>1</sup>, L. Feliu Mazaira<sup>1</sup>, L. Vich Martorell<sup>2</sup>, A. Truyols Bonet<sup>2</sup> y J. Parra Ropero<sup>3</sup>**

<sup>1</sup>Pluripatológicos, <sup>2</sup>Convalecencia, <sup>3</sup>Ufiss. Hospital General. Palma Mallorca. Baleares.

**Objetivos.** Evaluar los resultados obtenidos en nuestro centro con la implantación del programa sociosanitario para pacientes pluripatológicos.

**Material y métodos.** Desde hace 8 meses está funcionando en nuestro centro un programa para la atención de pacientes pluripatológicos ya diagnosticados y evaluados y que no precisen de tratamientos agresivos o invasivos (ingresos en UCI, monitorización cardíaca, cateterismo, etc.). Al alta se les ofrece posibilidad de contacto telefónico en horario diurno para consultas o ingreso directo intentando evitar las continuas asistencias a los servicios de urgencias. El objetivo es mejorar la accesibilidad y el confort a este segmento de la población así como contribuir a disminuir el colapso de los servicios de urgencias de los hospitales de agudos.

**Resultados.** Desde el inicio del programa en octubre del 2005 hasta el 30/5/2006 han sido incluidos en programa 128 pacientes con una edad media de 82,5 años, de ellos 69 son mujeres (edad 83,8) y 59 varones (edad: 81,6). La distribución por grupos de enfermedades son: A 54; B 38; C 53; D 5; E 76 F 14 G 24. Las asociaciones más frecuentes son A+C 25 casos, A+E 23 casos y C+E 17 casos. 36 pacientes presentan 3 o más grupos de enfermedades. La situación funcional a la entrada en programa es de dependencia severa (Barthel promedio de 43,6). Por otra parte la mayoría de los pacientes presentan deterioro cognitivo (Pfeiffer promedio 3,8 y MEC (lobo) 18/35. Durante este período se han producido 99 ingresos de paciente de programa con una estancia media de 13,03 días. El Barthel promedio de ingreso ha sido 32 y al alta 64,2 (ganancia 2,4 puntos/día). La procedencia de los pacientes es Hospitales de agudos 40 (41%), domicilio 38 (38%), Hospital de día 17 (17%), otros 4 (4%). El motivo del ingreso ha sido descompensaciones de sus patologías crónicas y/o procesos infecciosos de origen respiratorio/urinario. El destino al alta ha sido domicilio 76 (77%), éxitis 16 (16%), larga estancia 1 (1%), residencia 4 (4%) y traslado a centros de agudos 2 (2%). Durante este período se han producido 154 llamadas telefónicas, 93 de ellas han sido suficiente para solucionar el problema, 50 han motivado ingreso en nuestro centro, 8 han generado una cita en el hospital de día y 3 se han resuelto remitiendo al paciente a un centro de agudos. Finalmente han sido valorados en el hospital de día 149 pacientes.

**Discusión.** Los pacientes de programa PP sociosanitario presentan un elevado número de patologías crónicas-demencia, insuficiencia cardíaca y el EPOC con una situación funcional (dependencia grave) y cognitiva muy deteriorada. El objetivo del programa es proporcionar a este grupo de pacientes una asistencia de calidad pero más confortable mejorando la accesibilidad y la continuidad de los cuidados. Estos primeros resultados muestran cambios significativos en la procedencia de los ingresos pues en un 55% los pacientes proceden de domicilio u hospital de día disminuyendo de manera significativa los derivados de hospitales de agudos (41%). La estancia media de 13,03 días, la ganancia funcional (2,4 puntos/día) y mortalidad (16%) pueden considerarse más que satisfactorias, sin duda fruto del trabajo en equipo multidisciplinar y la rehabilitación precoz. La llamada telefónica y la valoración en hospital de día son elementos que facilitan la continuidad y añaden una alta satisfacción a los usuarios.

**Conclusiones.** 1) Este tipo de pacientes PP avanzado puede ser atendido con la misma calidad, resultados similares y costes muy inferiores en los centros sociosanitarios similares al nuestro. 2) La mejora de la accesibilidad y la continuidad en la asistencia en valorada muy positivamente por los usuarios y familiares. 3) Es preciso mejorar la coordinación con los centros de agudos y atención primaria estableciendo circuitos para estos pacientes. 4) La implantación de equipos multidisciplinarios domiciliarios y la puesta en marcha de un hospital de día evaluador permitirían mejorar la asistencia a estos pacientes.

**EA-6**

**ESTUDIO DE LA MORTALIDAD EN UN GRUPO DE ENFERMOS CON DEMENCIA INGRESADOS EN UN CENTRO HOSPITALARIO SOCIO SANITARIO DE MEDIA ESTANCIA**  
**L. Feliu Mazaira<sup>1</sup>, F. Alberti Homar<sup>1</sup>, A. Truyols Bonet<sup>2</sup>, L. Vich Martorell<sup>2</sup> y J. Parra Ropero<sup>3</sup>**

<sup>1</sup>Medicina Interna, <sup>2</sup>Convalecencia. Hospital General de Mallorca. <sup>3</sup>Uvass. Gesma. Palma de Mallorca, Baleares.

**Objetivos.** Evaluar las características de los enfermos con demencia y la mortalidad del grupo en un hospital socio sanitario de media estancia.

**Material y métodos.** Revisión retrospectiva de los informes de alta de los pacientes ingresados en un hospital socio sanitario de media estancia durante los años 2004-2005, en los que consta, en el apartado antecedentes patológicos o en diagnóstico, el termino demencia. Revisión de la epicrisis o la historia clínica para evaluar la actitud terapéutica adoptada en los pacientes fallecidos.

**Resultados.** De un total de 1.803 altas realizadas durante los años 2004-05, en 298 (16%) constaba el término demencia en antecedentes patológicos y/o diagnósticos. De estos 94 (31%) fallecieron. El estudio de este grupo nos indica que la edad media era de 83.4 años, con un ligero predominio de mujeres (60%). La estancia media fue de 17.8 días. El tipo de demencia registrado fue de tipo Alzheimer (32%), Vascular (31%), por cuerpos de Lewy (5%), un Mixta (4%) y en un 30% no constaba el tipo de demencia. El grado de dependencia previo al ingreso era severo (Barthel previo: 27,9), y en el momento del ingreso el nivel de dependencia fue total (Barthel al ingreso: 5,8). El motivo de ingreso estaba relacionado mayoritariamente (57%) con procesos infecciosos, especialmente respiratorios (33%), de los que la mitad correspondían a neumonías. En 21 casos (22%) constaba el grado de dependencia funcional evaluado por la escala de deterioro global de Reisberg, el 90% de los casos correspondía a GDS 7 de la escala. En 28 (30%) de estos pacientes consta una anotación explícita de toma de medidas de confort o paliativas en la epicrisis o en la historia clínica. Sin poder descartar otros casos no explícitos.

**Discusión.** La demencia es un proceso neurodegenerativo de etiología múltiple, de carácter progresivo e invalidante y sin tratamiento eficaz. Actualmente se aprecia un aumento de casos, relacionado con el incremento de la esperanza de vida y quizás con la medicalización de la asistencia a estos enfermos. Los pacientes con demencia en estados avanzados son vulnerables a procesos intercurrentes, generalmente infecciosos. En nuestro centro el 16% (como mínimo) de los ingresos padecen algún tipo de demencia, suelen ser pacientes de edad avanzada, con alta dependencia para las ABVD y con procesos infecciosos intercurrentes que motivan el ingreso hospitalario. La situación previa del paciente, el mal pronóstico funcional y vital (mortalidad del 30%) nos obliga a valorar la situación funcional por un lado, prevenir las complicaciones y plantear medidas paliativas en algunos casos.

**Conclusiones.** Los pacientes con demencia avanzada representan un volumen apreciable de atención hospitalaria debido a los procesos intercurrentes. En los centros Socio sanitarios de media estancia tenemos una dotación técnica y de personal adecuada para atender a estos pacientes con un coste más contenido. Utilizando un modo de trabajo multidisciplinar (médicos, enfermeras, fisioterapeutas y trabajadoras sociales), con especial dedicación a la valoración funcional, prevención de complicaciones (especialmente síndrome de inmovilidad y delirio) y situación social, consideramos que prestamos la atención más adecuada para estos pacientes. Planteando, en los casos de falta de respuesta al tratamiento médico y en estados muy avanzados y con mal pronóstico vital y funcional, la adopción de medidas de confort o cuidados paliativos, con el fin de evitar el encarnizamiento terapéutico.

**EA-7**

**DETERIORO COGNITIVO EN PACIENTES CON INSUFICIENCIA CARDÍACA: FRECUENCIA, FACTORES ASOCIADOS E IMPLICACIONES PRONÓSTICAS**

**N. Muñoz Rivas<sup>1</sup>, M. Méndez Bailón<sup>1</sup>, C. Romero Román<sup>2</sup>, P. Blanco Soto<sup>2</sup>, J. Mantecas<sup>2</sup>, C. Pérez de Oteyza<sup>1</sup>, L. Audibert Mena<sup>1</sup> y P. Conthe<sup>1</sup>**

<sup>1</sup>Medicina Interna, <sup>2</sup>Bioquímica. HGU Gregorio Marañón. Madrid.

**Objetivos.** Conocer la frecuencia de deterioro cognitivo, factores asociados y sus implicaciones pronósticas en pacientes ingresados

por insuficiencia cardíaca (IC) en una unidad multidisciplinar de IC en Medicina Interna.

**Material y métodos.** Se estudiaron 46 pacientes ingresados consecutivamente en una unidad multidisciplinar de IC en Medicina Interna en los meses de enero a marzo de 2006. A todos los pacientes se les evaluó la presencia de deterioro cognitivo mediante le escala de Pfeiffer, considerándose positivo para puntuación mayor o igual a 4 puntos. Se evaluaron parámetros analíticos tales como niveles de hemoglobina, creatinina, cistatina Cy PCR ultrasensible, NT-proBNP así como variables ecocardiográficas como la fracción de eyección de ventrículo izquierdo (FEVI) como factores relacionados con deterioro cognitivo. Tras el alta hospitalaria, se realizó seguimiento a 3 meses evaluándose el reingreso o descompensación por IC. El análisis estadístico se hizo mediante T de Student para variables cuantitativas y se realizó análisis multivariante entre las variables con asociación estadísticamente significativa para deterioro cognitivo.

**Resultados.** De los 46 pacientes incluidos, el 54% eran mujeres. La edad media fue de 77 ± 7.4 años. La frecuencia de deterioro cognitivo estimado mediante escala de Pfeiffer fue del 39%. La frecuencia de reingreso o de descompensación de IC tratada en hospital de día fue del 44%. Las variables asociadas estadísticamente con la presencia de deterioro cognitivo se representan en la tabla 1. La edad avanzada fue la única variable asociada de forma independiente con el deterioro cognitivo, (p = 0,005, Odds Ratio 7.2) La presencia de deterioro cognitivo tuvo asociación estadísticamente significativo con el reingreso por IC (p = 0,031).

**Conclusiones.** El deterioro cognitivo fue una comorbilidad frecuente (39%) entre los pacientes ingresados por IC. Los factores asociados fueron los valores de cistatina C, el log NT pro BNP, la cistatina y la edad avanzada, siendo la edad el más importante. La presencia de deterioro cognitivo se asoció con mayor frecuencia de reingreso.

Tabla 1. Características de los pacientes.

	Deterioro cognitivo N = 18	No deterioro cognitivo N = 28	p < 0,05
Edad	82	74	0,01
Cistatina C	1,94	1,50	0,03
proBNP (log)	3,40	3,01	0,04

**EA-8**

**LOS PACIENTES MUY MUY ANCIANOS**

**A. Vegas, C. Tejero, S. Nistal, R. Puertas, A. Asenjo, C. Aranda, M. Delgado y R. Barba**

Medicina Interna. Fundación Hospital Alcorcón. Alcorcón, Madrid.

**Objetivos.** Según algunas definiciones convencionales 'muy anciano' es un paciente que tiene más de 85 años. Sin embargo el envejecimiento de la población está haciendo que veamos pacientes por encima de estas edades con cierta frecuencia. Describir las características clínicas y demográficas de los pacientes muy muy ancianos (mayores de 95 años) que ingresan en nuestro Hospital.

**Material y métodos.** Se identificaron todos los pacientes ingresados en nuestro hospital desde en enero 1999 hasta Diciembre del 2005, a través de la base de datos CMBD (Conjunto Mínimo Básico de Datos) del hospital. Se seleccionaron para este estudio aquellos que tenían más de 95 años en el momento del ingreso. 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 GRD es un sistema para clasificar los episodios de hospitalización de una misma categoría clínica, que consumen una cantidad similar de recursos. El peso relativo es el coste respecto a la estancia promedio de todos los pacientes hospitalizados, y de forma indirecta nos indica la gravedad del proceso. Se hizo un análisis descriptivo de características demográficas (edad, sexo, lugar de residencia) y clínicas (patologías responsables del ingreso, comorbilidades, gravedad del episodio) de los pacientes, así como de los reingresos y la mortalidad.



**Resultados.** En los seis años de estudio ingresaron en nuestro hospital 70.409 pacientes, que generaron 114.747 ingresos. De estos 567 pacientes eran mayores de 95 años, y generaron 816 ingresos. Los pacientes mayores de 95 son el 8 de cada 1000 pacientes atendidos en el hospital, y 7 de cada 1000 ingresos. En 59 casos (7,2% del total de los muy muy ancianos) tenían más de 100 años cuando ingresaron. El 72,7% eran mujeres, y el peso medio del GRD (que valora la gravedad del episodio) fue de 2.2 (SD 1.3). Un 30% de los pacientes vivía en Residencia. La estancia media de estos pacientes fue de 7.1 (SD 5.8). El servicio en el que con más frecuencia ingresaron fue Medicina Interna con un 71,3% de los ingresos, seguido de Traumatología con un 12% y de Cirugía con un 5%. Un total de 164 pacientes (20%) reingresaron durante el período de estudio, un paciente reingresó un total de 9 veces. La mortalidad durante el ingreso fue del 22,7%. Los diagnósticos más frecuentes fueron los trastornos respiratorios (24,9%), la insuficiencia cardíaca (18,6%) y la infección urinaria (6,5%). Un 30% de los pacientes tenían registrado el diagnóstico de demencia, un 7% escasas, 22% diabetes, 7% EPOC, 19% insuficiencia cardíaca y 18% anemia en el informe de alta.

**Discusión.** Los pacientes muy ancianos suelen ser mujeres, una de cada tres vive en una residencia, están muy graves, reingresan con frecuencia y uno de cada 5 muere durante el ingreso. Con frecuencia son dementes, y las patologías respiratorias o cardíacas explican la mayoría de los ingresos. El Servicio de Medicina Interna es el que lleva el peso principal de estos pacientes, seguido de traumatología y cirugía.

#### EA-9

#### EL ENVEJECIMIENTO POBLACIONAL REFLEJADO EN UN HOSPITAL TERCIARIO

**S. Sánchez de la Torre, R. Barba, L. Moreno, J. Losa, I. González-Anglada, G. García de Casasola, C. Guijarro y V. Castilla**

Medicina Interna. Fundación Hospital Alcorcón. Alcorcón, Madrid.

**Objetivos.** El envejecimiento poblacional es una realidad que tiene su reflejo en muchos aspectos de la vida diaria. El dinero destinado a pensiones, el número de residencias de ancianos o la edad de jubilación son aspectos que han ido ajustándose en los últimos años a esta situación. La actividad hospitalaria también está condicionada por las consecuencias de una población cada vez más anciana. El objetivo de nuestro estudio fue comprobar hasta qué punto el envejecimiento de la sociedad está influyendo en la actividad hospitalaria.

**Material y métodos.** Los datos de este estudio se han obtenido del CMBD (Conjunto mínimo básico de datos) de la Fundación Hospital Alcorcón, durante los años 1999-2005. Se excluyeron del estudio los niños menores de 14 años y los ingresos por partos. Los pacientes fueron categorizados en 4 grupos según la edad: de 14-40 años (jóvenes), de 40-65 años (mediana edad), 65-85 años (ancianos) y más de 85 años (muy ancianos). Se valoró el número de pacientes ancianos y muy ancianos que ingresaba cada año y el impacto que tenían sobre el total de ingresos hospitalarios, sobre la estancia media y sobre la mortalidad. Se realizó un análisis descriptivo de los datos y se compararon las variables demográficas en los diferentes grupos, utilizando el test de chi-cuadrado para variables categóricas con corrección de Yates y el test exacto de Fisher's para las variables dicotómicas cuando el valor esperado de una celda era menor de 5, y la T de student para las variables cuantitativas.

**Resultados.** Durante los años 1999-2005 ingresaron en nuestro centro 91.039 pacientes, excluyendo niños y partos. El número de ingresos ha ido aumentando cada año pasando de 10.336 ingresos en el año 1999 a 14.444 en el año 2005. La edad media de los pacientes ingresados en el hospital fue de 61.8 años (SD 20.6) rango 14-105, y el 50,8% eran mujeres. La proporción de pacientes ancianos y muy ancianos que ingresan en el hospital aumenta de un 38,0% de pacientes ancianos en 1999 a un 39,8% en el 2005, y de un 11,0% de muy ancianos en 1999 a 13,6% en el 2005. La estancia media global del hospital fue 6.6 (SD 8.7) durante todo el período de estudio, pasando de 6.4 días el año 1999 a 7.1 el año 2005. Los pacientes ancianos tenían una estancia media significativamente mayor que los pacientes jóvenes o de edad media (4.4 los < 40 años, 5.9 los de 40-65 años, 7.6 los de 65-85 días y 7.7 los mayores de

85 años). En cuanto al sexo ingresan menos mujeres en los grupos de edad joven (45,7%), edad media (42,8%) y ancianos (46,4%), pero la proporción se invierte claramente en los pacientes muy ancianos en los que un 65,8% eran mujeres. La gravedad de los pacientes (peso GRD) es de 0.8 en los jóvenes, 1.5 en los de mediana edad, 1.9 en los ancianos y 2.2 en los muy ancianos. La mortalidad va aumentando progresivamente en función del grupo de edad: sólo fallece el 0,5% de los pacientes menores de 40 años, un 2,4% de los pacientes entre 40-65 años, un 6,8% de los ancianos mayores de 65 años, y un 15,9% de los pacientes muy ancianos.

**Discusión.** Aunque el período de estudio es breve, podemos comprobar como el porcentaje de pacientes ancianos y muy ancianos que ingresa en un hospital se incrementa cada año. Esto tiene importantes repercusiones en la actividad del hospital ya que dichos pacientes tienen estancias medias más largas, lo que se explica por la gravedad de sus patologías y por la comorbilidad que presentan, así como por las dificultades para remitirlos a sus domicilios por problemas sociales o de atención. Además los pacientes ancianos aumentan la tasa de mortalidad del centro, y la complejidad.

#### EA-10

#### COMORBILIDAD EN NONAGENARIOS ¿DIFIERE DE PACIENTES GERIÁTRICOS MÁS JÓVENES?

**A. Conde Martel<sup>1</sup>, M. Hemmersbach-Miller<sup>1</sup>, J. Ruiz Hernández<sup>1</sup>, S. Suárez Ortega<sup>1</sup>, J. Marchena Gómez<sup>2</sup> y P. Betancor León<sup>1</sup>**

<sup>1</sup>Medicina Interna, <sup>2</sup>Cirugía General. Hospital Universitario de Gran Canaria Dr. Negrín. Las Palmas.

**Objetivos.** Analizar la comorbilidad de los pacientes nonagenarios hospitalizados en un servicio de Medicina Interna y compararla con pacientes geriátricos más jóvenes.

**Material y métodos.** Se estudiaron 421 pacientes con edad igual o superior a 90 años, ingresados consecutivamente entre los años 1999 y 2004 en un Servicio de Medicina Interna y 421 controles con edad comprendida entre los 65 y 75 años, con sexo similar, ingresados durante el mismo período de tiempo y elegidos aleatoriamente. Se recogió el índice de comorbilidad de Charlson y la mortalidad. Se analizaron las diferencias entre los pacientes nonagenarios y los más jóvenes. También se analizó si existían diferencias en función del sexo y la mortalidad. 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 421 pacientes de cada grupo, 156 eran varones (37%) y 265 mujeres (63%). La edad media de los nonagenarios fue de 92,5 años (DE: 2,5) y de los controles 70,5 (DE: 2,9). Fallecieron 96 nonagenarios (22,8%) y 19 controles (4,5%). La puntuación media del índice de Charlson fue significativamente inferior en los nonagenarios respecto a los controles más jóvenes (2,1 vs 2,5 puntos,  $p < 0,001$ ). Sin embargo, al ajustar el índice de Charlson por la edad, la puntuación de los nonagenarios superaban de forma significativa a los controles (7,1 vs 5,1 puntos;  $p < 0,001$ ). Los varones mostraron un índice de comorbilidad significativamente superior, tanto en los nonagenarios (2,4 vs 2;  $p = 0,02$ ) como en los controles (2,9 vs 2,3;  $p = 0,005$ ). Los pacientes que fallecieron mostraron un índice de comorbilidad significativamente superior en ambos grupos (2,4 vs 2,1;  $p < 0,001$  en nonagenarios y 3,8 vs 2,5;  $p < 0,001$  en controles).

**Discusión.** Al aplicar a los pacientes nonagenarios la teoría de Evert de los centenarios, se puede decir que han sobrevivido a la enfermedad, escapado a la misma o retrasado su aparición. Tal como se observa en este estudio, los nonagenarios muestran una menor comorbilidad, es decir, muchos nonagenarios han "escapado" a la enfermedad, mostrando menor comorbilidad que los pacientes de 65 a 75 años. Sin embargo, al ajustar el índice de Charlson a la edad y sumar un punto por cada década a partir de los 50 años, los nonagenarios superan a los pacientes de menor edad. De esta forma podemos decir que la mayor comorbilidad del paciente nonagenario es la edad.

**Conclusiones.** Los pacientes hospitalizados nonagenarios muestran un índice de comorbilidad significativamente inferior que los pacientes con edad comprendida entre los 65 y 75 años. La mayor comorbilidad de los nonagenarios es su edad. Los varones muestran un

índice de Charlson significativamente superior a las mujeres. La mortalidad se asoció a una mayor puntuación del índice de Charlson.

#### EA-11

### COLONIZACIÓN POR STAPHYLOCOCCUS AUREUS RESISTENTE A METICILINA (SARM) Y TRATAMIENTO CON MUPIROCINA EN CENTROS DE LARGA ESTANCIA

A. Riera Mestre<sup>1</sup>, J. Pons Sempere<sup>1</sup>, N. Boada Sanmartí<sup>2</sup>, M. Simó Sanahuja<sup>3</sup>, M. Morera<sup>3</sup>, Pomareda<sup>1</sup>, E. García Restoy<sup>1</sup>, E. Espejo Arenas<sup>1</sup> y F. Bella Cueto<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Medicina Interna, <sup>2</sup>Programa de Control de la Infección Nosocomial, <sup>3</sup>Microbiología. Hospital de Terrassa. Terrassa, Barcelona.

**Objetivos.** 1) Estudiar la prevalencia de colonización por SARM en los centros de larga estancia (CLE) de Terrassa (Barcelona). 2) Conocer factores de riesgo de colonización por SARM. 3) Valorar la eficacia del tratamiento erradicador con mupirocina tópica en los pacientes colonizados por SARM en estos CLE.

**Material y métodos.** Se realizó un frotis nasal, así como de las úlceras u ostomías cuando existían y de orina en los pacientes sondados, a todos los residentes en los 9 CLE del área de influencia del Hospital de Terrassa. Se recogieron datos demográficos, epidemiológicos, enfermedades de base y estado cognitivo-funcional. En los pacientes con cultivo positivo para SARM se realizó un estudio comparativo para valorar la eficacia del tratamiento erradicador con mupirocina tópica, mediante controles microbiológicos bimensuales durante un año.

**Resultados.** Se estudiaron un total de 483 residentes en CLE, con una edad media de 81.9 ± 9.7 años. Un 75% eran mujeres. Del total de residentes, 324 (67,2%) estaban ingresados en CLE grandes (90-150 camas), 79 (16,3%) en CLE medianos (30-50 camas) y 80 (16,5%) en centros pequeños (< 30 camas). Un 17% eran diabéticos, el 43% presentaba demencia, un 43,5% tenía un Índice de Barthel (IB) < 50 puntos, el 7,2% presentaban úlceras crónicas, el 1,4% eran portadores de sonda vesical permanente, un 19,3% había ingresado en los últimos 18 meses y un 14,3% había recibido antibioterapia en el último mes. Se detectó colonización por SARM en 51 pacientes (10,5%). Los factores asociados a la colonización por SARM en el análisis univariante fueron: un IB < 50 (RR: 2.9; IC95%: 1.6-5.4), ser residente en un CLE pequeño (RR: 32.3; IC95%: 14.1-73.9) o mediano (RR: 3.8; IC95%: 1.6-5.4), antibioterapia en el último mes (RR: 2.6; IC95%: 1.3-5.1) y el ser portador de sonda vesical (RR: 6.7; IC95%: 1.5-30.7). En el estudio multivariante, resultaron factores de riesgo: la residencia en CLE pequeño (RR: 31.3; IC95%: 13.5-72.5) o mediano (RR: 3.7; IC95%: 1.3-10.6) y un IB < 50 (RR: 2.7; IC95%: 1.3-5.5). De las 24 personas colonizadas en CLE pequeños, 12 residentes en uno de estos CLE fueron tratados con mupirocina nasal, mientras que los otros 12 residentes en los demás CLE pequeños no recibieron tratamiento. Después del seguimiento, 6 (50%) de los 12 residentes tratados resultaron descolonizados, mientras que en el grupo de los no tratados fueron 7 (58,3%) las personas con los 3 últimos cultivos negativos para SARM (diferencia no estadísticamente significativa).

**Conclusiones.** 1) La prevalencia de colonización por SARM en los CLE estudiados fue del 10,5%. 2) El IB < 50 y la estancia en un CLE de tamaño pequeño o mediano, constituyen factores de riesgo independientes de colonización por SARM; la antibioterapia previa y la presencia de sonda vesical, también se han relacionado con dicha colonización. 3) El tratamiento con mupirocina no ha mostrado ser eficaz para la descolonización en los residentes de CLE pequeños con alta prevalencia de colonización.

#### EA-12

### VALORACIÓN DEL ESTADO NUTRICIONAL EN UN SERVICIO DE MEDICINA INTERNA

R. Díez Bandera<sup>1</sup>, M. Montero Rivero<sup>1</sup>, V. Álvarez Álamo<sup>1</sup>, L. Madrigal Cortés<sup>1</sup>, R. Gómez Cabrera<sup>2</sup>, M. Sánchez Barba<sup>3</sup>, F. Domínguez Moronta<sup>1</sup> y E. Pérez Rodriguez<sup>1</sup>

<sup>1</sup>M. Interna III. Clínico Universitario. Salamanca. <sup>2</sup>M. de Familia. U.D.M.F.C.. Salamanca. <sup>3</sup>Depto de Estadística. Universidad. Salamanca.

**Objetivos.** 1) Comprobar el estado nutricional de los pacientes en el momento del ingreso. 2) Comprobar si en nuestro Servicio se pro-

duce un deterioro del estado nutricional en los pacientes ingresados. 3) Comprobar si hay diferencias en el estado nutricional de los pacientes en el momento del ingreso, dependiendo de donde y con quien viven.

**Material y métodos.** Pacientes: De la población que ingresa en el Servicio de Medicina Interna III durante 1 año, se recogió una muestra de 272 pacientes que ingresaron en las camas numeradas del 1 al 13. A todos los pacientes se les recogieron los siguientes datos: albúmina al ingreso y al alta, colesterol al ingreso y al alta, y número de linfocitos al ingreso y al alta. Instrumentos: Los datos obtenidos se trataron estadísticamente mediante el empleo del programa SPSS. El diseño fue descriptivo, longitudinal y observacional.

**Resultados.** El 52,6% de los pacientes eran varones y el 46,7% eran mujeres. El 4,8% de los pacientes vivían solos en su domicilio, el 13,2% de los pacientes vivían en una residencia y el 81,6% vivían con su familia. Analizando cada uno de los parámetros observamos lo siguiente: Linfocitos: De los 272 pacientes tenemos información de los linfocitos al ingreso de 269 pacientes y al alta de 205. Podemos observar un descenso de un 11,37% de los mismos al alta respecto del ingreso. Albúmina: De los 272 pacientes tenemos información al ingreso de 258 y al alta de 142. Igualmente se observa un descenso de la albúmina de un 4,1% al alta. Colesterol: De los 272 pacientes, se obtiene información al ingreso de 244, y al alta de 80. En este caso el hallazgo es que el colesterol es más alto al ingreso que al alta. Probablemente este dato no sea valorable porque en la mayoría de pacientes no se ha obtenido el valor al alta. Si analizamos los parámetros anteriores de los pacientes al ingreso dependiendo del lugar donde viven y con quien, encontramos lo siguiente: Respecto al número de linfocitos: observamos que el número de linfocitos es mayor en los pacientes que viven con su familia, seguido de los pacientes que viven solos, y el número menor de linfocitos se encuentra en los pacientes que viven en Residencias. Respecto a la albúmina: los resultados son similares, es decir el valor superior se encuentra en los pacientes que viven con su familia y el inferior en los pacientes que viven en una Residencia. Colesterol: Igualmente, el valor inferior se encuentra en los pacientes que viven en Residencias, mientras que el valor superior se encuentra en los pacientes que viven en su domicilio con sus familias.

**Conclusiones.** 1) El 32% de los pacientes que ingresan en el Servicio de M. Interna están desnutridos. 2) Los pacientes que viven en Residencias de Ancianos sufren mayor desnutrición que los que viven solos o con sus familias. 3) En los pacientes que ingresan en el servicio de M. Interna se produce desnutrición en un 36% de los mismos.

#### EA-13

### ¿ES EL SÍNDROME CONSTITUCIONAL SIEMPRE MANIFESTACIÓN DE TUMOR?

A. Jimeno Sainz<sup>1</sup>, L. Guerrero<sup>1</sup> y M. Caramés<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Servicio de Medicina Interna, <sup>2</sup>Servicio de Radiología. Hospital Ernest Lluch. Calatayud, Zaragoza.

**Objetivos.** Los hipopituitarismos se caracterizan por pérdida parcial o total de las funciones de la adenohipófisis. Las manifestaciones clínicas dependen del tipo de hormonas afectadas, de la velocidad de instauración, de la edad y de si dicho déficit es de hormonas con función periférica (ACTH o TSH) o de función local (PRL, GH). Decidimos valorar: 1) Las manifestaciones clínicas de los hipopituitarismos vistos en el hospital Ernest Lluch de Calatayud. 2) Detectar cual es su etiología y tratamiento.

**Material y métodos.** Se realizó un estudio retrospectivo de los casos diagnosticados de hipopituitarismo durante el año 2005 en nuestro hospital. Caso 1: varón de 65 años que ingresa por presentar desde hace 2 meses, astenia, anorexia, pérdida de 10 kg de peso y debilidad en ambas piernas. En la exploración física destacaba palidez cutánea mucosa, ginecomastia bilateral, pérdida de vello en axilas y pecho. El resto de exploración incluyendo la neurológica fue normal. La analítica, marcadores tumorales, radiología torácica, abdominal, así como la ecografía abdominal y el electromiograma no mostraron patología. Se sospechó un hipopituitarismo y se solicitó TAC craneal y estudio hormonal. Caso 2: varón de 73 años, que ingresa por cuadro de inestabilidad con náuseas y vómitos así como astenia, anorexia, y pérdida de 7 kg de peso en 2 meses. En la exploración física destacó facies inexpresiva, pérdida de vello axilar, facial y en

tórax. Analíticamente destacó colesterol de 280, los iones, marcadores tumorales, radiografía de tórax, y ecografía abdominal fueron normales. Se sospechó un hipoparatiroidismo y se solicitó estudio hormonal y TAC craneal.

**Resultados.** Caso 1: se realizó TAC craneal que mostró un tumor de 2 cm en la silla turca. El estudio hormonal fue: GH 0,10 ng/ml (0-8,6 rango normal); FSH 1,83 mU/ml (1,5-14 rango normal); LH 0,86 mU/ml (0,8-7,6 mU/ml); PRL 29,3 ng/ml (3-17); testosterona total < 0,20 ng/ml (2,36-10); somatomedina C 26,5 ng/ml (74-452); ACTH 9 pg/ml (9-52); cortisol 2,4 mcg/dl (5-25); TSH 0,08 UI/ml (0,46-4,98); T4 1,2 ng/ml (0,8-2). Se inició tratamiento con Levotiroxina (75 mcg/día) e hidroaltesona (30 mg/día). El paciente mejoró y fue remitido al servicio de Neurocirugía para su intervención. Caso 2: El TAC craneal fue normal. El estudio hormonal mostró los siguientes resultados: TSH 396 UI/ml (0,46-4,98); T4 libre 0,56 ng/ml (0,8-2). ACTH 13,4 pg/ml (5-46); HGH ng/ml < 0,05 (0,06-5); LH 0,26 mU/ml (0,8-7,69); FSH 1,01 mU/ml (1,5-14); PRL 6,06 ng/ml (3-17); cortisol 8 ug/ml (5-25); testosterona total < 0,20 ng/ml (2,62-15,93) testosterona libre 0,37 pg/ml (9-47); somatomedina C < 25 ng/ml. Se inicio tto con levotiroxina (75 mcg/día) e hidroaltesona (30 mg/día) con buena evolución clínica.

**Discusión.** La etiología del hipopituitarismo es muy variable desde tumores intracraniales (caso 1), aneurismas, necrosis isquémica, infecciones o silla turca vacía (caso 2). La primera manifestación es habitualmente un descenso de la secreción de hormonas pituitarias o síntomas de compresión. En el caso 1, no síntomas neurológicos ni alteraciones visuales estuvieron presentes. En el caso 2, silla turca vacía, tan sólo un 10% de los casos cursa con cierto grado de hipopituitarismo como fue este el caso.

**Conclusiones.** 1) Las enfermedades de las glándulas pituitarias pueden manifestarse de forma asintomática, síntomas relacionados con el déficit hormonal, hipertensión intracraneal, alteración visual o menos frecuentemente síndrome constitucional como fueron estos casos. 2) No siempre el hipopituitarismo se asocia a tumores intracraniales. 3) Consideramos interesante recordar, que una buena historia clínica y exploración contribuyen en mayor medida al diagnóstico.

#### EA-14

#### CAPACIDAD FUNCIONAL Y MENTAL DE PACIENTES NONAGENARIOS HOSPITALIZADOS

A. Gil Díaz, M. Hemmersbach-Miller, A. Conde Martel, J. Ruiz Hernández, M. Winter Navarro y P. Betancor León  
Medicina Interna. Hospital Universitario de Gran Canaria  
Dr. Negrin. Las Palmas de G.C.

**Objetivos.** Evaluar la capacidad funcional y mental de pacientes nonagenarios hospitalizados en un servicio de Medicina Interna.

**Material y métodos.** Se analizaron de forma prospectiva 124 pacientes con edad igual o superior a 90 años ingresados consecutivamente en el Servicio de Medicina Interna del Hospital Doctor Negrin entre noviembre de 2003 y diciembre de 2004. Se recogieron las características demográficas, los diagnósticos, el índice de Barthel (IB) previamente al ingreso y en el momento del mismo, el estado cognitivo mediante el test de Pfeiffer y el mini examen cognoscitivo de Lobo (MEC) en las primeras 48 horas de ingreso. Los datos se analizaron mediante el programa SPSS 12.0. La relación entre variables cuantitativas y cualitativas se analizó mediante el test T-Student o el test U de Mann Whitney. Para evaluar la relación entre el Barthel preingreso y durante el mismo se utilizó el test T-Student para datos apareados.

**Resultados.** De los 124 pacientes, el 63,7% (n = 79) eran mujeres y el 36,3% varones, con una edad media de 92,8 años (DE 2,6). La estancia media fue de 11,9 días (DE 7,2). Los diagnósticos más frecuentes durante el ingreso fueron infecciones (63%), HTA (66%), insuficiencia cardíaca (46%), anemia (40%), diabetes (32%) y demencia (24%). La media del IB previo al ingreso era de 58 puntos (DE 34). Un 50,4% de los pacientes eran independientes o presentaban una dependencia leve. En el momento del ingreso el IB disminuía a 25 puntos de media (DE 27) de forma significativa (p < 0,001), de forma que únicamente un 16,7% de los pacientes eran independientes o tenían una dependencia leve. Las mujeres presentaron menor puntuación en el IB, es decir, mayor dependencia, que los varones (tabla 1). Un 73,2% de los pacientes presentaron deterioro cogniti-

vo de leve a grave según el test de Pfeiffer. El MEC, que sólo pudo realizarse a 52 pacientes (por falta de colaboración y/o analfabetismo), mostró una puntuación media de 20,1 puntos (DE 8,8). Un 69% (n = 36) de ellos presentaban una puntuación < 24 sin observarse diferencias significativas entre ambos sexos.

**Discusión.** El grupo de pacientes nonagenarios estudiado presentaba las características del anciano frágil, con pluripatología y polimedificados. Estos pacientes tenían una capacidad funcional, previa al ingreso, moderada. En el momento del ingreso, se incrementó la dependencia para las actividades básicas de la vida diaria y se observó un alto porcentaje de pacientes con deterioro de las funciones superiores. Aunque el porcentaje de mujeres nonagenarias supera a los hombres, éstas mostraban peor situación funcional. Sin embargo, no se encontraron diferencias estadísticamente significativas en ambos sexos en cuanto a la capacidad mental de estos pacientes.

**Conclusiones.** La mitad de los nonagenarios hospitalizados presentan dependencia para las actividades básicas de la vida diaria, al menos moderada, previamente a su ingreso. La capacidad funcional empeora notoriamente durante el ingreso. Únicamente uno de cada cuatro pacientes no presenta alteración de su capacidad mental. Estos hechos se deben tener en cuenta a la hora de tratar a estos pacientes puesto que no sólo debemos intentar recuperar su estado de salud, sino también mejorar su funcionalidad para que su calidad de vida sea lo más óptima posible.

Tabla 1.

	Varones		Mujeres		p
	media	DE	media	DE	
Barthel previo al ingreso	68	30	52	35	0,02
Barthel al ingreso	31	29	21	24	0,053
Mini-mental	20,3	7,8	19,9	5,5	0,67
Test Pfeiffer	4,4	2,2	4,6	2,9	0,99

#### EA-15

#### ENFERMEDAD CARDIOVASCULAR Y SÍNDROME METABÓLICO ¿ES IMPORTANTE LA EDAD?

M. Ortas Nadal<sup>1</sup>, C. Toyas Miazza<sup>2</sup>, C. Bergua Martínez<sup>1</sup>, L. Martínez Moya<sup>3</sup>, B. Obón Azuara<sup>4</sup> e I. Gutiérrez Cia<sup>4</sup>  
<sup>1</sup>Cardiología, <sup>2</sup>Medicina Intensiva. Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa. Zaragoza.

<sup>3</sup>Medicina Interna. Hospital Reina Sofía. Tudela, Navarra.

<sup>4</sup>Medicina Interna. Hospital Miguel Servet. Zaragoza.

**Objetivos.** Conocer y comparar la prevalencia del síndrome metabólico y de los factores de riesgo cardiovascular (FRCV) en pacientes con enfermedad cardiovascular en relación con su edad. Consideramos pacientes ancianos aquellos con 65 años o más.

**Material y métodos.** Estudiamos 154 pacientes consecutivos que acudieron a una consulta de cardiología situada fuera de nuestro hospital durante dos meses consecutivos. Incluimos tanto consultas de primer día como revisiones. De todos ellos 98 eran ancianos y 56 jóvenes. Las variables analizadas fueron: edad, sexo, motivo de consulta, presencia de factores de riesgo cardiovascular y datos analíticos (glucemia, colesterol) tomados de análisis de menos de 1 año de antigüedad, hipertensión y obesidad en forma de índice de masa corporal, datos tomados en la propia consulta. Los datos fueron analizados con el programa SPSS 11.5.

**Resultados.** Edad media: 74,8 (DT 5,7) y 45 años respectivamente. FRCV: HTA (83% y 55,4%), colesterol (66% y 55,6%), Diabetes mellitus (21% y 14,8%) y cardiopatía isquémica (CI) (29% y 16,1%). El 31,6% de los ancianos y el 22,6% de los jóvenes tenían síndrome metabólico. El síndrome metabólico en los ancianos estaba relacionado con: Sexo, más frecuente en mujeres (p < 0,024), HTA (p < 0,084), diabetes mellitus (p < 0,001), hiperglicemia (p < 0,0001), hipoHDL-Colesterol (p < 0,002), hipertrigliceridemia (p < 0,0001), HTA sistólica (p < 0,008) obesidad ligera (p < 0,001) y obesidad moderada (p < 0,0001). En los pacientes jóvenes el síndrome metabólico se relacionó con: HTA (P < 0,045), hipercolesterolemia (p < 0,007), diabetes mellitus (p < 0,001), hiperglicemia, hipoHDL-

colesterol, hipertrigliceridemia, pero no se relacionó con ningún grado de obesidad.

**Conclusiones.** La prevalencia del síndrome metabólico en los pacientes ancianos con enfermedad cardiovascular fue mayor que en aquellos adultos jóvenes, especialmente en las mujeres, aunque no de forma estadísticamente significativa, posiblemente por la pequeña muestra estudiada

**EA-16**

**MORTALIDAD DE LA NEUMONÍA ADQUIRIDA EN LA COMUNIDAD (NAC) EN EL SERVICIO DE MEDICINA INTERNA DEL HOSPITAL CLÍNICO DE GRANADA**

**C. Tomás Jiménez, M. Parejo Sánchez, C. López Robles, C. Fernández Roldán, M. García Jerez, A. Pardo Cabello, A. Martín Moreno y J. Callejas Rubio**

*Medicina Interna. Hospital Universitario San Cecilio. Granada.*

**Objetivos.** Evaluar la mortalidad de la NAC en pacientes ingresados en el Servicio de Medicina Interna (MI) del Hospital Clínico San Cecilio. Relacionar dicha mortalidad con sexo, edad y gravedad al ingreso.

**Material y métodos.** Se recogieron 54 historias clínicas de pacientes ingresados en MI con el diagnóstico de NAC, durante el período comprendido entre septiembre 2004 y agosto 2005. Se realizó un estudio descriptivo y se analizaron los datos obtenidos mediante el programa estadístico SPSS.

**Resultados.** De la muestra estudiada, 46,3% eran mujeres y 53,7% varones. Al ingreso presentaban FINE II un 1,9%, III, IV y V un 13%, 68,5% y 16,6% respectivamente. La mortalidad global fue del 18,5%, 40% mujeres (media de edad 84.75 ± 2.50) y 60% hombres (media de edad 80.00 ± 6.84). No hubo mortalidad en pacientes con un FINE III, y correspondió al 18,9% y 33,5% en FINE IV y V. La estancia media de los hombres antes del éxitus sumó un total de 6.33 (± 4.92) y 8.00 (± 5.09) para las mujeres.

**Discusión.** La NAC es la infección que con mayor frecuencia origina ingreso hospitalario, en cuyo caso, influye la presencia de factores agravantes de la situación clínica (según criterios de FINE), siendo la edad un determinante importante. Se ha visto que en personas > de 65 años la neumonía es la tercera causa de hospitalización. Origina en nuestro País una mortalidad en torno al 5% en inmunocompetentes por año, asciende al 13% en el grupo que ingresa en el hospital y al 30% en los que pasan a la Unidad de Cuidados Intensivos.

**Conclusiones.** La mortalidad de la NAC grave es elevada. En este estudio se observa un mayor porcentaje de muertes si comparamos con los principales estudios publicados debido a una edad avanzada, pluripatología, padecimiento de algún tipo de demencia y la procedencia de Residencia de ancianos. Es importante aplicar estrategias destinadas a disminuir la mortalidad.

**EA-17**

**RETRATO DE UNA DEMENCIA**

**R. Jorge Sánchez, L. Corral Gudino, J. García Aparicio y J. Herrero Herrero**

*Medicina Interna. Hospital Los Montalvos. Hospital Universitario de Salamanca. Carrascal de Barregas, Salamanca.*

**Objetivos.** Realizar una descripción epidemiológica de los pacientes con demencia ingresados en un Servicio de Medicina Interna.

**Material y métodos.** Pacientes: se incluyeron todos los pacientes ingresados en nuestro servicio desde su inauguración en febrero de 2004 en cuyo diagnóstico de salida (principal o secundario) figuraba "demencia". Métodos: Análisis descriptivo de las variables estudiadas. Chi cuadrado de Pearson para variables no cuantitativas. *t* de Student para variables cuantitativas.

**Resultados.** Durante el período estudiado se registraron 451 pacientes con diagnóstico de demencia sobre un total de 2679 (16,8%). De ellos, más de un 20% estaba institucionalizado. Se trata en general de una mujer, de edad avanzada, gravemente discapacitada, con mayor mortalidad, índices de gravedad más elevados y mayor estancia media que la población general. Su principal motivo de ingreso fue la patología respiratoria, siendo la insuficiencia cardíaca un diagnóstico menos prevalente que en el resto de la población estudiada.

Analizadas las diferentes comorbilidades, destaca una mayor frecuencia de diabetes mellitus, enfermedad de Parkinson, desnutrición, deshidratación, anemia y úlceras por presión, y una menor prevalencia de hipertensión arterial, cardiopatía isquémica, fibrilación auricular u obesidad. Por otro lado, cuando se compararon los pacientes demenciados en cuanto a su procedencia (domicilio o institucionalizados), no hubo diferencias en cuanto a la estancia media o el pronóstico. Destaca, sin embargo, en los pacientes institucionalizados una mayor discapacidad, así como una frecuencia mayor de deshidratación y úlceras por presión.

**Discusión.** La demencia, esa epidemia que se aproxima y que se asocia al envejecimiento poblacional, se ha convertido en un problema de primer orden por sus elevados costes económicos, sociales y sanitarios. Entre los pacientes ingresados en nuestro servicio, alcanza casi una quinta parte de la población tratada, con un perfil bien definido y característico, con un elevado consumo de recursos.

Tabla 1. Descriptiva general.

	Sin demencia N (%)	Con demencia N (%)	Sig.
Num.	2.228 (83,2)	451 (16,8)	
Sexo femenino	1.044 (46,9)	269 (59,6)	0,000
Edad	78,3	84,7	0,000
Estancia	6,8	7,4	0,011
Mortalidad	166 (7,5)	69 (15,3)	0,000
Barthel	74,83	24,27	0,000
SOFA	2,30	3,03	0,002
SAPS II	29,43	33,82	0,010
APACHE II	13,49	16,05	0,000

**EA-18**

**PACIENTES NONAGENARIOS Y CONSULTAS DURANTE LAS GUARDIAS DE URGENCIAS INTERNAS**

**B. Llorente Díez, M. Echegaray Agara, C. García Labairu y C. Urdanoz Zazón**

*Medicina Interna. Hospital de Navarra. Pamplona, Navarra.*

**Objetivos.** Nos proponemos saber los pacientes nonagenarios atendidos durante las guardias de Urgencias Internas del Hospital de Navarra, así como el número de visitas realizadas, el Servicio al que pertenecían y el motivo de consulta.

**Material y métodos.** En el Hospital de Navarra de Pamplona se estudiaron todos los pacientes nonagenarios atendidos durante las guardias de Urgencias Internas en el período comprendido entre el 1 de junio de 2005 y el 31 de enero de 2006.

**Resultados.** De los 2.790 pacientes atendidos en las Guardias de Urgencias Internas del Hospital de Navarra, 185 (6,63%) correspondieron a valoraciones de pacientes nonagenarios. 185 fue el número de visitas correspondientes a 111 pacientes diferentes, ya que 41 (36,93%) fueron vistos varias veces en una guardia o en guardias de días sucesivos ( 21-18,91%- se vieron en dos ocasiones; 12 - 10,81%- fueron vistos tres veces; 4 -3,6%- se vieron cuatro veces; 3 - 2,7%- en cinco ocasiones y a 1 -0,9%- se le atendió seis veces). 70 pacientes (63,06%) fueron atendidos en una sola ocasión. De los 111 pacientes diferentes 72 eran mujeres (64,86%) y 39 eran varones (35,45%). Los Servicios a los que estaban adscritos fueron Geriátría 71 (63,96%); Medicina Interna 10 (9%); Traumatología 9 (8,1%); Neumología 6 (5,4%); otros Servicios Quirúrgicos 8 (7,2%) y otros Servicios Médicos 7 (6,3%). Los motivos de consulta fueron variados, predominando los éxitus 33 (17,83%); la disnea 27 (14,59%); la agitación 22 (11,89%); valoración de exploraciones complementarias realizadas 14 (7,56%); el dolor torácico 11 (5,95%); la hipertensión arterial 9 (4,86%); el dolor generalizado 8 (4,32%); el dolor abdominal 7 (3,78%); la valoración y modificación del tratamiento pautado 7 (3,78%); la fiebre 7 (3,78%); la disminución del nivel de conciencia 6 (3,24%); la hipo/hiperglucemia 5 (2,70%); otros ( vómitos, oliguria, crisis comiciales, insomnio, tos...) 29 (15,67%).

**Discusión.** Nuestro estudio muestra que los pacientes nonagenarios atendidos durante las Guardias Internas supone un número no des-

preciable (6.63%) de las valoraciones totales realizadas. Un 36.93% son atendidos en más de una ocasión. Predominan las mujeres nonagenarias (64.86%) y sobre todo pertenecen al Servicio de Geriátrica (63.96%), aunque el 15.3% se encuentran ingresados en un Servicio Quirúrgico, lo que supone que se ha utilizado o se pretende utilizar en ellos algún procedimiento quirúrgico. El motivo de llamada más frecuente es el éxitus (17.83%), aunque la disnea (14.59%) y la agitación (11.89%) son causas habituales de valoración.

**Conclusiones.** El envejecimiento de la población es un hecho por todos conocido, ello implica un aumento progresivo de la demanda asistencial por parte de pacientes ancianos. Todo ello hace que debamos reforzar nuestros conocimientos y habilidades en Geriátrica por las peculiaridades que conlleva (presentación atípica de enfermedad, polifarmacia, elevada comorbilidad, alta prevalencia de dependencia funcional y alto riesgo social), así como la mayor complejidad y necesidad de emplear más tiempo en la realización de una correcta anamnesis, originada por problemas de comunicación, y dificultad de la interpretación de los síntomas.

#### EA-19

### FIABILIDAD CLÍNICA EN MEDICINA. APLICACIÓN DE LA KAPPA DE FLEISS EN EL CRIBADO DE DELIRIUM

N. Parra<sup>1</sup>, M. Gassol<sup>2</sup>, N. Nuño<sup>1</sup>, M. Sánchez<sup>1</sup> y M. Turón<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Medicina Interna. Hospital Universitari Sagrat Cor. Barcelona.

<sup>2</sup>Facultad de Psicología. Universidad de Barcelona. Barcelona.

**Objetivos.** El delirium, entidad altamente incidente en pacientes de edad avanzada hospitalizados, es un síndrome cuyo diagnóstico reside en el juicio clínico. El uso de tests clínicos para su cribado, habitualmente realizado por múltiples observadores, sin asegurar una adecuada fiabilidad interobservador merma la calidad del diagnóstico. En los estudios de fiabilidad, el estadístico kappa de Cohen es frecuentemente utilizado, limitando la comparación de resultados a dos observadores simultáneos. Proponemos evaluar la fiabilidad interobservador de un test de cribado para delirium utilizando un estadístico kappa generalizado para múltiples observadores.

**Material y métodos.** Se realizó un estudio piloto de fiabilidad interobservador para asegurar la reproducibilidad en el cribado de delirium mediante el *Confusion Assessment Method*. El test fue administrado por cuatro profesionales del ámbito de la psicología clínica tras un entrenamiento en el mismo. Se evaluaron 15 pacientes hospitalizados en los Servicios de Medicina Interna y Cirugía Ortopédica y Traumatología del Hospital Universitari Sagrat Cor, en Barcelona ciudad, todos ellos con edad superior a 65 años. El test consta de cuatro preguntas con respuesta Si/No y requiere de 2 a 5 minutos para su administración. El protocolo de evaluación consistió en visualizar 15 videgrabaciones de manera simultánea por los cuatro observadores, en las que se reproducía la administración del test a los pacientes, tras consentimiento informado, por un quinto profesional experto. La valoración del profesional experto, así como las puntuaciones de los cuatro observadores fueron en todo momento desconocidas entre ellos. De igual modo, los observadores desconocían el motivo de ingreso y los antecedentes de cada paciente. Para el análisis de los datos se utilizó el estadístico kappa de Fleiss. Los cálculos manuales fueron corroborados mediante la macro "mkappasc.sps" ejecutada con el paquete estadístico SPSS 12.0. El estudio fue aprobado por el Comité de Investigación Clínica del centro.

**Resultados.** La aplicación del estadístico kappa de Fleiss para la evaluación de la fiabilidad interobservador entre múltiples observadores simultáneos ofreció un valor de  $\kappa = 0.732$ , con una  $z = 6.85$  significativa para una nivel de  $p < 0.01$ .

**Discusión.** Los resultados del análisis de la fiabilidad interobservador mediante el estadístico kappa de Fleiss (superior a 0.7) con múltiples observadores traducen un grado elevado de acuerdo entre los cuatro profesionales. Dado que el delirium del paciente geriátrico hospitalizado es una entidad frecuente, de inicio súbito y curso fluctuante, la detección debiera poder realizarse de manera concordante por cualquiera de los profesionales que atienden al paciente durante las 24 horas. La distribución del trabajo hospitalario en turnos condiciona cambios frecuentes de personal (habitualmente más de dos por día) en el cuidado de un paciente, con lo que son varios los juicios clínicos que sobre una misma situación se pueden establecer. Para facilitar el diagnóstico existen varios métodos de cribado, la gran mayoría de ellos caracterizados por ítems de naturaleza categórica u ordi-

nal sobre aspectos patognomónicos de este síndrome. No obstante, todos estos instrumentos quedan sujetos a un cierto grado de subjetividad debida a la percepción del observador. Para consensuar un acuerdo entre todos los que participan en el cuidado del paciente es necesario un entrenamiento mínimo en estas escalas y para evaluar el resultado del aprendizaje, es necesario disponer de un estadístico que lo cuantifique. La aplicación del estadístico de Kappa de Fleiss es de elección para esta situación.

**Conclusiones.** En el cribado del delirium del paciente geriátrico hospitalizado frecuentemente intervienen más de dos observadores. Para la cuantificación del grado de concordancia es de elección estadístico kappa de Fleiss. En nuestro caso, se obtuvo un grado elevado de acuerdo entre los cuatro profesionales.

#### EA-20

### PACIENTES PLURIPATOLÓGICOS EN MEDICINA INTERNA EN NUESTRO ÁMBITO HOSPITALARIO DURANTE EL 2005

L. García Aragón, G. Pérez Vázquez, M. Calpe Gil, L. Mouronval Morales, J. Torralba Allue, P. Gracia Sánchez y R. Dolz Aspás

Medicina Interna. Hospital Obispo Polanco. Teruel.

**Objetivos.** Descripción de los pacientes pluripatológicos hospitalizados en el Servicio de Medicina Interna de nuestro ámbito hospitalario durante el año 2005.

**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.** En nuestra muestra los pacientes pluripatológicos al alta eran más de la mitad (54,2%, el 29,7% nuevos). Las características clínicas de los mismos son las siguientes: edad media de 77.83 años, predominio de sexo masculino (61,8%), la estancia hospitalaria media es de 10,96 días, la estación del año donde suceden la mayoría de ingresos es el Invierno seguido por el Otoño (36,4% y 29,7% respectivamente) y la procedencia mayoritaria es el Servicio de Urgencias (95,2%) siendo la mayoría de los ingresos de lunes a viernes (78,2%). El 15,2% fallecía durante el ingreso. El 30,3% de los casos tenía al alta 3 categorías y el 10,3% tenía 4 o más categorías. Las patologías más prevalentes en estos enfermos fueron las siguientes: insuficiencia cardíaca y/o cardiopatía isquémica (A: 66,7%, nuevos 17,6%), limitación crónica al flujo aéreo, asma bronquial, hiperventilación alveolar con limitación funcional y/o cor pulmonale crónico (C: 55,1%, nuevos 10,3%), enfermedad crónica osteoarticular con limitación o requerimiento de tratamiento continuo, vasculitis, conectivopatías y/o insuficiencia renal crónica (B: 40,6%, nuevos 8,5%), enfermedad neurológica con déficit motor o cognitivo con discapacidad (E: 39,4%, nuevos 10,3%), arteriopatía periférica sintomática o diabetes mellitus con repercusión visceral diferente de cardiopatía isquémica (F: 20,0%, nuevos 3,6%), siendo G y D menores al 20% de prevalencia. Objetivamos que existen diferencias significativas entre el sexo y la existencia de pluripatología previa al ingreso (Chi cuadrado  $p = 0,005$ ), no existen diferencias significativas entre la existencia de pluripatología previa o al alta y el número de días del ingreso (U de Mann-Whitney  $p = 0,246$  y  $p = 0,258$  respectivamente) y tampoco existen diferencias significativas entre ser pluripatológico y éxitus durante el ingreso (Chi cuadrado  $p = 0,158$ ).

**Discusión.** En nuestro servicio los ingresos de pacientes pluripatológicos superan más de la mitad (54,2%) pero la mortalidad es aproximadamente del 15%. Además se establecen como categorías más prevalentes la esfera cardiológica, seguido de la osteomuscular y/o insuficiencia renal, y en tercer lugar la enfermedad neurológica. En nuestra muestra la distribución es parecida pero la patología respiratoria ocupa el segundo lugar.

**Conclusiones.** El paciente pluripatológico se identifica como una población anciana con elevada morbimortalidad, y fragilidad clínica, que puede suponer en algunos casos hasta el 40% de los pacientes atendidos en un Servicio de Medicina Interna siendo la mortalidad cercana al 20%. En nuestro ámbito hospitalario los hombres presentan mayor pluripatología que las mujeres, sin embargo no por ello los pluripatológicos permanecen más días ingresados ni tienen una mayor mortalidad intrahospitalaria. Dentro de los pacientes pluripatológicos son las enfermedades cardiovasculares y las respiratorias las más prevalentes.

**EA-21****COMPLICACIONES RESPIRATORIAS EN EL ICTUS: ESTUDIO RETROSPECTIVO DE 174 PACIENTES****J. Herrero Herrero, J. García Aparicio, R. Jorge Sánchez y L. Corral Gudino***Medicina Interna - Los Montalvos. Complejo Hospitalario de Salamanca. Salamanca.*

**Objetivos.** Analizar las características epidemiológicas y clínicas de una serie de pacientes con ictus que sufrieron en su evolución complicaciones respiratorias.

**Material y métodos.** Se estudian retrospectivamente todos los pacientes ingresados por ictus en un servicio de Medicina Interna general, en un período de 27 meses consecutivos. Se seleccionó un subgrupo de enfermos que en el curso del proceso presentaron cuadros de broncoaspiración y/o neumonía. Se analizan la edad, sexo, comorbilidad, índices de gravedad y de discapacidad al ingreso, y otros datos clínicos que caracterizaron el episodio. Para la comparación de proporciones se empleó el estadístico Chi<sup>2</sup>, y la t de Student en el análisis de las medias.

**Resultados.** De los 174 pacientes (6,4% del total de ingresos) hospitalizados por ictus, 26 (14,9%) presentaron broncoaspiración y/o neumonía. La edad media de estos últimos fue de 86,6 ± 5,3 años (81,9 ± 8,7 en los ictus sin complicación; p < 0,05) y 16 (61,5%) de ellos fueron mujeres. Tenían antecedentes de EPOC, 3 (11,5%), y de estenosis esofágica, 1 (3,8%). Las puntuaciones de los índices de discapacidad al ingreso fueron: UNSS: 2,8 ± 3,9; AVD: 6,8 ± 2,0; Barthel: 28,3 ± 43,7; Rankin: 4,3 ± 1,4. Las puntuaciones de los índices de gravedad al ingreso fueron: SOFA: 2,6 ± 1,2; SAPS II: 31,4 ± 11,1; APACHE II: 14,0 ± 6,7; y PORT: 32,2 ± 51,0. En el estudio estadístico, se demostraron diferencias significativas (p < 0,05) respecto al grupo de ictus sin complicaciones respiratorias en las puntuaciones de los índices UNSS, AVD, Barthel, Rankin, SOFA y PORT. Según la clasificación de la OCSP, 17 (65,4%) fueron TACI izquierdos, 6 (23,1%) TACI derechos, y 3 (11,5%) PACI derechos. Se atribuyó un origen cardioembólico en 10 casos (38,5%). Existió sospecha de broncoaspiración antes de la llegada al hospital en 7 ocasiones (26,9%), y esta complicación se produjo en portadores de sonda nasogástrica hospitalizados en 2 (7,7%). Fallecieron 6 de estos pacientes (23,1%). La estancia media del subgrupo fue de 12,4 ± 8,8 días (16,7 ± 11,0 días en los fallecidos; y 6,3 ± 4,5 días en los ictus sin complicación, p < 0,05).

**Discusión.** Las alteraciones motoras y del nivel de conciencia, así como algunas actuaciones terapéuticas (ej. sondaje nasogástrico, encajamiento, fármacos) aplicadas a los pacientes más discapacitados predisponen al desarrollo de complicaciones respiratorias en los pacientes hospitalizados por ictus. En este sentido, es previsible que el nivel de discapacidad se asocie al riesgo de sufrirlas. En nuestra serie, no sólo el específico UNSS, sino también otros índices genéricos mostraron un buen comportamiento en este sentido.

**Conclusiones.** Las complicaciones respiratorias analizadas son un evento relativamente frecuente y de elevada mortalidad en los pacientes hospitalizados por ictus. La edad avanzada, los TACI izquierdos y puntuaciones más desfavorables de los índices UNSS, AVD, Barthel, Rankin, SOFA y PORT se asocian con su mayor incidencia.

**EA-22****HIPERTENSIÓN ARTERIAL EN PACIENTES MUY ANCIANOS. SE ASOCIA CON MAYOR DETERIORO COGNITIVO?****J. Martí<sup>1</sup>, K. Ayerdi<sup>2</sup>, F. Bao<sup>1</sup> y L. Frometa<sup>2</sup>**<sup>1</sup>*Medicina Interna. Zumarraga. Zumarraga, Guipúzcoa.*<sup>2</sup>*Unidad de Docencia. Osasunbidea. Pamplona, Navarra.*

**Objetivos.** Conocer las características de la HTA en edades extremas de la vida y su asociación con el deterioro cognitivo.

**Material y métodos.** Estudiamos todos los pacientes hipertensos mayores de 95 años ingresados en nuestro servicio de Medicina Interna entre 1/1/2003 al 31/5/2006. Se han valorado los siguientes parámetros. Edad, sexo, residencia, índice de Barthel y cuestionario de Pfeiffer y comparación de los mismos con no HTA. FRCV asociados a la HTA. Tratamiento farmacológico ambulatorio, TA al ingreso, lones y se modificó o no el tratamiento domiciliario.

**Resultados.** De 63 pacientes mayores de 95 años que ingresaron, 30(47%) de ellos presentaban HTA, de duración indeterminada, ningún paciente recordaba la antigüedad de su HTA. De los 30 pacientes 26 fueron mujeres y 4 varones con una edad de 96,4 ± 1,95 años. Todos excepto uno vivían en su domicilio. Un 57% presentaban un Índice de Barthel < 45 y un 33% fue superior a 65 lo que consideramos normal para la edad de los pacientes. Deterioro cognitivo moderado-severo fue objetivado con el cuestionario de Pfeiffer en 16 pacientes (53%) siendo en 14(47%) la función cognitiva normal. Sin embargo en pacientes sin HTA la función cognitiva fue normal en un 76% frente a un 24% de deterioro moderado severo. Al igual sucedió con el índice de Barthel que en un 52% fue superior a 65, mientras que limitación severa para AVD fue del 33%. La edad y sexo en los no HTA fue similar a los HTA. La HTA fue en un 54% el único FRCV de los pacientes, siendo la asociación con F auricular y eventos cerebro vascular previo las asociaciones más frecuentes. D. Mellitus solo estuvo presente en 2 pacientes y siempre asociada a HTA. Excepto 4 pacientes que ingresaron con hipotensión en relación con cuadro infeccioso, el resto de los pacientes sus cifras tensionales fueron TAS 130,5 ± 25 mmHg., TAD 73,2 ± 14,5 mmHg. Las principales causas de ingreso fueron infecciones tracto respiratorio (33%), ICC (27%), ACVA (13%). De los 63 pacientes 18 fallecieron un 55% de ellos eran pacientes con HTA y 7 de ellos con dependencia severa moderada para AVD, no existieron diferencias en relación con el grado de deterioro cognitivo. Los IECAS y ARA II solos o asociados con tiazidas fueron los fármacos más empleados (60%) seguido de los diuréticos solos (20%) 1 paciente no llevaba tratamiento. No se objetivó trastornos electrolíticos asociados al uso de tiazidas. El tratamiento al alta no se modificó, salvo aquellos que llevaban IECAS o ARA II asociados a diuréticos aisladamente se les recetó un fármaco que llevase la asociación de ambos.

**Conclusiones.** Los pacientes con HTA presentan un mayor deterioro cognitivo y mayor dependencia para las AVD que los no HTA. La HTA en edades extremas predomina el sexo femenino. Son los ARA II e IECAS los fármacos más utilizados. A pesar de no objetivar trastornos electrolíticos ni deplecciones de volumen, creemos que los diuréticos deben emplearse con precaución en este grupo de edad debido a la escasa ingesta hídrica que acontece en estos pacientes.

**EA-23****DETERMINACIÓN DEL RIESGO DE DELIRIUM EN EL PACIENTE GERIÁTRICO HOSPITALIZADO****N. Parra<sup>1</sup>, M. Gassol<sup>2</sup>, N. Nuño<sup>2</sup>, M. Sánchez<sup>2</sup>, M. Turón<sup>2</sup> y D. Sort<sup>1</sup>**<sup>1</sup>*Medicina Interna. Hospital Universitari Sagrat Cor. Barcelona.*<sup>2</sup>*Facultad de Psicología. Universidad de Barcelona. Barcelona.*

**Objetivos.** El delirium es la forma más común de psicopatología que afecta a los ancianos hospitalizados. Especialmente frecuente en pacientes frágiles, es predictor independiente de mortalidad a medio plazo e incrementa el riesgo de deterioro cognitivo. Proponemos determinar los factores de riesgo asociados a delirium en pacientes geriátricos hospitalizados con la intención optimizar la gestión de recursos preventivos.

**Material y métodos.** Se realizó un estudio de casos y controles anidado sobre una cohorte de 183 pacientes incluidos durante el primer trimestre del 2006 en un estudio de supervivencia *post-delirium* intrahospitalario. Se escogieron como casos los episodios de delirium intrahospitalario en pacientes de 71 años o más e ingresados en Medicina Interna y Cirugía Ortopédica y Traumatología y como controles, los cribados negativos para *delirium*. La muestra de trabajo fue de 154 pacientes, con 50 episodios de *delirium* (casos) y 772 cribados negativos (controles). Todos fueron evaluados a las 48 horas mediante parámetros funcionales (Índice de Barthel), sociales (Escala de valoración socio-familiar de Gijón), índices de gravedad (aguda -Mortality Probability Model II- y crónica -Índice de Comorbilidad de Charlson-), cognitivos y emotivos. El cribado de *delirium* se realizó durante toda la estancia cinco días a la semana mediante el *Confusion Assessment Method* adaptado. Para el análisis estadístico se realizaron comparaciones bivariadas ( $\chi^2$ , t de Student) y en el análisis multivariante se utilizó regresión logística. La bondad de ajuste del modelo se comprobó mediante la prueba de Hosmer-Lemeshow. Los datos se procesaron mediante SPSS 12.0.

**Resultados.** Los 154 pacientes generaron 822 cribados sistemáticos para delirium, de los cuales 50 (6,1%) resultaron positivos, afectando a 24 pacientes (15,6%). Las asociaciones significativas en el análisis bivariado con los episodios de delirium, se integraron en un análisis de regresión logística identificando como factores predictores para delirar los siguientes: Escala de Valoración Socio-Familiar de Gijón [exp(b) = 2,09 (IC 95% 1,66 - 2,53)], Índice de Comorbilidad de Charlson [exp(b) = 1,62 (IC 95% 1,25 - 2,09)], Mortality Probability Model II [exp(b) = 518,3 (IC 95% 296,7 - 905,7)], Demencia [exp(b) = 26,99 (IC 95% 12,68 - 57,46)], Alteraciones sensoriales [exp(b) = 2,17 (IC 95% 1,10 - 4,30)] y Depresión [exp(b) = 6,38 (IC 95% 1,60 - 9,34)]. El nivel de significación escogido fue para  $p < 0,05$ .

**Discusión.** El delirium es una entidad de etiología multifactorial en la que ciertas condiciones clínicas y sociales, fácilmente valorables en la práctica clínica, aumentan su vulnerabilidad. En nuestro modelo, las condiciones identificadas son la sociopatía (por cada punto añadido en la Escala de Gijón, el riesgo de delirium se duplica), la presencia de comorbilidades (el incremento de un punto en el Charlson, aumenta en 1,62 veces la probabilidad para delirar), la severidad aguda (por cada décima creciente en el Mortality Probability Model II, el delirium es 51,80 veces más probable), la demencia (que incrementa el riesgo de delirium en 26,99 veces), las alteraciones sensoriales (que lo hacen en 2,17 veces) y la existencia de depresión (que contribuye a un aumento del riesgo de 6,38 veces). Sorprende no identificar la edad, ya que estudios previos concluyen mayor incidencia de delirium con la edad. En nuestro caso, trabajamos con una muestra muy envejecida, de escasa desviación típica para este parámetro, lo que justifica que no se haya encontrado asociación.

**Conclusiones.** El perfil del paciente geriátrico hospitalizado con mayor vulnerabilidad para delirar se caracteriza por la coexistencia de sociopatía, severidad atribuida a comorbilidades y a la derivada de patología aguda, alteraciones sensoriales, demencia y depresión. El diseño de planes preventivos primarios debería contemplar un abordaje multidisciplinar para la detección precoz de estas condiciones.

**EA-24  
CARACTERÍSTICAS DE LOS PACIENTES CON INFARTO AGUDO DE MIOCARDIO (IAM) HOSPITALIZADOS EN MEDICINA INTERNA**

**C. Fernández-Roldán, A. Pardo Cabello, C. Tomás Jiménez, M. Parejo Sánchez, D. Vinuesa García, D. Sánchez Cano, C. López Robles y A. Martín Moreno**

Medicina Interna. Hospital Universitario San Cecilio, Granada.

**Objetivos.** Describir las características de los pacientes hospitalizados en Medicina Interna con diagnóstico de IAM.

**Material y métodos.** Estudio retrospectivo, con revisión de las historias clínicas de los pacientes hospitalizados con diagnóstico de IAM en el Servicio de Medicina Interna del Hospital Universitario San Cecilio en el periodo: diciembre de 2004 -marzo de 2005. Se excluyeron los pacientes que se trasladaron a Medicina Interna desde la UCI. Se recogieron las variables: edad, sexo, lugar de procedencia, comorbilidad, horas de evolución del evento, alteraciones electrocardiográficas, localización de la lesión, Killip máximo, días de estancia, valor máximo de troponina I y mortalidad.

**Resultados.** Se estudiaron 61 enfermos. El 62% de los pacientes (n = 38) fueron mujeres. La edad media fue de 83 ± 7 años (rango 61-99). El 83% de los pacientes (n = 51) procedían de su domicilio, el 8% vivían en Residencias, y el 7% padecieron el evento estando hospitalizados. Todos los pacientes presentaron comorbilidad, destacando: HTA (54%), Diabetes mellitus (46%), patología cerebrovascular (29%), EPOC y FA (28% respectivamente), insuficiencia cardiaca (23%), demencia e insuficiencia renal crónica (15% respectivamente). El 73% de los pacientes (n = 32) llevaban más de 6 horas de evolución cuando recibieron asistencia. Se observaron alteraciones electrocardiográficas en el 85% de los pacientes, destacando como alteraciones más frecuentes el descenso del ST (24%) y el bloqueo de rama izquierda del Haz de His (18%). La localización más frecuente fue la lateral (26%) seguida de la inferior (18%). Para el 72% de los pacientes éste fue el primer evento isquémico cardiaco. El 56% de los pacientes (n = 34) sobrevivieron. Según la estratificación Killip, el 13% (n = 8) de los pacientes pertenecían al grupo I, el 50% (n = 30) al II, el 20% al grupo III y el 17% al IV. La cifra media en la elevación máxima de Troponina I se situó en 8 ± 15,7. En los pacientes

que sobrevivieron al IAM, la estancia media fue de 19 ± 11 días.

**Conclusiones.** Los pacientes son hospitalizados en Medicina Interna con diagnóstico de IAM son ancianos, pluripatológicos y acuden con demora a los servicios sanitarios. La localización más frecuente del IAM es la lateral, seguida de la inferior. En la mayoría de los casos, se trató del primer evento isquémico cardiaco.

**EA-25  
SÍNDROME CONFUSIONAL AGUDO EN PACIENTES INGRESADOS EN UN SERVICIO DE MEDICINA INTERNA**

**L. Corral Gudino, R. Jorge Sánchez, J. García Aparicio y J. Herrero Herrero**

Medicina Interna. Hospital Los Montalvos. Hospital Universitario de Salamanca. Carrascal de Barregas, Salamanca.

**Objetivos.** Valorar la incidencia del síndrome confusional agudo (SCA) y establecer la relación del SCA con el diagnóstico al ingreso, la gravedad y la discapacidad en nuestro medio.

**Material y métodos.** Estudio retrospectivo mediante búsqueda activa de todos los casos diagnosticados como SCA con hiperactividad de entre los pacientes ingresados en nuestro servicio de medicina interna entre marzo de 2004 y mayo de 2006 (2723 pacientes). Se recogieron datos epidemiológicos, diagnósticos principales y secundarios, gravedad (índices SOFA, SAPSII, APACHEII y PORT), discapacidad (índices Barthel y Rankin), mortalidad intrahospitalaria e institucionalización. Se utilizó la prueba T de Student para los datos continuos y la chi cuadrado para los categóricos.

**Resultados.** Se recogieron 86 episodios de SCA con hiperactividad (3,2% del total de los ingresos). En 20 casos (23%) el SCA fue el motivo del ingreso (SCA-I) y en los restantes 66 (77%) se desarrolló durante la hospitalización (SCA-H). El 52% de los pacientes fueron hombres siendo la edad media de 82 años (79 en el grupo general  $p = 0,02$ ). En los 66 casos de SCA-H la causa del ingreso más frecuente fue la bronquitis aguda (39%) seguido de la neumonía (9%) y la agudización de la enfermedad pulmonar obstructiva crónica (4%). Los pacientes con SCA presentaron elevada comorbilidad; 31% diabetes mellitus, 27% hipertensión arterial esencial, 26% trastornos hidroelectrolíticos al ingreso, 26% anemia, 24% insuficiencia renal aguda, 18% arritmias cardíacas, 18% insuficiencia cardiaca congestiva, 14% obesidad y 11% cardiopatía isquémica. El SCA-H se relacionó con la gravedad de la enfermedad y con la mortalidad intrahospitalaria, no así el SCA-I (tabla 1). El SCA se relacionó con el grado de discapacidad del paciente, con la demencia y con su institucionalización (tabla 2). Un 5,8% de los pacientes con demencia tuvo un episodio de SCA durante la hospitalización frente a 2,6% de los pacientes sin demencia.

**Discusión.** El SCA es una complicación frecuente en nuestro medio, aunque el número de casos diagnosticados en nuestro trabajo es claramente inferior al de otras series. En casi 8 de cada 10 pacientes diagnosticados de SCA, éste se desarrolló durante el ingreso. La patología infecciosa respiratoria fue el diagnóstico principal más frecuente en estos casos (52%). El SCA se relacionó con la demencia y la discapacidad y en el caso de los SCA-H con la gravedad del paciente al ingreso y la mortalidad.

Tabla 1.

	No SCA	SCA	p	SCA-I	p	SCA-H	p
ESOFA ing	2,4	3,7	0,01	2,2	0,63	4	0,00
SAPSII	30	37	0,00	31	0,61	39	0,00
APACHEII	14	18	0,00	14	0,80	19	0,00
Port	85	97	0,11	48	0,09	108	0,03
Mortalidad (%)	8,5	21	0,00	1	0,54	26	0,00

Tabla 2.

	No SCA	SCA	p	SCA-I	p	SCA-H	p
Barthel	69	50	0,00	54	0,22	49	0,00
Rankin	2,7	3,4	0,24	3,6	0,50	3,3	0,33
Institucionalizado (%)	15	23	0,03	20	0,53	24	0,04
Demencia (%)	17	31	0,01	40	0,00	29	0,01

## EA-26 ABORDAJE DEL IAMSEST EN PACIENTES INGRESADOS EN UN SERVICIO DE MEDICINA INTERNA

A. Pardo Cabello, C. Fernández-Roldán, M. Parejo Sánchez, C. Tomás Jiménez, I. Aomar Millán, M. García Jerez, G. Biosca Echenique y J. Cantero Hinojosa  
Medicina Interna. Hospital Clínico S.Cecilio, Granada.

**Objetivos.** Describir los tratamientos de pacientes ingresados por IAMSEST (en su fase aguda y al alta), el uso de ecocardiografía y de los estudios isotópicos realizados en un Servicio de Medicina Interna Material y métodos. Se revisaron 58 historias clínicas seleccionadas según el diagnóstico al alta de IAMSEST en un Servicio de Medicina Interna durante el período comprendido entre diciembre del 2004 y marzo del 2005. Se registraron el uso en la fase aguda de AAS, clopidogrel, betabloqueantes, HBPM (cada 12 o 24 horas). Además se recogieron los tratamientos prescritos a dichos pacientes (AAS, IECAs, diuréticos, NTG, betabloqueantes, clopidogrel y estatinas) al alta. Se incluyeron en el registro las ecocardiografías, las interconsultas a Cardiología y los estudios isotópicos de perfusión miocárdica solicitados.

**Resultados.** La edad media de los pacientes fue de  $83,1 \pm 6,6$  años y el 60,3% eran mujeres. El 65,5% de los pacientes recibieron AAS en la fase aguda del IAMSEST. El 34,5% recibió clopidogrel y el 32,8% betabloqueantes. El 51,7% recibió HBPM cada 12 horas y el 25,9% cada 24 horas. En relación al tratamiento al alta, se prescribió parches de nitroglicerina al 75,8% de los pacientes; IECAs al 54,5%; AAS al 51,6%; betabloqueantes al 36,4% y clopidogrel al 27,3%. Otros fármacos prescritos al alta fueron anticoagulación oral y furosemida al 30,3% de los pacientes respectivamente y estatinas al 15,2%. Se realizó ecocardiografía al 30% de los pacientes durante el ingreso obteniéndose una FE media de  $51,94 \pm 14\%$ . Se solicitó interconsulta a Cardiología en el 13% de los casos y se realizó estudio isotópico de perfusión miocárdica en un solo caso (1,7%).

**Discusión.** Según las guías actuales, el tratamiento del IAMSEST debe incluir doble antiagregación y anticoagulación junto a betabloqueantes independientemente de la edad. Aplicando estos criterios, sólo un 8,2% recibió el tratamiento completo. El 46% recibió antiagregación y anticoagulación. La causa de esta situación podría relacionarse con las características de los pacientes ingresados en Medicina Interna (habitualmente ancianos y pluripatológicos) y el temor a posibles complicaciones.

**Conclusiones.** La probabilidad de que los pacientes ancianos sean tratados médicamente con fármacos con actividad científicamente demostrada y/o revascularización es escasa.

## EA-27 EL ANCIANO SEMICRÍTICO: UNA NUEVA REALIDAD

P. Arribas Arribas<sup>1</sup>, C. Sardà Borroy<sup>2</sup>, E. Antolín Barrios<sup>2</sup>, M. Trallero Catevilla<sup>1</sup>, E. Segura Paredes<sup>2</sup>, L. Díaz Echezarreta<sup>1</sup>, M. Ibarrola de Vega<sup>2</sup> y M. Vicente Carrascal<sup>2</sup>  
<sup>1</sup>Medicina Interna, <sup>2</sup>Urgencias. Hospital de Figueres. Figueres, Girona.

**Objetivos.** El hospital de Figueres cubre un área de 120.000 habitantes, carece de Unidad de cuidados intensivos y dispone de una Unidad de observación-monitorización con 6 camas, gestionada por los servicios de Urgencias y de Medicina interna. **Objetivos:** conocer datos epidemiológicos y clínicos de los pacientes mayores de 80 años con proceso agudo grave que han precisado, a criterio del médico responsable, ingreso en esta Unidad.

**Material y métodos.** Estudio prospectivo descriptivo de los ingresos en la unidad desde el 9 de enero al 9 de abril de 2006. Se usa el APACHE 2 como indicador de gravedad. El grupo de estudio son los pacientes de 80 años o más con APACHE 2 igual o superior a 10 puntos. Las variables estudiadas son demográficas (edad y sexo) y clínicas (motivo de ingreso, gravedad y comorbilidad).

**Resultados.** Durante el período de estudio (90 días), se asistieron 452 pacientes de los cuales 171 tenían 80 o más años. De éstos, 94 presentaban 10 o más puntos APACHE 2: 3 fueron reingresos en la unidad desde planta (solo se contó primer episodio) y otros 3 se desestiman por defectos en la recogida de datos. Como grupo de estudio quedan 88 pacientes (1 por día), el 64,80% fueron mujeres. Por edades, 41 (46,6%) tenían entre 80 y 84 años, 29 (33%) entre 85 y

89 y 18 (20,4%) tenían 90 o más años. La patología que motivó el ingreso fue cardíaca en 35 casos (39,77%), pulmonar en 16 (18,18%), infecciosa (no respiratoria) en 9 (10,22%), neurológica en otros 9, endocrino-metabólica en 5, quirúrgica en 8 más, y en los 5 restantes diversas patologías médicas. Los diagnósticos principales más frecuentes fueron: síndromes coronarios agudos (11,36%), insuficiencia cardíaca (10,22%), bronquitis-EPOC (10,22%) y arritmias (7,95%). Se valoró la gravedad inicial: la puntuación APACHE 2 media fue 13,92 (DS 4,10), 23 pacientes puntuaron entre 10 y 11, otros 63 (71,53%) lo hicieron entre 12 y 23 y 2 pacientes puntuaron 24 o más. Se usó el índice de Charlson para estimar comorbilidad: la puntuación media fue 3,31 (DS 2,07), sólo 4 pacientes no presentaban problemas asociados, 34 pacientes puntuaron entre 1 y 2, otros 42 lo hicieron entre 3 y 6, finalmente 8 pacientes presentaron un índice de comorbilidad mayor de 6 puntos. Las patologías asociadas con mayor frecuencia fueron: insuficiencia cardíaca (70,45%), enfermedad cerebrovascular (39,77%), deterioro cognitivo (26,13%), diabetes (25%), de los cuales la mitad con lesión de órgano diana, cardiopatía isquémica, hemiplejía y enfermedad respiratoria crónica.

**Discusión.** Asistimos a un incremento en la esperanza de vida, mayor supervivencia en procesos crónicos y al envejecimiento progresivo de la población. La edad, por sí sola, ha dejado de ser criterio excluyente para prácticamente todas las medidas terapéuticas. Por otro lado, están generalizándose las unidades de observación-monitorización, en muchas ocasiones como paso previo al ingreso en planta de enfermos inestables o de difícil manejo en hospitalización convencional. En consecuencia son cada vez más numerosos los ancianos con comorbilidad y procesos agudos graves que clásicamente no ingresan en unidades de cuidados intensivos y son difícilmente asumibles en planta pero con expectativas razonables de recuperación. Ante ellos el facultativo responsable tiene que decidir el tipo de medidas a seguir, generalmente sin más ayuda que su sentido común.

**Conclusiones.** 1) El anciano grave, pero potencialmente recuperable, es una realidad cada vez más presente en la práctica clínica diaria. 2) Se trata de pacientes con elevada comorbilidad, que condicionará tratamientos y evolución. 3) En la gran mayoría de casos se trata de agudizaciones de patologías cardiopulmonares crónicas. 4) Estos pacientes suponen un dilema para el facultativo responsable en el sentido de que no existen pautas consensuadas para su manejo ni criterios pronósticos claros, y es el médico, condicionado por diversos factores, incluso sociales, el que debe decidir en soledad el límite del esfuerzo terapéutico.

## EA-28 INGRESOS HOSPITALARIOS POR EPOC EN EL ANCIANO. ESTUDIO PROSPECTIVO

H. Monzón<sup>1</sup>, P. Almagro<sup>1</sup>, M. Rodríguez<sup>1</sup>, V. Romani<sup>1</sup>, C. García<sup>1</sup>, M. Sanjaume<sup>1</sup>, L. Heredia<sup>2</sup> y X. Garau<sup>1</sup>  
<sup>1</sup>Medicina Interna, <sup>2</sup>Neumología. Hospital Mútua de Terrassa. Terrassa, Barcelona.

**Objetivos.** La EPOC es una de las enfermedades más prevalentes en el anciano y una de las primeras causas de hospitalización. **Objetivos:** describir las características de la población mayor de 80 años, hospitalizada en un hospital general por descompensación de su EPOC. Comparar las diferencias existentes con los pacientes de menor edad.

**Material y métodos.** Se estudian de forma prospectiva todos los pacientes hospitalizados por descompensación de EPOC, en 3 cohortes (1997-98; 1999-2000; 2003-2004). Todos los pacientes presentaban una espirometría con FEV1 post prueba broncodilatadora inferior al 70% de su teórico y un índice FEV1/FVC < 70%. Todos los pacientes cumplieron un cuestionario donde se valoraban los ingresos en el año previo, las visitas a urgencias, los días de estancia del ingreso actual así como los reingresos en el año posterior. Además se realizaron gasometrías basales al ingreso y alta y en un subgrupo de pacientes en condiciones basales al mes del alta hospitalaria, así como test de marcha de 6 minutos. Se recogieron además la comorbilidad (I. de Charlson), la dependencia funcional (I. de Katz), número de medicaciones y tomas domiciliarias, nivel socioeconómico, recursos sociales (OARS), depresión (Yesavage reducido), escala de disnea (MMRC) y un cuestionario específico de calidad de vida en la EPOC (St George's Respiratory Questionnaire).



**Resultados.** Se estudiaron 374 pacientes (20 mujeres) con una edad media de 72 años (DE 9,4; rango 44 a 93), de los cuales 81 eran mayores de 80 años. La estancia media global fue de 11,39 días y el FEV1 al alta del 39% del teórico (DE 12). Un 55% de los pacientes reingresaron en el año posterior sin encontrarse diferencias entre ambos grupos de edad. La población mayor de 80 años, tenía más comorbilidad ( $p < 0,003$ ), mayor dependencia funcional ( $p < 0,001$ ), peores puntuaciones en la escala de deterioro cognitivo ( $p < 0,004$ ), mayor presencia de cor pulmonale ( $p < 0,05$ ) y peores puntuaciones en la escala de depresión ( $p < 0,009$ ). Por el contrario las puntuaciones en el cuestionario de calidad de vida fueron similares, excepto para la subescala de síntomas en que los pacientes más jóvenes obtuvieron peores puntuaciones.

**Conclusiones.** Los pacientes hospitalizados por descompensación de su EPOC suelen ser de edad avanzada. La población mayor de 80 años a pesar de tener mayor comorbilidad, dependencia funcional y rasgos depresivos tienen una estancia media y un número de reingresos similar a los pacientes de menor edad.

#### EA-29

#### PARTICIPACIÓN, GRADO DE SATISFACCIÓN Y CONTRIBUCIÓN DE LOS PROGRAMAS DE COLABORACIÓN ENTRE INTERNISTAS Y MÉDICOS DE FAMILIA

**M. Rincón<sup>1</sup>, N. Ramírez Duque<sup>1</sup>, S. García Morillo<sup>1</sup>, M. Cassani<sup>1</sup>, M. Bernabeu Wittel<sup>1</sup>, V. Yerro<sup>2</sup> y M. Ollero Baturone<sup>1</sup>**

<sup>1</sup>Medicina Interna. Hospitales Universitarios Virgen del Rocío, Sevilla. <sup>2</sup>Atención Primaria. Distrito de Sevilla, Sevilla.

**Objetivos.** Conocer el grado de participación y de satisfacción así como la contribución de un programa de colaboración entre internistas y médicos de familia frente a diferentes problemas clínicos y grupos de pacientes

**Material y métodos.** Estudio descriptivo en base a cuestionario específico, anónimo y autocumplimentado y previamente validado a la totalidad de médicos de familia (n: 70) pertenecientes a nueve Centros de Salud con más de un año de participación en dichos programas. Tras realizar un Test de Kolmogorov-Smirnov, se usó un Test de Kluskal-Wallis para comparar los centros de salud. Se categorizó el grado de contribución mediante una escala de Likert (1-5). El grado de significación estadístico fue  $p < 0,05$ .

**Resultados.** Índice de respuesta 62 médicos (89,85%). Perfil profesional: Edad 46,8 + 6,8 años, 61, 3% varones. Tiempo trabajado en Atención primaria 18 + 6,5 años. Demanda clínica media diaria 48 + 10 pacientes. Formación MIR 27,4%. Participación en algún curso o congreso en el último año 85,5%, presentación de comunicación o publicación en el último año 31,1%. Participación: El 100% conocían el programa, el 80,3% habían programado ingresos hospitalarios en el último año, el 88,7% estudios ambulatorios y el 86,9% habían realizado consultas puntuales. El 100% habían acudido alguna vez a las sesiones conjuntas siendo el promedio de 3,93 + 1,5 sesiones en el último trimestre. El método de contacto más frecuente fue la sesión clínica (71,1%), teléfono (27,7%) y comunicación escrita (2,2%). Satisfacción: satisfecho o muy satisfecho globalmente el 98,4%, con los ingresos programados el 88,3%, con los estudios programados el 93,5%, con las consultas puntuales el 98,4% y con las sesiones conjuntas el 91,9%. El 75,8% consideró al internista muy accesible y 24,2% accesible. El 98,4% consideró que sus pacientes estaban muy satisfechos o satisfechos con el programa y puntuaron en 4,53 la contribución del programa a la continuidad asistencial (escala 1-5)%. Con respecto a la contribución considerando distintos Problemas clínicos la media de la puntuación fue para pacientes en fase diagnóstica con problemas mal definidos 4,23 + 0,919, síndrome constitucional 4,19 + 0,927, pacientes en fase diagnóstica con problemas focalizados 4,19 + 0,879, adenopatías 4,11 + 1,014, pacientes con enfermedades raras 3,88 + 1,247, pacientes crónicos 3,84 + 0,987, disnea 3,76 + 0,978, conectivopatías 3,72 + 1,047, enfermedades infecciosas 3,59 + 1,097, hepatitis vírica 3,52 + 1,131, trombosis venosa profunda 3,45 + 1,184. Considerando los procesos la media de contribución fue: proceso de atención al pluripatológico 4,21 + 1, proceso anemia 4,05 + 0,918, síndrome febril de larga evolución 3,9 + 1,12, proceso insuficiencia cardíaca 3,85 + 1, dolor abdominal 3,83 + 0,8, cáncer colorectal 3,73 + 1,18, dolor torácico 3,59 + 1, factores de riesgo cardiovascu-

lar 3,5 + 1,1, cuidados paliativos 3,47 + 1,25, cefalea 3,42 + 1, VIH/SIDA 3,42 + 1,3, demencia 3,27 + 1,16.

**Conclusiones.** Los médicos de familia adscritos a los programas de colaboración mencionados manifiestan un alto nivel de participación y satisfacción. La valoración de la contribución es muy alta para todos los grupos de pacientes y problemas clínicos analizados, especialmente en los pacientes con problemas clínicos mal definidos y pluripatológicos constituyendo una herramienta clave para acercar ambos ámbitos asistenciales.

#### EA-30

#### SÍNDROME PLATIPNEA-ORTODEOXIA. DESAFÍO A LA FÍSICA. DESCRIPCIÓN DE DOS CASOS Y REVISIÓN DE LA LITERATURA

**X. Pla<sup>1</sup>, L. Betancourt<sup>2</sup>, R. Comet<sup>1</sup>, R. Jordana<sup>1</sup>, L. López<sup>3</sup>, S. Ibars<sup>3</sup> y A. Nogueras<sup>1</sup>**

<sup>1</sup>Unitat Geriàtrica d'Aguts-Medicina Interna, <sup>2</sup>Nefrología, <sup>3</sup>Cardiología. Hospital de Sabadell. Fundació Parc Taulí. Institut Universitari - UAB. Sabadell, Barcelona.

**Objetivos.** El síndrome platipnea-ortodeoxia (SPO) es un síndrome de muy raro que consiste en el desarrollo de un Shunt Derecha-Izquierda (ShDI) con clínica característica de disnea e hipoxemia al ortostatismo y/o sedestación. **Objetivos:** 1) Descripción de 2 casos. 2) Revisión de la literatura.

**Material y métodos.** Descripción de 2 casos de SPO en 2 años. Revisión de la literatura (Medline 1965-2005).

**Resultados.** Caso 1: varón de 75 años, HTA, insuficiencia renal crónica, AVC previo recuperado, que presenta ictus isquémico. Posteriormente desarrolla hipoxemia hipocápnica severa requiriendo ventilación mecánica. ECG normal. Analítica: creatinina de 3,9 mg/dl. Se constata desaturación mantenida con los cambios posturales ( $pO_2$  al aire en decúbito 80 mmHg y en sedestación 55 mmHg). Rx y TC tórax compatibles con bronquiectasias. Gammaografía pulmonar sugestiva de ShDI. Ecocardiograma transefágico (ETE) con suero agitado en sedestación: aneurisma del septo interauricular y foramen oval permeable (FOP) con incontable paso de burbujas D-I a través del foramen. Doppler transcraneal con suero agitado compatible con ShDI. Cateterismo derecho: descarta hipertensión pulmonar. Se desestimó intervencionismo por deterioro global. Evolución desfavorable, siendo éxitus. Caso 2: mujer de 92 años, HTA, con fibrosis pulmonar, que presenta fractura de fémur derecho que se interviene. En el postoperatorio presenta hipoxemia hipocápnica persistente, que empeora con la sedestación y mejora al tumbarse. Rx tórax: sin cambios. TC tórax: fibrosis pulmonar en lóbulos inferiores, signos hipertensión pulmonar ligera. ECG: hemibloqueo anterior y bloqueo de rama derecha. Analítica normal. Evolución tórpida a pesar de tratamiento mixto y anticoagulación. Se constata desaturación con el ortostatismo ( $pO_2$  al aire en decúbito 48 mmHg; en sedestación 33 mmHg). Ecocardiograma transtorácico con suero agitado: aneurisma del septo interauricular sugestivo de comunicación interauricular (CIA) con probable ShDI. Se desestima intervencionismo por edad e inestabilidad clínica. Evolución desfavorable, siendo éxitus.

**Discusión.** El SPO es una entidad rara (no más de 80 casos publicados) caracterizada por disnea (platipnea) e hipoxemia (ortodeoxia) que empeoran al incorporarse y mejoran al tumbarse. Puede ocurrir asociado a distintas entidades (neumectomía y neumopatía crónica severa las más frecuentes). El mecanismo patogénico del ShDI con presiones intracardiacas normales está controvertido. Se han postulado diversas teorías: flujo preferencial de la vena cava inferior hacia el septo atrial (incluso en ausencia de gradiente de presión entre las aurículas); desequilibrio en la compliance entre ambas aurículas. El SPO ocurre cuando hay un ShDI, casi siempre a través de una CIA, y con presión de la arteria pulmonar normal (a diferencia de la mayoría de comunicaciones D-I). Para que se presente el SPO deben coexistir un componente anatómico (CIA, básicamente FOP o aneurisma auricular septal fenestrado) y un componente funcional (produce deformidad en el septo atrial que redirecciona el flujo del shunt al incorporarse), ya sea cardíaco, pulmonar, abdominal (cirrosis, ileo) o vascular (elongación o aneurisma aórticos). El ShDI a través de FOP (presente hasta en el 25-30% de población asintomática) se ha relacionado con diversas entidades además de SOP: migraña, amnesia global transitoria, enfermedad descompresiva del buceador, ictus

criptogenéticos y embolismos paradójicos. El tratamiento de elección es la reparación percutánea o quirúrgica de la CIA, con muy buenos resultados. En pacientes en que no es posible el tratamiento definitivo, se ha propuesto tratamiento con opiáceos o bimesilato de almirina.

**Conclusiones.** 1) El SPO debe considerarse en el diagnóstico diferencial de disnea e hipoxemia posicionales. 2) El diagnóstico puede ser difícil, por lo que es necesario un alto índice de sospecha. 3) La técnica diagnóstica más útil es el ETE con suero agitado, aunque el Doppler transcraneal también puede ayudar. 4) El tratamiento de elección es la corrección (quirúrgica o percutánea) de la CIA.

### EA-31

#### FACTORES PREDICTORES ASOCIADOS A LA PRESENCIA DE INTERACCIONES MEDICAMENTOSAS CLÍNICAMENTE RELEVANTES EN UNA POBLACIÓN DE PACIENTES PLURIPATOLÓGICOS DE UN ÁREA SANITARIA DE SEVILLA

S. García Morillo<sup>1</sup>, N. Ramírez Duque<sup>1</sup>, M. Nieto Guindo<sup>2</sup>, M. Rincón<sup>1</sup>, M. Bernabeu Wittel<sup>1</sup>, P. Bohórquez<sup>3</sup> y M. Ollero Baturone<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Medicina Interna, <sup>2</sup>Farmacia. Hospitales Universitarios Virgen del Rocío, Sevilla, <sup>3</sup>Atención Primaria. Distrito de Sevilla. Camas, Sevilla.

**Objetivos.** Analizar cuales son los factores asociados a la aparición o desarrollo de interacciones medicamentosas relevantes en el paciente pluripatológico y polimedcado, identificando la influencia de las principales categorías o morbilidades relacionadas con el paciente pluripatológico.

**Material y métodos.** Tras conocer en un estudio previo la prevalencia de PPP, (en torno al 1%); identificamos a los PPP polimedcados como aquellos que en su régimen terapéutico tenían más de 5 medicamentos durante un período de tiempo superior a 6 meses para cada uno de ellos. Se definió la IM como la sospecha de existencia de cualquier modificación cualitativa o cuantitativa del efecto de un medicamento debido a la administración de otro y para establecer la relevancia clínica se utilizó la base de datos DRUG-REX SYSTEM Micromedex. Para la comparación entre grupos se utilizará el test de la Chi cuadrado mediante la corrección de Yates y, cuando fuera preciso, el test exacto de Fisher (variables cualitativas), y la T de Student y test de ANOVA y post-hoc de Tukey y Dunett (variables cuantitativas). Se realizará un análisis uni- y multivariado (regresión logística paso a paso hacia atrás) de factores de riesgo para la presentación de interacciones medicamentosas.

**Resultados.** El número de pacientes que han presentado al menos 1 IM han sido 167 pacientes (91%). El número total de IM detectadas fueron 708 interacciones (Tasa: 3,86 interacciones/paciente). Las IM clínicamente relevantes fue 339 (Tasa: 1,85 interacciones/paciente), lo que representa el 47,9% del total de IM. A todos se le realizó un informe farmacológico, que fue aceptado en el 83,8% y la principal recomendación fue el la suspensión del fármaco (21,89%) y la monitorización clínica del paciente (16,27%). La edad y el sexo no parecen que influyan en el desarrollo de IM clínicamente relevante. Tanto el número de fármacos ( $p = 0,0001$ ) como el número de categorías ( $p = 0,001$ ) favorecen el desarrollo de interacciones. Los pacientes de la categoría A presentan un mayor número de interacciones (Chi-cuadrado: 4,854; IC: 1,06-3,07);  $p = 0,028$ . La fórmula de regresión lineal multivariante fue:  $N^{\circ} \text{ IM} = 1,011 + 0,284 \times \text{número de fármacos}$ . En el análisis de regresión logística múltiple, los factores predictivos para el desarrollo de IM clínicamente relevante fueron: el número de fármacos: 1,429 (1,264-1,615),  $p = 0,0001$ ; la presencia de insuficiencia renal (categoría B): 2,111 [1,147-3,884],  $p = 0,016$ ; y la categoría C de la definición de PPP: 2,120 [1,138-3,494],  $p = 0,018$ .

**Conclusiones.** La polifarmacia es un problema importante en el paciente pluripatológico. En esta población, el número de fármacos y la presencia de las categorías B y C son los predictores independientes para el desarrollo de interacciones medicamentosas clínicamente relevantes. Un programa de colaboración entre atención primaria y especializada para la detección de éstas podría ser muy efectiva para la prevención de problemas relacionados con medicamentos.

### EA-32

#### MAPA DE INTERACCIONES MEDICAMENTOSAS CON RELEVANCIA CLÍNICA, TRAS ENTREVISTA DOMICILIARIA, EN UNA COHORTE DE PLURIPATOLÓGICOS Y POLIMEDCADOS DE UNA ÁREA DE SEVILLA

N. Ramírez Duque<sup>1</sup>, S. García Morillo<sup>1</sup>, M. Nieto Guindo<sup>2</sup>, M. Rincón<sup>1</sup>, M. Bernabeu Wittel<sup>1</sup>, V. Yerro Paez<sup>3</sup> y M. Ollero Baturone<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Medicina Interna, <sup>2</sup>Farmacia. Hospitales Universitarios Virgen del Rocío, Sevilla, <sup>3</sup>Atención Primaria. Distrito de Sevilla, Sevilla.

**Objetivos.** Estimar la prevalencia y conocer el mapa de interacciones medicamentosas, con significado clínico relevante, en una población de pacientes pluripatológicos de 3 centros de salud en el área sanitaria de los Hospitales Universitarios Virgen del Rocío, Sevilla.

**Material y métodos.** La cohorte de pluripatológicos estaba constituida por la población de 3 zonas básicas de salud del área sanitaria de Sevilla. Tras conocer en un estudio previo la prevalencia de PPP, (en torno al 1%); identificamos a los PPP polimedcados como aquellos que en su régimen terapéutico tenían más de 5 medicamentos durante un período de tiempo superior a 6 meses para cada uno de ellos. Inicialmente se cuantificó el número de fármacos o medicamentos, incluyendo plantas medicinales que estaban tomando en ese momento. Para la recogida de la información se realizó una entrevista estructurada al total de los pacientes estudiados mediante visita a domicilio, con el propio paciente o con su cuidador principal. Se definió la IM como la sospecha de existencia de cualquier modificación cualitativa o cuantitativa del efecto de un medicamento debido a la administración de otro y para establecer la relevancia clínica se utilizó la base de datos DRUG-REX SYSTEM Micromedex. Se describen las variables como media (desviación típica).

**Resultados.** De la población inicial de 265 PPP, se estudiaron 183 pacientes (éxitos: 36; traslados: 10; no localizados: 20; no polimedcados: 14 y rehusaron: 2 pacientes). La prevalencia de PPP polimedcados fue del 94,7%. La edad media fue de 74,91 (10,02) y la relación hombre/mujer: 91 (49%)/92 (51%). La distribución por número de categorías: 2 categorías (26,8%), 3 (23,5%), 4 (19,1%), 5 (20,8%), 6 (6,6%), 7 (2,2%). La presencia de IM con relevancia clínica se detectó en 130 pacientes (71%). La media de fármacos por pacientes fue de 8,42 (2,356) y IM con relevancia clínica fue de 2,62 (1,974). El número total de IM relevantes fue de 339 (Tasa: 1,85 interacciones/paciente), lo que viene a representar el 47,9% del total de IM detectadas. El 20,94% de las interacciones comunicadas son debidas o interacciona la digoxina, los inhibidores de la bomba de protones (17,70%), IECAS (16,22%), antiagregantes (13,27%), anticoagulantes (12,98%) y diuréticos (11,80%). Las interacciones más frecuentes fueron: IECA-insulina (8,9%), Omeprazol-benzodiazepinas (5,3%) y digoxina-diuréticos de alto techo (4,7%). El tipo de IM fue debida a alteraciones de la farmacodinamia en 35,7% y fueron severas en el 10,9% de los pacientes.

**Conclusiones.** En una cohorte multicéntrica de PP, la prevalencia de interacciones medicamentosas con relevancia clínica es elevada (71%). Los fármacos más frecuentemente implicados son aquellos del área cardiovascular especialmente digitálicos, IECAS y antiagregantes/anticoagulantes. En nuestra serie, los pacientes con la categoría A de la definición de PPP son los más susceptibles al desarrollo de IM.

### EA-33

#### REGISTRO DE VARIABLES DE PACIENTES PERTENECIENTES AL PROCESO ASISTENCIAL PLURIPATOLÓGICO EN UN SERVICIO DE MEDICINA INTERNA DE UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL

F. Martínez Peñalver, J. De la Vega Sánchez, E. Salamanca Rivera, B. García Casado, M. Maestre Muñoz, J. Santamaría González, R. Domínguez Álvarez y R. Pérez Cano

Servicio de Medicina Interna B. Hospital Universitario Virgen Macarena, Sevilla.

**Objetivos.** Aplicación del Censo de variables, diseñado por nuestro Servicio, a 260 pacientes de los ingresos durante la estación de invierno-primavera con el objetivo de: Cuantificar los pacientes per-

tenecientes al Proceso Asistencial Pluripatológicos al ingreso y al alta, Motivos de Ingreso, y GDRs más frecuentes, Categorías del Proceso Asistencial al que pertenecen, Porcentaje de medicación en genéricos al ingreso y al alta. Valoración funcional de los pacientes mediante el FIM, Estancia media entre Pluripatológicos y no Pluripatológicos y Destino de los pacientes al alta.

**Material y métodos.** Estudio retrospectivo sobre 260 pacientes ingresados en camas pertenecientes al Servicio de Medicina Interna B escogidos de manera aleatoria. Se diseñó de forma consensuada entre los médicos de nuestro Servicio un cuestionario para recoger las distintas variables con el objetivo de poner en marcha un registro informatizado de Pluripatológicos. El análisis estadístico de los datos se llevó a cabo con el programa SPSS v13.0.

**Resultados.** La edad media fue de 73,47 años, con una media de 0,82 ingresos en el último año y con una estancia media de 10,91 días. Al ingreso el 56% de los enfermos eran Pluripatológicos, mientras que al alta este porcentaje fue del 63,2%. El 95,5% de los enfermos procedían de Urgencias, mientras que el 4,5% restante eran ingresos programados o de Consultas Externas. Los motivos más frecuentes de ingreso fueron disnea (37,6%), dolor torácico (15,8%), y dolor abdominal (19,42%). Los GDRs más frecuentes al alta fueron la insuficiencia cardíaca (14,7%), y la insuficiencia respiratoria (17%). Al ingreso, el número de medicamentos prescritos era de 5,59, siendo el 48% genéricos. El número de medicamentos al alta fue de 6,50, siendo genéricos un 83,85%. El 85% de los pacientes fueron a su domicilio, 6,8% a una Residencia, y el 3% fueron éxitus.

**Discusión.** El Proceso Asistencial de Atención al Paciente Pluripatológico describe una mayor prevalencia de Pacientes Pluripatológicos en mayores de 64 años. En cuanto a los medicamentos genéricos, tenemos una población polimedificada en la que hemos logrado que al alta los fármacos genéricos constituyan casi un 85% del total de los fármacos prescritos. Los GDRs más frecuentes fueron la ICC con un 14,7% de los casos, y la insuficiencia respiratoria con un 17%, y comparando con el estudio de Zambrana, de 400 pacientes, en los que el grupo de EPOC reagudizados constituía el 11% y la ICC el 8,8% arrojan un nivel similar, aún mayor si cabe, de EPOC, pero con un mayor porcentaje de ICC. Nuestra estancia media fue de 10,91 días, un valor parecido al de otros estudios similares. Al alta, el 85% de nuestros pacientes fueron a su domicilio, garantizándose la continuidad asistencial mediante citación al alta en nuestras Consultas Externas. Los Pacientes que fueron a residencia recibieron un informe adjunto de alta de cuidados de enfermería.

**Conclusiones.** Con este estudio queremos resaltar la necesidad de iniciar un registro informático de la población de Pluripatológicos con el objetivo de mejorar su atención y sobre todo de coordinar a los distintos estamentos sanitarios para garantizar una continuidad asistencial. Para ello es vital que este proceso englobe no solo a la coordinación entre los distintos hospitales, sino también a Asistencia Primaria. El elevado número de derivaciones a Consultas Externas Especializadas nos ha llevado a plantear la creación de consultas monográficas de los distintos Procesos Asistenciales del SAS, en este caso de Pluripatológicos. El objetivo final de este estudio debería ser el inicio de un proyecto que englobara a los distintos servicios de Medicina Interna pertenecientes al SAS y la elaboración de un documento común revisable temporalmente, y por tanto dinámico, para el registro de las distintas variables de estos pacientes.

#### EA-34

#### FACTORES CLÍNICO-EPIDEMIOLÓGICOS ASOCIADOS A LAS ÚLCERAS POR PRESIÓN EN PACIENTES INGRESADOS EN UN HOSPITAL DE CRÓNICO-PALIATIVOS

**J. Conde García, F. Guerrero Igea, F. Cuesta López, V. Morales Caballero de León, M. Rey Rodríguez, M. Merino Rumín, P. Retamar Gentil y M. Aguayo Canela**  
Medicina Interna A. Hospital Clínico Universitario Virgen Macarena, Sevilla.

**Objetivos.** Analizar el perfil clínico epidemiológico de los pacientes ingresados con úlceras por presión (upp).

**Material y métodos.** Diseño transversal, analizando variables tras protocolo estandarizado: edad, sexo, procedencia y patología crónica asociada. Estadística: comparación de porcentajes, chi cuadrado.

**Resultados.** De un total de 80 pacientes, 18 ingresaron con upp. En este grupo detectamos diferencias significativas en las siguientes variables: mayor porcentaje de procedencia de residencias (50% vs 10%,  $p < 0,01$ ), sexo femenino (78% vs 45%,  $p < 0,01$ ), demencia senil (72% vs 37%), diabetes (61% vs 32%,  $p < 0,05$ ) y enfermos pluripatológicos (56% vs 26%,  $p < 0,03$ ).

**Discusión.** En la aparición de las upp intervienen múltiples factores, sin olvidar la falta de movilización y de cambios posturales.

**Conclusiones.** Los pacientes con upp se asocian al sexo femenino, diabetes, demencia y paciente pluripatológico. Se sugiere que la procedencia de los pacientes pudiera jugar un papel en la aparición de úlceras por presión.

#### EA-35

#### DOS CONCEPTOS DE ENFERMO PLURIPATOLÓGICO Y RIESGO DE ÉXITUS

**J. Serrano Carrillo de Albornoz, F. Guerrero Igea, M. Soriano Pérez, A. Prados Gallardo, V. Morales Caballero de León, M. Rey Rodríguez, M. Merino Rumín y M. Aguayo Canela**

Medicina Interna A. Hospital Clínico Universitario Virgen Macarena, Sevilla.

**Objetivos.** Analizar el diferente grado de asociación de los pacientes pluripatológicos al éxitus, según dos diferentes conceptos sobre el mismo, en enfermos ingresados en un hospital de crónico-paliativos.

**Material y métodos.** Diseño transversal, analizando variables según protocolo estandarizado. Se tuvieron en cuenta dos conceptos de paciente pluripatológico en el momento del ingreso del paciente: Concepto 1: pacientes según clasificación adoptada por el SAS, con dos o más categorías diagnósticas (A, B, C, D, E, F, G). Concepto 2: 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.). El motivo de ingreso no se contabilizó estadísticamente. Estudio estadístico: regresión logística.

**Resultados.** Se estudiaron 80 pacientes, con una edad media de 77,4 años (IC 95% 73,9 - 80,8), estancia media de 26,7 (19,6 - 33,8) con 28,75% de éxitus. El porcentaje de pluripatológicos fue: a. Concepto 1: 63,8% (IC 95% 52,2 - 74,0) (Éxitus = 31,4% de pluripatológicos) b. Concepto 2: 32,5% (IC 95% 22,7 - 44,0) (Éxitus = 50,0% de pluripatológicos) Regresión logística: Asociación entre paciente pluripatológico y éxitus, tras ajuste con edad y sexo: Concepto 1: OR = 1,4 (IC 95% 0,5 - 4,0) (NS) Concepto 2: OR = 4,8 (IC 95% 1,6 - 13,0) ( $p < 0,001$ ).

**Discusión.** Este concepto de paciente pluripatológico puede resultar interesante para cribar enfermos con más riesgo de mortalidad, al momento del ingreso. Hay que tener en cuenta que la selección de enfermedades crónicas se ha restringido a las más comúnmente observadas, excluyendo voluntariamente otras por su menor asociación a la mortalidad [ej. artrosis, HTA (las variables seleccionadas incluyen sus complicaciones), epilepsia, úlcus gastroduodenal, dislipemia] e involuntariamente otras por no pertenecer a la muestra de estudio [ej. SIDA, Guillain Barre, etc.).

**Conclusiones.** Un concepto más restringido del paciente pluripatológico puede resultar interesante para detectar enfermos con un incremento de riesgo de éxitus tras el ingreso hospitalario. De esa manera, se podrá ejercer sobre los mismos una mayor actividad preventiva y terapéutica.

#### EA-36

#### PRONÓSTICO DEL ANCIANO SEMICRÍTICO

**E. Antolín Barrios<sup>1</sup>, P. Arribas<sup>2</sup>, C. Sardà Borroy<sup>1</sup>, E. Segura Paredes<sup>1</sup>, M. Trallero Catevilla<sup>1</sup>, L. Díaz Echezarreta<sup>2</sup> y P. Comas Casanovas<sup>1</sup>**

<sup>1</sup>Urgencias, <sup>2</sup>Medicina Interna. Hospital de Figueres. Figueres, Girona.

**Objetivos.** Se desea conocer la situación clínica de los pacientes de 80 o más años, 60 días después de ingresar por proceso agudo grave, en una unidad de observación-monitorización de un hospital

comarcal. Queremos establecer además, si existe correlación entre los resultados de algunas escalas (APACHE 2, MPM0 Y MPM24 (Rué M. et al. Modelos probabilísticos de mortalidad para pacientes hospitalizados en unidades convencionales. Med Clin (Barc) 2001; 117: 326-331) y el índice de comorbilidad de Charlson) con la probabilidad de éxitos antes de 60 días y de forma secundaria con la duración del ingreso en este grupo particular de enfermos.

**Material y métodos.** Se realiza un estudio decriptivo prospectivo del período de 9 de enero a 9 de abril de 2006. De todos los pacientes ingresados en la Unidad de observación-monitorización del hospital de Figueras, se selecciona el grupo de pacientes con edad igual o mayor a 80 años y con índice de gravedad APACHE2 inicial igual o mayor a 10 puntos. Las variables estudiadas son duración de la estancia en la unidad, duración del ingreso hospitalario, necesidad de reingreso antes de 60 días, alta a centro sociosanitario desde planta, éxitos durante el ingreso, éxitos antes de 60 días y los resultados Obtenidos en diferentes escalas pronósticas (APACHE2, MPM0 y MPM24) y de comorbilidad (Charlson) así como la posible correlación entre éstos y la evolución del paciente.

**Resultados.** De los 88 pacientes estudiados, han fallecido 18 (20,45%) en los 60 días posteriores al ingreso, 14 de ellos antes del alta (15,90%). De los 74 que fueron dados de alta, el 18,18% precisaron convalencia en centro sociosanitario y el 27,02% reingresaron en planta durante los dos meses siguientes. La estancia media en la unidad de observación-monitorización fue de 23 horas y 30 minutos (DS 15 horas); la estancia media en el hospital fue de 7 días (DS 5,9 días). Las puntuaciones medias obtenidas en las distintas escalas fueron: 13,92 puntos APACHE2 (DS 4,10) (aproximadamente ratio de mortalidad del 20%), ratios de mortalidad esperada de 19,97% en el modelo MPM0 (DS 17,70) y de 20,51% (DS 19,80) en el modelo MPM24. El valor medio en la escala Charlson fue 3,31 puntos (DS 2). Se analiza la correlación de los valores obtenidos con la duración del ingreso y sobretodo con la situación de éxitos a los 60 días. Únicamente el índice de Charlson mostró correlación significativa con la duración de la estancia hospitalaria ( $r$  de Pearson: 0,3058,  $p$ : 0,0038). En cuanto a la situación final de éxitos a los 60 días, tan solo se encontró correlación significativa para los valores de las escalas MPM0 y Charlson: Rho de Spearman de 0,36 ( $p$  < 0,001) para MPM0 y de 0,43 ( $p$  < 0,001) para el índice de Charlson. Al realizar el análisis multivariante de las 4 escalas con la variable éxitos, la puntuación Charlson fue la única con asociación estadísticamente significativa (coeficiente 0,50, odds ratio: 1,65 IC95: 1,10 -2,47).

**Discusión.** Ante la presencia del anciano grave, el facultativo responsable se encuentra en el dilema de establecer los límites en el esfuerzo terapéutico. Si bien existen numerosas escalas pronósticas, a menudo complejas, de uso general en unidades de cuidados intensivos, parece que éstas pierden interés en los pacientes ancianos con marcada comorbilidad. En nuestro grupo las dos escalas que miden de forma casi exclusiva la comorbilidad (Charlson y MPM0) son las que mejor se correlacionan con el pronóstico. Se deduce así que las medidas terapéuticas deben plantearse sobretodo en base a la situación clínica basal del paciente y no atendiendo exclusivamente a la gravedad del proceso actual.

**Conclusiones.** 1) La comorbilidad es un factor fundamental en el pronóstico del anciano grave. 2) A pesar del manejo inicial en una Unidad de observación monitorización, la probabilidad de éxitos o de reingreso en los siguientes 60 días se mantiene elevada. 3) El uso generalizado de una escala sencilla, como el índice de Charlson, sería de gran ayuda para plantear la estrategia terapéutica en este grupo de pacientes, disminuyendo probablemente el riesgo de encarnizamiento terapéutico.

### EA-37 DEPRESIÓN EN PACIENTES HOSPITALIZADOS EN MEDICINA INTERNA

N. Sujanani Afonso<sup>1</sup>, M. Hemmersbach-Miller<sup>2</sup>, A. Conde Martel<sup>2</sup>, A. Gil Díaz<sup>2</sup>, B. Alonso Ortiz<sup>2</sup> y P. Betancor León<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Servicio de Psiquiatría, <sup>2</sup>Servicio de Medicina Interna. Hospital de Gran Canaria Dr. Negrín, Las Palmas de Gran Canaria.

**Objetivos.** Analizar la prevalencia de depresión en pacientes hospitalizados en un servicio de Medicina Interna y su relación con distintas patologías, la capacidad funcional, la estancia y mortalidad.

**Material y métodos.** Se estudiaron de forma prospectiva 115 pacientes hospitalizados en un servicio de Medicina Interna, con edad comprendida entre los 65 y 75 años a los que se aplicó la escala de depresión geriátrica de Yesavage. Se recogieron las características demográficas, los diagnósticos, la capacidad funcional mediante el índice de Barthel, la estancia y la mortalidad. Se calculó la prevalencia de depresión y su relación con las distintas variables analizadas. 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 y la relación entre variables cuantitativas se realizó mediante el coeficiente de correlación de Pearson o de Spearman.

**Resultados.** De los 115 pacientes, 71 (62,7%) eran mujeres y 44 (37,3%) varones. La edad media fue de 70,5 años (DE: 2,9). Se observó alteración de la escala de depresión geriátrica en 46 pacientes (40%; IC 95% 34,8 - 43,9) siendo indicativo de depresión establecida (puntuación superior a 9 puntos) en 12 pacientes (10,4%; IC 95%: 4,4 - 16,5). La presencia de depresión no se relacionó con la edad, ni con el sexo, ni con el hecho de vivir solo o en una residencia, ni con la estancia hospitalaria. Sin embargo, la presencia de depresión "leve" se asoció con los diagnósticos de insuficiencia renal ( $p$  = 0,001), hepatopatía ( $p$  = 0,006) y neoplasia ( $p$  = 0,005). La presencia de depresión establecida se asoció al diagnóstico de cardiopatía en general ( $p$  = 0,03). La mortalidad fue superior en los pacientes con depresión grave ( $p$  = 0,02). También la presencia de depresión, tanto leve como establecida, se asoció a una peor capacidad funcional, observándose una estrecha correlación entre mayor puntuación en la escala de depresión y menor puntuación en el índice de Barthel ( $p$  < 0,001).

**Discusión.** La depresión en pacientes geriátricos hospitalizados es frecuente y a menudo infradiagnosticada, no obstante, el tratamiento de los síntomas depresivos puede ser de fácil aplicación en la práctica clínica diaria. Si bien el uso de escalas que ayuden a la detección de síntomas depresivos de forma sistemática, es objeto de discusión en la actualidad, consideramos que, dados los efectos negativos de la depresión en ancianos hospitalizados, es importante tratar de detectar este tipo de síntomas y establecer un tratamiento precoz.

**Conclusiones.** La prevalencia de depresión en pacientes geriátricos hospitalizados en un servicio de Medicina Interna es elevada (10,4%) relacionándose con el diagnóstico de cardiopatía, con una peor capacidad funcional y con la mortalidad.

### EA-38 FACTORES ASOCIADOS A MORTALIDAD EN PACIENTES INGRESADOS EN UN HOSPITAL DE CRÓNICO-PALIATIVOS

E. Peral Gutiérrez de Ceballos, F. Guerrero Igea, A. Valiente Méndez, R. Ruiz Morales, I. Marín Montin, F. Cuesta López, M. Soriano Pérez y M. Aguayo Canela  
Medicina Interna A. Hospital Clínico Universitario Virgen Macarena, Sevilla.

**Objetivos.** En los pacientes crónicos pluripatológicos de avanzada edad resulta con frecuencia difícil explicar la mortalidad por una única causa etiológica. En este trabajo se analizan los diferentes factores clínico epidemiológicos asociados a éxitos en una población hospitalaria de enfermos crónico-paliativos. Detectar las variables independientes predictoras de mortalidad. Describir las causas de mortalidad no relacionadas con el motivo de ingreso.

**Material y métodos.** Estudio prospectivo de pacientes ingresados, asignados aleatoriamente a un internista. Variables: edad, sexo, patología crónica previa al ingreso, paciente pluripatológico (con 4 o más enfermedades crónicas), motivo de ingreso, complicaciones y variables de intervención hospitalaria (sondaje vesical, pañales de incontinencia, sonda nasogástrica, tratamiento con antibióticos, heparina de BPM o tranquilizantes). Estadística: chi cuadrado, odds ratio, regresión logística.

**Resultados.** Se estudiaron 80 pacientes, con una edad media de 77,4 años (IC 95% 73,9-80,8), estancia media de 26,7 (19,6-33,8) con 28,75% de éxitos. I. En el estudio univariante, las siguientes variables se asociaron al éxitos: Ia. Patología crónica previa al ingreso: Enfermo pluripatológico (OR = 4,8,  $p$  < 0,01) Diabetes (OR = 3,9,  $p$  < 0,01) Neoplasia (OR = 3,4,  $p$  < 0,04) Insuficiencia renal

crónica (OR = 4.6, p < 0,03) --Ib. Motivo de ingreso: Recidiva tumoral (OR = 5.0, p < 0,03), Insuficiencia renal (OR = 3.8, p < 0,03), Anemia (OR = 5.3, p < 0,02), Ic. Intervención hospitalaria: Sondaje vesical (OR = 12.5, p < 0,01), Pañales para incontinencia (OR = 7.3, p < 0,01). Tratamiento sin heparina de bajo peso molecular (p < 0,09) --Jd. Complicaciones: Insuficiencia renal (OR = 9, p < 0,01) Hemorragia digestiva (OR = 22, p < 0,01) Insuficiencia cardíaca (OR = 19, p < 0,01) Insuficiencia respiratoria (OR = 36, p < 0,01) Alteración electrolítica (OR = 50, p < 0,01) TEP y/o aspiración pulmonar (OR = > 100, p < 0,01) Infección respiratoria (OR = 19, p < 0,01) ACVA (OR = > 100, p < 0,01) II. En el estudio multivariante, las siguientes variables se asociaron al éxito: --IIa. Patología previa: Diabetes (OR = 3.6, IC 95% 1,1-11,6, p < 0,04) Ib. Motivo de ingreso: Recidiva tumoral (OR = 4,8, IC 95% 1,3-18,6, p < 0,03) --Ic. Intervención hospitalaria: Sondaje vesical (OR = 7.9, IC 95% 1.4-47, p < 0,01), tras ajuste con edad, sexo, ACVA, recidiva tumoral, diabetes). El 23% de los pacientes sondados presentaron infección urinaria durante la estancia hospitalaria, respecto al 6% de los no sondados (p < 0,01) III. Pacientes con éxito, por causas diferentes del motivo de ingreso (n = 8, 35%): Probable aspiración pulmonar (n = 3) Alteraciones electrolíticas (n = 2) Sepsis urinaria (n = 3) Insuficiencia renal (n = 1) Probable tromboembolismo pulmonar (n = 1) Insuficiencia cardíaca (n = 1) Hemorragia digestiva (n = 1).

**Discusión.** El estudio está limitado por el bajo tamaño muestral, pero ofrece una perspectiva global de los factores asociados al éxito según 3 diferentes niveles cronológicos del paciente. El estudio detecta una mayor predisposición de los diabéticos al éxito sin contar con el motivo de ingreso, en probable relación con las complicaciones multisistémicas (infecciosas y no infecciosas) que acompañan a esta enfermedad.

**Conclusiones.** 1) El paciente diabético senil tiene un incremento de riesgo de éxito, en probable relación con el gran número de complicaciones que acompañan a esta enfermedad. 2) Dentro del apartado motivo de ingreso, la recidiva tumoral es predictora independiente de mortalidad. 3) El sondaje vesical también se relaciona con complicaciones, en probable relación con un incremento de infecciones graves del tracto urinario en pacientes predisuestos.

**EA-39**

**¿LOS MÁS ANCIANOS LOS MÁS SANOS?**

**S. Bermudo Conde, V. Navarro Pérez, J. Trujillo Pérez, M. Requena Pou, F. Jódar Morente, S. Reyes Pozo, M. Manjón Rodríguez y M. Almenara Escribano**

*Medicina Interna. Complejo Hospitalario de Jaén, Jaén.*

**Objetivos.** Describir la comorbilidad asociada a cada franja etaria en un grupo de pacientes ingresados en Medicina Interna.

**Material y métodos.** Estudio descriptivo y transversal. Se revisaron los informes de alta de un grupo de pacientes ingresados en Medicina Interna. Analizamos el número de condiciones médicas crónicas en cada paciente y lo asociamos a una franja de edad. Consideramos cinco franjas etarias: Menores de 70 años; entre 71 y 75 años; entre 76 y 80 años; entre 81 y 85 y mayores de 86 años. **Resultados.** Obtuvimos 55 pacientes de los cuales 31 eran mujeres y 24 eran hombres, asignando 11 pacientes a cada grupo de edad. Las patologías más frecuentemente asociadas eran: Insuficiencia cardíaca en el 67,2% casos (70,2% mujeres, 29% varones), HTA en el 65,4% (66,6% mujeres, 33,3% varones), enfermedad pulmonar obstructiva crónica en el 54,5% (26,6% mujeres, 73,3% varones), Diabetes Mellitus en el 34,4% (47,3% mujeres, 52,6% varones), fibrilación auricular en el 32,7% (77,7% mujeres, 22,2% varones), cardiopatía isquémica en el 20% (54,5% mujeres, 45,4% varones), ACV en el 14,5% (75% mujeres, 25% varones) e insuficiencia renal en el 12,7% (71,4% mujeres, 28,5% varones). Distribuimos el número de comorbilidades asociada a cada franja etaria así como la condición médica más prevalente en cada una de ellas, tal y como se refleja en la tabla 1.

**Discusión.** En ocasiones podemos comprobar en la atención a pacientes hospitalizados en nuestra práctica médica cómo ingresan pacientes de muy avanzada edad que apenas presentan patología, sorprendiendo incluso a veces que sea su primer paso por una planta de hospital. Contrasta este hecho con la otra gran mayoría de pacientes que, siendo mayores pero no tanto, acumulan una gran comorbilidad y farmacopea. En nuestro estudio quisimos poner de

manifiesto si se trata ésta de una impresión médica alejada de la realidad, o revela la existencia de un pool de personas con una carga genética de longevidad.

**Conclusiones.** La franja de edad que acumula más comorbilidad es entre 76-80 años. El número de patologías se mantiene constante en el resto de pacientes analizados en nuestro estudio, independientemente de la franja etaria. La insuficiencia cardíaca, la HTA y el EPOC se evidencian en nuestro estudio en más de la mitad del global de los casos. Estas mismas patologías ocupan los primeros puestos en el análisis selectivo de cada franja de edad, destacándose entre los 76-85 años la participación de la Diabetes Mellitus y la Fibrilación Auricular entre las patologías más prevalentes.

Tabla 1. Comorbilidades asociadas a cada franja etaria así como la condición médica más prevalente en cada una de ellas.

Franja etaria	Nº de comorbilidades	Condición médica más prevalente
< 70 años	4	1.º I. cardíaca (72,7%) 2.º HTA (54,5%)
71-75 años	4,2	1.º HTA (72,7%) 2.º EPOC (63,6%) 3.º IC (54,5%)
76-80 años	4,9	1.º DM (63,6%) 2.º EPOC (54,5%)
81-85 años	4,1	1.º HTA y I. cardíaca (81,8% en ambas)
> 86 años	4,2	1.º I.C. (72,7%) 2.º HTA (63,6%) 3.º EPOC (54,5%)

**EA-40**

**EL PACIENTE PLURIPATOLÓGICO**

**M. Requena Pou<sup>1</sup>, F. Báñez Sánchez<sup>1</sup>, M. Zamora Ardoy<sup>2</sup>, J. Trujillo Pérez<sup>1</sup>, V. Navarro Pérez<sup>1</sup>, F. Jódar Morente<sup>1</sup>, A. Rodríguez Sánchez<sup>1</sup> y N. Marín Gámez**

<sup>1</sup>Medicina Interna. Complejo Hospitalario de Jaén, Jaén.

<sup>2</sup>Farmacia. Hospital Alto Guadalquivir. Andujar, Jaén.

**Objetivos.** Describir las características de los pacientes asistidos en una consulta monográfica de atención al paciente pluripatológico.

**Material y métodos.** Se seleccionaron de forma aleatoria las historias clínicas de 104 pacientes atendidos en la consulta de pluripatológicos, durante algo más de un año. Se analizaron los siguientes datos: edad, sexo, si cumplen criterios de inclusión en el proceso de atención al paciente pluripatológico (elaborado por la Consejería de Salud de la Junta de Andalucía), las pruebas complementarias realizadas y por último las categorías clínicas del proceso (A: Insuficiencia cardíaca, Cardiopatía isquémica; B: Enfermedad crónica osteoarticular con limitación funcional, Vasculitis y Conectivopatías, Insuficiencia renal crónica; C: Limitación crónica al flujo aéreo, asma bronquial, o hipoventilación alveolar con limitación funcional, Cor pulmonale crónico; D: Enfermedad inflamatoria crónica intestinal, Hepatopatía crónica sintomática o en actividad; E: Enfermedad neurológica con déficit motor o cognitivo que genere discapacidad; F: Arteriopatía periférica sintomática, Diabetes Mellitus con repercusión visceral distinta de la cardiopatía isquémica; G: Enfermedad hematológica sintomática y no subsidiaria de tratamiento especializado, Enfermedad oncológica activa no subsidiaria de tratamiento oncológico activo.). El criterio de inclusión en el proceso consiste en presentar patología de dos o más de las categorías clínicas.

**Resultados.** Se obtuvieron 104 pacientes de los cuales 41 eran hombres y 63 mujeres, con una edad media de 69.02 ± 14.62 años. Del total sólo el 67,3% (70 pacientes) cumplían criterios de inclusión en el proceso de atención al paciente pluripatológico, 29 eran hombres y 41 mujeres y tenían una edad media global de 72.5 ± 10.02 años y distribuida por sexos de 72.2 ± 10.9 años en los hombres y 72.7 ± 9.49 años en las mujeres. Estos pacientes tomaban una media de 8.18 ± 3.75 fármacos y al 48,6% de los pacientes sólo se le solicitaron exploraciones complementarias básicas (Hemograma y Bioquímica básica). Respecto a las categorías clínicas del proceso, el 57,1% de los pacientes incluían patologías de la categoría B, el 45,7% de la C, el 40% de la A, el 28,5% de la F, el 24,2% de la E, el 18,5% de la G y el 12,8% de la categoría D.

**Discusión.** La mayoría de los pacientes atendidos son ancianos con insuficiencia renal crónica y patología osteoarticular crónica con limitación funcional asociadas a patología cardiorrespiratoria. Consumen gran cantidad de recursos terapéuticos, aunque precisan esca-

Los medios diagnósticos. Destaca el alto porcentaje de pacientes que son mal remitidos a la consulta de pluripatológicos (aproximadamente uno de cada tres), a pesar de existir unos claros criterios de inclusión en dicho proceso.

**Conclusiones.** Aproximadamente la tercera parte de los pacientes no cumplen criterios. La principal patología de los pacientes atendidos es la osteoarticular crónica y la cardiorespiratoria. Alto consumo de recursos terapéuticos y alta eficiencia en cuanto a la utilización de exploraciones complementarias.

**EA-41  
ETIOLOGÍA DE LA ANEMIA FERROPÉNICA EN EL PACIENTE ANCIANO**

**M. Borao Cengotita-Bengoa, J. García Aparicio, L. Corral Gudino, R. Jorge Sánchez y J. Herrero Herrero**  
Medicina Interna. Hospital Universitario de Salamanca, Salamanca.

**Objetivos.** Valorar la etiología de la anemia ferropénica y el abordaje diagnóstico en pacientes ingresados en medicina interna.

**Material y métodos.** Estudio retrospectivo de los pacientes ingresados en nuestro servicio durante el año 2005 con diagnóstico secundario de anemia ferropénica no estudiada previamente. Se establecieron 3 grupos: (1) pacientes sin ningún dato que sugiriese el origen del sangrado, (2) pacientes tomadores de AINE o AAS, con pirosis, dispepsia, clínica de reflujo o disfagia y (3) pacientes con trastorno del ritmo intestinal, estreñimiento o dolor abdominal. En el diagnóstico final se valoró su ausencia tras el estudio o la presencia de diagnósticos dudosos (hallazgos incidentales o con escasa probabilidad de ser el origen del sangrado) o ciertos (causas potenciales).

**Resultados.** Se recogieron 85 pacientes. Se completó el estudio en 67; 27 hombres, 40 mujeres, 79 años. No se completó en 18 (89 años) siendo el motivo de la no conclusión la situación terminal del paciente en 14 (78%) y la negativa de éste en 3 (17%). En un 40% ya se conocía la anemia. Estaban tomando suplementos de Fe el 26%. Un 17% tomaba AINE, 28% AAS, 25% IBP y 9% estaban hipocoagulados. Un 63% referían astenia (15% para grandes esfuerzos, 59% para medianos y 25% para mínimos) y un 6% angina. Los síntomas digestivos fueron; estreñimiento (24%), alteraciones del ritmo (22%), dispepsia (12%), dolor abdominal (6%), pirosis (6%) y reflujo (3%). En conjunto sólo un 57% presentaba datos localizadores del origen del sangrado. Al 43% se les realizó un tacto rectal. Se apreciaron hemorroides en un 14% y se palpó una masa en 1. No hubo sangre macroscópica. Se solicitaron Marcadores tumorales al 53%, siendo negativos en el 83%. El CEA fue positivo en 6 casos. En 5 de ellos se diagnosticó una neoplasia (2 gástricas, 3 en colon). Se pidió sangre en heces en el 55%, siendo positiva en el 65% (en las neoplasias fue positiva en el 83%). El diagnóstico final según los

síntomas figura en la tabla 1. Las colonoscopias fueron normales en el 33%, detectando neoplasia en el 39%, pólipos en el 9% y angiodisplasia en el 6%. Las gastroscopias fueron normales en el 26%, detectando patología incidental en el 27%. Los enemas opacos fueron normales en el 30%, visualizando neoplasia en el 17% y divertículos en el 52%.

**Discusión.** Algunos datos clínicos pueden orientar la búsqueda del origen del sangrado digestivo. En los pacientes sin ninguna manifestación digestiva no existe una clara indicación diagnóstica, aunque en este segmento de edad podría sugerirse iniciar la búsqueda en colon por la alta incidencia de neoplasias.

**EA-42  
¿QUE VALOR APORTA EL INTERNISTA AL MANEJO HOSPITALARIO DE LA FRACTURA DE CADERA?**

**R. Aparicio Santos<sup>1</sup>, C. González Becerra<sup>1</sup>, I. Vallejo Maroto<sup>1</sup>, M. Benticuaga Martín<sup>1</sup>, J. García Garmendía<sup>2</sup>, F. Baquero<sup>3</sup>, C. Palmero Palmero<sup>1</sup> y A. Fernández Moyano<sup>1</sup>**  
<sup>1</sup>Servicio de Medicina, <sup>2</sup>Servicio de Cuidados Críticos y Urgencias, <sup>3</sup>Servicio de Traumatología. Hospital San Juan de Dios del Aljarafe. Bormujos, Sevilla.

**Objetivos.** Realizar estudio descriptivo de los pacientes ingresados con fractura de cadera en nuestro hospital en el año 2005. Evaluar los resultados de la implementación de un protocolo específico de valoración y seguimiento conjunto por Traumatología y Medicina Interna.

**Material y métodos.** Estudio retrospectivo con revisión de las historias clínicas de los pacientes ingresados por fractura de cadera en nuestro Hospital desde enero a diciembre 2005 valorando los siguientes parámetros: nº de fracturas intervenidas, tipo de fractura, edad, mortalidad anual, mortalidad intraepisodio, estancia media, estancia pre y posquirúrgica, tratamiento antiosteoporótico prescrito al alta. Análisis prospectivo desde junio de 2006 tras corresponsabilizarse el internista en el manejo diario del paciente.

**Resultados.** Analizamos un total de 193 pacientes ingresados en nuestro Hospital por fractura de cadera en el año 2005. La tabla 1 muestra el tipo de fractura y el número de intervenciones. La edad media de los pacientes ingresados por fractura de cadera es de 79,5 años. La mortalidad global fue del 11%. De los 156 pacientes intervenidos, 14 fallecieron, 5 de ellos durante el episodio y 9 en el año de seguimiento. De los 37 no intervenidos, 7 murieron, todos ellos durante el ingreso. La estancia media hospitalaria de los pacientes intervenidos fue de 9,9 días frente a los 8,6 días de los no operados. La estancia media prequirúrgica 3,5 días. El tratamiento antiosteoporótico prescrito al alta fue del 0%.

**Conclusiones.** Intuimos que se hace necesaria la incorporación de los internistas en el manejo del paciente que ingresa por fractura de

Tabla 1. (EA-41).

	Grupo 1 (25)	Grupo 2 (18)	Grupo 3 (21)
Sin diagnóstico	20%	6%	14%
Diag. dudoso "gástrico"	Hernia de hiato 5% Pólipo gástrico 2%	Hernia de hiato 10%	Pólipo gástrico 6%
Diag. dudoso "colónico"	Divertículos 10% Pólipos colónicos 3%	Divertículos 10%	Divertículos 11% Pólipos colónicos 6%
Diag. cierto "gástrico"	Lesiones por AINE 8% Erosiones antrales 8% Neoplasia gástrica 4% Esofagitis 4% Duodenitis 4%	Neoplasia gástrica 33% Lesiones por AINE 14% Esofagitis 5% Erosiones antrales 5%	Esofagitis 9% Neoplasia gástrica 6% Úlcera gástrica 6% Erosiones antrales 5%
Diag. cierto "colónico"	Neoplasia colon 20% Angiodisplasia colon 4%	Neoplasia colon 10%	Neoplasia colon 39% Angiodisplasia colon 6% Colitis ulcerosa 6%

cadera dada la comorbilidad, la pluripatología, edad avanzada, polimedición y mortalidad que presentan. Se hace necesario incidir en el tratamiento específico al alta de estos pacientes. Por todo ello estamos pendientes de analizar los resultados. De la comparativa tras la incorporación del internista a este programa para establecer conclusiones definitivas al respecto. Se aportarán datos.

Tabla 1. Tipo de fracturas e intervención.

	Cirugía	No cirugía
Fx intracapsulares	64	12
Fx extracapsulares	92	25
Total	156	37

#### EA-43

### UTILIDAD DEL TRATAMIENTO CON HIERRO PARENTERAL EN PACIENTES TRATADOS EN UNA UNIDAD DE PACIENTES CON PLURIPATOLOGÍA (UPPAMI)

V. Gracia Lorenzo, A. Moreno Fernández, B. Otero Perpiña, J. Rodríguez López, M. Odriozola Grijalva y J. Medina Asensio

Unidad de Pacientes con Pluripatología. Servicio de Medicina. Hospital 12 De Octubre, Madrid.

**Objetivos.** La ferroterapia intravenosa se ha venido utilizando en los últimos años como alternativa al tratamiento oral en casos concretos: intolerancia a la administración de hierro oral, pérdidas sanguíneas mayores que la capacidad de reposición del hierro oral, estados de hipoabsorción del hierro, el tratamiento de la insuficiencia renal crónica, fundamentalmente. En nuestra Unidad, se ha empezado a utilizar la ferroterapia parenteral como manera de conseguir una adecuada reposición de los niveles de hierro, hemoglobina y ferritina, en pacientes derivados para estudio por anemia ferropénica. Nuestro objetivo es analizar el efecto sobre la hemoglobina y perfil férrico en pacientes sometidos a tratamiento con hierro intravenoso administrado mediante seis ciclos de tratamiento con hierro sacarosa en el hospital de día de la Unidad de Pacientes con Pluripatología de nuestro hospital, procedentes fundamentalmente de consultas de la Unidad y derivados de Nefrología.

**Material y métodos.** Se recogieron datos de los 56 pacientes que han recibido seis ciclos de hierro intravenoso (total 1200 mg de hierro sacarosa) en nuestro hospital de día. Los pacientes han procedido de consulta UPPAMI, Nefrología y otros servicios (urgencias, digestivo). La base de datos utilizada ha sido File-Maker Pro y el análisis estadístico se ha realizado con el programa estadístico R-Sigma. **Resultados.** En cuanto a la procedencia, 23 pacientes se vieron en nuestra consulta, 20 fueron derivados desde Nefrología y otros 9 procedieron de otros servicios. La media de hemoglobina previa al tratamiento fue 9.77 (9.25-10.2). La media de hemoglobina posterior al tratamiento ha sido de 11.2 (10.67-11.72). El VCM previo a la ferroterapia fue de 78.84 (75.18-84.9) sin encontrarse diferencias significativas en relación con el VCM post-tratamiento. Las cifras medias de hierro sérico en el grupo global fue de 31.55, y posterior al tratamiento de 66.62. Los niveles de ferritina sérica pre-tratamiento fueron de 80.31 (25-89-134.73) y los de ferritina posterior al tratamiento, de 211 (133.58-289.89). En el grupo de pacientes procedentes de nuestra consulta, la Hb previa fue de 8.92 (8.24-9.60), y la Hb posterior de 11.03 (10.27-11.78). Los niveles de hierro previo al tratamiento fueron 27.72 (28.82-34.63) y posteriormente de 78.30 (55.09-101.52). La ferritina pre-tratamiento en el grupo de pacientes procedentes de consulta fue de 113.55 (10.61-216.49) y posteriormente fue de 290.61 (158.36-422.86). En el grupo de pacientes procedentes de Nefrología, la Hb previa fue de 10.53 (9.63-11.43), y la Hb posterior de 11.65 (10.81-12.49). Los niveles de hierro previo al tratamiento fueron 39.15 (26.58-51.72) y posteriormente de 51 (37.43-64.56). La ferritina pre-tratamiento en el grupo de pacientes procedentes de consulta fue de 39 (10.61-216.49) y posteriormente fue de 109.6 (35.76-1834). No se produjo ningún efecto adverso durante la administración del medicamento.

**Discusión.** Se ha observado un aumento de las cifras de hemoglobina de aproximadamente 1.5 g/dl tras el tratamiento con hierro intra-

venoso. Este aumento ha sido mayor en los pacientes que procedían de nuestra consulta, cuya causa de anemia era una ferropenia pura. En el grupo procedente de Nefrología, el aumento ha sido menor, probablemente por el componente de insuficiencia renal crónica y anemia de trastornos crónicos. En cuanto al aumento en las cifras de hierro sérico y ferritina, también ha sido mayor en el grupo procedente de nuestra consulta. En cuanto a los efectos adversos no se ha producido ninguna reacción alérgica.

**Conclusiones.** La administración de hierro por vía parenteral supone una buena herramienta para la reposición de los niveles de hemoglobina en pacientes con anemia ferropénica y con insuficiencia renal crónica y además representa una alternativa segura dada la escasez de efectos secundarios.

#### EA-44

### LA PERCEPCIÓN DE LA CALIDAD DE VIDA COMO FACTOR PREDICTOR DE DELIRIUM

N. Parra<sup>1</sup>, M. Gassol<sup>2</sup>, N. Nuño<sup>2</sup>, M. Sánchez<sup>2</sup>, M. Turón<sup>2</sup> y F. Rosell<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Medicina Interna. Hospital Universitari Sagrat Cor, Barcelona.

<sup>2</sup>Facultad de Psicología. Universidad de Barcelona, Barcelona.

**Objetivos.** La evaluación de la calidad de vida relacionada con la salud (CVRS) está adquiriendo protagonismo en la práctica clínica habitual debido a su utilidad como marcador pronóstico en ciertas patologías. El delirium, entidad especialmente frecuente entre pacientes de edad avanzada hospitalizados, condiciona aumento de mortalidad y de deterioro cognitivo a medio plazo en los pacientes que lo presentan. Dada su mala evolución, es necesario disponer de marcadores precoces del mismo. Proponemos determinar si la CVRS percibida por los pacientes geriátricos hospitalizados es útil en esta tarea.

**Material y métodos.** Se realizó un estudio de casos y controles anidado sobre una cohorte de 183 pacientes incluidos durante el primer trimestre del 2006 en un estudio de supervivencia post-delirium intrahospitalario. Se escogieron como casos los episodios de delirium intrahospitalario en pacientes de 71 años o más e ingresados en Medicina Interna y Cirugía Ortopédica y Traumatología y como controles, los cribados negativos para delirium. La muestra de trabajo fue de 118 pacientes, con 90 episodios de delirium (casos) y 517 cribados negativos (controles). Todos fueron evaluados a las 48 horas mediante parámetros funcionales, sociales, índices de gravedad (aguda y crónica), cognitivos y emotivos. El cribado de delirium se realizó durante toda la estancia cinco días a la semana mediante el *Confusion Assessment Method* adaptado. La evaluación de la calidad de vida se llevó a cabo mediante el SF-12 Health Survey. Para el análisis estadístico se realizaron comparaciones bivariadas ( $\chi^2$ , t de Student) y en el análisis multivariante se utilizó regresión logística. La bondad de ajuste del modelo se comprobó mediante la prueba de Hosmer-Lemeshow. Los datos se procesaron mediante SPSS 12.0. **Resultados.** Los 118 pacientes generaron 607 cribados sistemáticos para delirium, de los cuales 90 (14,8%) resultaron positivos, afectando a 12 pacientes (10,2%). La puntuación media del Índice Físico SF-12 fue de 32.61 (9.35) mientras que la del Índice Mental SF-12 fue de 46.65 (12.59). El estudio de asociaciones de ambos índices con episodios de delirium intrahospitalario, ajustado por parámetros sociales, cognitivos, emotivos, relativos a alteraciones perceptivas y a condiciones de severidad (aguda y crónica) mediante técnicas de regresión logística identificó sólo el Índice Mental SF-12 como marcador predictor de delirium [exp(b) = 2.05 (IC 95% 2.00 - 2.10), (p<0.5)].

**Discusión.** El riesgo de delirium fue de dos veces menor por cada punto de incremento en el Índice Mental SF-12 (a mayor puntuación, mejor percepción de calidad de vida relacionada con el ámbito psicosocial). Conceptualmente esto traduce que pacientes con mala percepción de calidad de vida en su dimensión mental deberían considerarse de riesgo potencial para presentar un episodio de delirium durante la hospitalización. Este hallazgo es consistente con resultados previos de nuestra experiencia en los que obteníamos relación positiva entre la presencia de depresión y delirium. Así como el diagnóstico de depresión requiere de un diagnóstico laborioso emitido por un especialista, la evaluación de la CVR en su dimensión mental puede llevarse a cabo en menos de 10 minutos mediante un sencillo test, apto para ser administrado tras un breve entrenamiento por

personal no necesariamente especialista en el campo de la Psiquiatría. La falta de asociación del Índice Físico SF-12 con el hecho de delirar es también consistente con anteriores resultados en los que tampoco hallábamos relación con la funcionalidad (medida a través del Índice de Barthel) y el *delirium*.

**Conclusiones.** La percepción de la CVRS en su dimensión mental es marcador predictor de *delirium* en pacientes geriátricos hospitalizados. La simplicidad de su evaluación nos dota de un instrumento idóneo para la identificación de pacientes de riesgo sobre los que optimizar recursos preventivos.

**EA-46**

**LA REHABILITACIÓN COMO PARTE DEL TRATAMIENTO INTEGRAL DE LOS PACIENTES ATENDIDOS EN UNA UNIDAD DE PACIENTES CON PLURIPATOLOGÍA**

V. Gracia<sup>1</sup>, S. Sánchez<sup>2</sup>, A. Moreno<sup>1</sup>, B. Otero<sup>1</sup>, J. Rodríguez<sup>1</sup>, M. Odrizola<sup>1</sup>, J. Medina<sup>1</sup> y E. Nieto<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Unidad de Pacientes con Pluripatología. Servicio de Medicina,

<sup>2</sup>Servicio de Rehabilitación. Hospital 12 de Octubre, Madrid.

**Objetivos.** La Unidad de Pacientes con Pluripatología y Atención Médica Integral (UPPAMI) es una unidad que asiste a pacientes con pluripatología, polimedicaos y con frecuentes ingresos en el hospital. El servicio de Rehabilitación colabora valorando los pacientes subsidiarios de tratamiento rehabilitador para completar el manejo global del paciente, con un tratamiento individualizado acorde a las necesidades particulares según las condiciones físicas y patológicas de cada uno. Nuestro objetivo ha sido valorar cuántos de los pacientes ingresados en esta unidad han precisado tratamiento rehabilitador, qué tipo/s de tratamiento han requerido y si ha influido de alguna manera en la evolución de la enfermedad, valorando la estancia media hospitalaria y la independencia funcional al ingreso y al alta.

**Material y métodos.** Se trata de un estudio descriptivo retrospectivo realizado entre agosto de 2005 y junio de 2006. Han precisado tratamiento rehabilitador 86 pacientes de los ingresados. Se recogen datos de filiación, estancia hospitalaria, motivo de ingreso, motivo de rehabilitación y si éstos están asociados, tipo de rehabilitación que reciben y la duración de este tratamiento. La base de datos utilizada para recoger los datos de los pacientes es File-Maker Pro. Se analiza estadísticamente estos datos mediante el programa R-Sigma.

**Resultados.** Obtenemos una población cuya edad media es de 75.61 años, de los cuales el 51,1% son varones (44) y el 48,5% mujeres (42). La estancia media fue de 16.20 días. El motivo de ingreso más frecuente fue la patología respiratoria (50%), neurológica (15,11%); cardiológica(11,62%), deterioro del estado general (8,13%), otras patologías (8,13%), digestiva (5,814%) y hematológica (1,16%). El motivo por el que precisaron rehabilitación de

forma más frecuente fue la enfermedad respiratoria (46,51%), motora (29,06%), neurológica(22,1%) y algias crónicas (2,32%). Con estos datos obtenemos una asociación del 67,44% entre el motivo de ingreso y rehabilitación. La duración del tratamiento se dividió entre intrahospitalaria (73,25%); intra y extrahospitalaria (23,25%) y extrahospitalaria (3,48%). Valoramos el tratamiento recibido, exceptuando los que lo realizaron extrahospitalario (3), siendo la rehabilitación respiratoria la más frecuente en 37 pacientes, cinesiterapia + fisioterapia respiratoria en un total de 16, la cinesiterapia y la combinación de dos tratamientos en 13 respectivamente, 3 tipos de rehabilitación en 2 y 4 tipos de rehabilitación combinada en uno.

**Discusión.** Intentamos demostrar la importancia del tratamiento rehabilitador complementando al resto para disminuir la estancia hospitalaria e incrementar la calidad de vida e independencia para las actividades básicas de la vida diaria. La patología más frecuentemente tratada desde el punto de vista rehabilitador fue la respiratoria, por lo que la fisioterapia respiratoria fue el tratamiento más habitual. En segundo lugar fue la enfermedad motora y el tratamiento la fisioterapia respiratoria junto con cinesiterapia, pudiendo explicarlo por el síndrome de inmovilidad secundario al encamamiento prolongado, por lo que habría que tratar la enfermedad de base y el problema motor. Observamos que en los pacientes con mayor estancia hospitalaria (mayor de 30 días) el mayor porcentaje de ingreso fue el respiratorio y el tratamiento recibido fisioterapia respiratoria junto a cinesiterapia, por lo que se puede concluir que eran pacientes más complicados. El tratamiento que más se vio con duración intra y extrahospitalaria fue el de dos tipos que solía corresponder a terapia ocupacional junto a cinesiterapia en pacientes neurológicos.

**Conclusiones.** Consideramos que el tratamiento rehabilitador es una parte importante del tratamiento integral del paciente. La rehabilitación ayuda a la mejoría funcional incrementando esa independencia, obteniendo así una mejor calidad de vida dentro de los límites de cada persona.

**EA-47**

**PREVALENCIA DE MALNUTRICIÓN EN PACIENTES DE EDAD AVANZADA INGRESADOS EN UN SERVICIO DE MEDICINA INTERNA**

A. González-Cruz Cervellera, C. Sánchez Juan, A. González-Cruz Soler, L. Deus Della Bernardina, V. González Vallés y A. Herrera Ballester

Medicina Interna. Hospital General Universitario, Valencia.

**Objetivos.** Estado nutricional y malnutrición en pacientes de 75 o más años ingresados en Medicina Interna.

**Material y métodos.** Estudio observacional descriptivo transversal sobre una población de 100 pacientes de ambos sexos, ingresos agudos consecutivos, de 75 o más años e independiente de su diagnós-

Tabla 1. Valoración subjetiva-MUST (EA-47).

	Bien nutrido	Moderada malnutrición	Severa malnutrición	Total
Riesgo bajo (score 0)	32,1%	14,3%	1,8%	48,2%
Riesgo medio (score 1)	14,3%	7,1%	5,4%	26,8%
Riesgo alto (score 2 o más)	1,8%	12,5%	10,7%	25,0%
Total	48,2%	33,9%	17,9%	100,0%

Tabla 2. MUST-Valores analíticos (Media ± DS) (EA-47).

	Riesgo bajo (Score 0)	Riesgo medio (Score 1)	Riesgo alto (Score 2 o más)
Hb	12,21 ± 1,72	10,92 ± 1,89	10,55 ± 1,59
Fe	45,29 ± 31,23	45,45 ± 33,23	33,27 ± 26,08
Transferrina	194,95 ± 61,27	194,27 ± 57,94	149,64 ± 58,21
Albumina	3,16 ± 0,48	3,05 ± 0,42	2,67 ± 0,56
Pre-Albúmina	13,95 ± 6,62	13,68 ± 7,58	10,92 ± 6,81
Ca	8,87 ± 0,62	8,86 ± 0,56	8,57 ± 0,80
P	3,78 ± 1,47	3,29 ± 0,53	3,16 ± 1,12
Ácido fólico	6,03 ± 3,70	3,72 ± 3,15	3,92 ± 2,24



tico de ingreso, utilizando como protocolo piloto: 1) Guía MUST para adultos (*Malnutrition Universal Screening Tool*) 2) Valoración *Global Subjetiva* (VGS) 3) Datos analíticos El protocolo se realizó en las primeras 72 horas del ingreso. Estadística: Análisis de la varianza y *t* de Student ( $p < 0,05$ ).

**Resultados.** El 76% tenían 75 años o más, y fueron incluidos. Con la guía MUST se estableció bajo, medio y alto riesgo de malnutrición, con riesgo medio o alto en un 51,8% La VGS se evaluó por tres observadores, con una buena correlación entre ésta y la MUST (tabla 1). Se analizaron 36 determinaciones sanguíneas, con un descenso medio en los distintos grupos en: Albúmina, prealbúmina, Hb, Fe, transferrina, A. fólico, Ca y P (tabla 2).

**Discusión.** La VGS tiene una excelente correspondencia con los criterios MUST, permitiendo establecer una distinción entre pacientes nutridos y mal nutridos fidedigna. La recogida de datos para la guía MUST es de difícil por la antropometría y cambios ponderales Las analíticas son fundamentales para confirmar el estado nutricional. Las diferencias observadas no son estadísticamente significativas, pero sí existe una tendencia a la disminución en los grupos de medio y alto riesgo, a falta de datos posteriores.

**Conclusiones.** 1) De los pacientes de 75 años o más de nuestro Servicio según la MUST, el 26,8% tienen riesgo medio y el 25% alto de malnutrición, datos similares a los obtenidos en otros trabajos. 2) La VGS permite una distinción fiel entre pacientes bien y mal nutridos, sin recurrir a parámetros antropométricos ni analíticos. 3) Las analíticas son útiles como herramienta complementaria en el cribado de malnutrición.

#### EA-48 VALORACIÓN DE LA DISFAGIA A LÍQUIDOS EN PACIENTES ANCIANOS INGRESADOS POR FRACTURA DE FÉMUR

**J. Mascaró Lamarca, N. Fernández-Sabe, F. Formiga Pérez, A. Vidaller Palazin y R. Pujol Farriols**

*Medicina Interna. Hospital Bellvitge. L'Hospitalet, Barcelona.*

**Objetivos.** La disfagia a líquidos es probablemente un síndrome geriátrico, con importantes implicaciones clínicas y repercusiones sobre la morbi-mortalidad en los ancianos frágiles. El anciano frágil, ante una situación de agudización, como es la fractura de fémur puede presentar una disfagia a líquidos transitoria, que revierte al mejorar el estado físico. El objetivo del estudio es conocer la incidencia, la potencial reversibilidad y las características de la disfagia en pacientes ingresados por fractura de fémur

**Material y métodos.** Se evalúan de forma prospectiva durante 2 meses, 38 paciente mayores de 65 años ingresado en el servicio de Traumatología del Hospital de Bellvitge. El médico de soporte a la Unidad de Traumatología evalúa en la cabecera del enfermo la disfagia mediante la administración de bolus standard de líquido, néctar y pudín. Se analizan las características de los pacientes.

**Resultados.** Se evalúan 38 pacientes. En 13 (34,2%) pacientes se detectó disfagia a líquidos al ingreso. En 10 casos la disfagia fue reversible total o parcialmente durante los primeros 7 días de ingreso. La edad media de los pacientes con disfagia fue de 84 años, predominando el sexo femenino (92,3%) Al comparar las características entre los que presentaron disfagia y los que no, se encontraron diferencias significativas de forma que en el grupo con disfagia era mayor el porcentaje de pacientes con ( $< 0,0001$ ) y tenían un peor Índice de Barthel previo (95,6 vs 63;  $p = 0,005$ ). No se encontraron diferencias respecto a la comorbilidad, analítica al ingreso, tipo de fractura, fracturas asociadas, tipo de cirugía y de anestesia. Si se encontraron diferencias con una mayor aparición de síndromes geriátricos después de la cirugía en los pacientes con disfagia: delirium, úlceras por presión, inmovilidad e incontinencia fecal (no urinaria). En los pacientes con disfagia el destino al alta diferente del domicilio fue superior, y la albúmina al alta fue significativamente inferior (32,10 vs 29,72).

**Discusión.** La disfagia a líquidos en el paciente anciano frágil ingresado en Hospital de agudos, es muy probablemente un síndrome geriátrico, cuyo diagnóstico y manejo debe ser incorporado por los médicos internistas que atienden a pacientes en unidades de perfil geriátrico, como en el caso de las fracturas de fémur

**Conclusiones.** La disfagia fue prevalente, en un porcentaje elevado fue reversible y se asoció a una mayor discapacidad y demencia previa e incidencia de síndromes geriátricos durante el ingreso.

#### EA-49 IMPLANTACIÓN DE LA VALORACIÓN FUNCIONAL DEL ANCIANO EN UNA PLANTA DE HOSPITALIZACIÓN DE MEDICINA INTERNA

**S. Arponen, M. Martínez Martín, N. Ruiz-Giménez Arrieta, B. Fadón de la Pedraja, C. Ruiz Avendaño, P. Sánchez Moliní y C. Suárez Fernández**

*Medicina Interna. Hospital Universitario de la Princesa, Madrid.*

**Objetivos.** Debido al incremento de la esperanza de vida, un alto porcentaje de los pacientes ingresados en un hospital son de avanzada edad y pluripatológicos, sobre todo en los servicios de Medicina Interna. Se ha constatado en varios estudios la importancia de la valoración funcional del anciano en este contexto. Hemos puesto en marcha un proyecto de implantación de esta valoración de los pacientes ingresados en nuestro servicio de Medicina Interna, con el objetivo de describir las características de la población ingresada mayor de 75 años, cuantificar el deterioro causado por el ingreso e identificar factores de riesgo para este deterioro.

**Material y métodos.** Se realizó la valoración funcional utilizando el índice de Barthel a todo paciente ingresado en nuestro servicio mayor de 75 años entre febrero y mayo de 2006, con una valoración previa al ingreso por parte del personal sanitario, y la identificación de síndromes geriátricos (inmovilidad, caídas, síndrome confusional agudo, deterioro cognitivo, depresión, polifarmacia, defecto visual o auditivo, incontinencia urinaria o fecal, estreñimiento, déficit nutritivo, úlcera de decúbito). Se repite la valoración al alta del paciente, con un seguimiento posterior a través de la historia clínica informatizada. Se realiza el análisis estadístico de los datos con el programa SPSS 13.0 para el estudio descriptivo y la identificación de correlaciones entre las diversas variables.

**Resultados.** Se realizó la valoración funcional a través del índice de Barthel y de los síndromes geriátricos 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. La estancia media (9,47 días) fue similar a la del Servicio (9,72 días, diferencia no significativa), con rango de 2 a 40 días y SD 7,05. La media del Barthel previo era de 56,80 (SD 36,27) y la del alta de 46,89 (SD 37,80), produciéndose un deterioro intrahospitalario significativo (media del deterioro intrahospitalario del Índice de Barthel de 9,9 con SD 20,25). El 94,9% de los pacientes presentaba algún síndrome geriátrico previo y el 26,7% presentó algún síndrome geriátrico nuevo durante el ingreso. En las mujeres la media del índice de Barthel es significativamente menor y el número de síndromes geriátricos mayor que en los varones, tanto al alta como al ingreso. Del total de pacientes hay deterioro funcional intrahospitalario en el 35,3%. En este grupo de pacientes la media de disminución del índice es de 28,81 puntos (SD 24,72); el 5,9% mejora durante el ingreso, y el resto (58,81%) no presenta variación intrahospitalaria en su situación funcional. Se encontró una correlación significativa entre la edad y el deterioro intrahospitalario del Índice de Barthel ( $r = 0,221$ ,  $p < 0,05$ ); pero la estancia media no se correlaciona con el deterioro intrahospitalario de la situación funcional. Se comprueba además que el deterioro de la situación funcional se correlaciona con un posterior éxito o reingreso a los tres meses ( $r = 0,256$  y  $p < 0,01$ ). Hay una correlación significativa entre la situación funcional y la presencia de síndromes geriátricos en general, tanto previos al ingreso como al alta, pero no se ha identificado de forma significativa cuál es el que mayor deterioro produce, a pesar de las tendencias observadas.

**Discusión.** Este estudio confirma otros previos en el sentido de que la hospitalización produce un deterioro de la situación funcional del paciente anciano. Además según nuestros resultados, este deterioro supone una mayor tasa de éxitos y reingresos a 3 meses. El sexo y la estancia media no influyen sobre dicho deterioro, pero sí la edad y la presencia de síndromes geriátricos. Además, en nuestra población la mujer parte de una peor situación funcional previa, siendo éste un efecto independiente de la edad.

**Conclusiones.** La valoración funcional del anciano debería entrar a formar parte de una atención integral a nuestros pacientes a la luz

de estos resultados. En el futuro vamos a ampliar el estudio intentando identificar factores de riesgo como comorbilidad y motivo de ingreso para diseñar en una fase posterior estrategias de intervención frente al deterioro.

**EA-50**

**¿EXISTEN DIFERENCIAS EN LA ACTITUD DIAGNÓSTICA EN EL ESTUDIO DE ANEMIA EN PACIENTES DE MÁS DE 90 AÑOS?**

**T. Catà, L. Ferrer, R. Capmany, E. Villegas, E. Güell y F. Ferrer Ruscalleda**

Medicina Interna. Hospital Dos de Maig, Barcelona.

**Objetivos.** Evaluar si existen diferencias en la actitud diagnóstica agresiva en el estudio de la anemia entre pacientes de edad muy avanzada, de 90 años o más, y pacientes de menor edad.

**Material y métodos.** Estudio retrospectivo de los pacientes ingresados en Medicina Interna durante el período de enero de 2004 a febrero de 2006. Comparar la actitud diagnóstica agresiva, el número de endoscopias solicitadas en aquellos pacientes cuyo Grupo Relacionado de Diagnóstico (GRD) es de anemia, entre pacientes de 90 años o más y de menor edad. Revisión de historias clínicas y análisis estadístico con el programa SPSS 10 del número de endoscopias practicadas.

**Resultados.** Un total de 2946 altas. Grupo A (menores de 90 años): 2696, 54,6% mujeres. Edad Media (EM) 75 años (14-89) Estancia Promedio (EP) 9,6 días. Mortalidad 9,21%. 706 procedimientos endoscópicos a 464 pacientes 17,2% del total. Grupo B (90 años o más): 449, 17% de las altas. Mujeres 73,2%. EM 93 años (90-104) EP 8,07 días. Mortalidad 19,38% 24 procedimientos endoscópicos a 15 pacientes, 3,3%. Grupo A + GRD anemia: 143, 53,04% del total de altas en pacientes < 90 años. Mujeres 67,8%. 70 Gastroskopias (FEGS), 77 Colonoscopias (FCS), en 64 pacientes ambas pruebas. GrupoB + GRD anemia: 9, 2% del grupoB. Mujeres 55,5%. 3 FEGS, 4 FCS, en 2 pacientes ambas pruebas.

**Discusión.** Dado el incremento de la esperanza de vida en la población española en los últimos años cabe esperar un aumento progresivo de altas hospitalarias de pacientes con edad muy avanzada. Deberíamos plantearnos modificar nuestras actitudes diagnósticas con pruebas agresivas en estos pacientes y elaborar protocolos adaptados a esta nueva situación.

**Conclusiones.** No existen diferencias significativas en la práctica de endoscopias para el estudio de anemia en relación a la edad de los pacientes. Cabe destacar que casi un 20% de las altas son de pacientes de edad muy avanzada, de 90 años o más.

Tabla 1. Endoscopias practicadas.

	< 90 años	> 90 años	p
Pacientes realizada FEGS	48,95%	33,33%	0,363
Pacientes realizada FCS	53,85%	44,44%	0,583
Pacientes realizada alguna endoscopia	58,04%	44,44%	0,424
Nº Endoscopias hechas	0	41,96%	0,724
Nº Endoscopias hechas	1	13,29%	11,11%
Nº Endoscopias hechas	2	44,76%	33,33%

**EA-51**

**EL SERVICIO DE INGRESO: ¿CONDICIONANTE DE DELIRIUM EN EL PACIENTE GERIÁTRICO?**

**N. Parra<sup>1</sup>, M. Gassol<sup>2</sup>, N. Nuño<sup>2</sup>, M. Sánchez<sup>2</sup>, M. Turón<sup>2</sup> y A. Lozano<sup>1</sup>**

<sup>1</sup>Medicina Interna. Hospital Universitari Sagrat Cor, Barcelona.

<sup>2</sup>Facultad de Psicología. Universidad de Barcelona, Barcelona.

**Objetivos.** Los datos sobre incidencia de delirium intrahospitalario de que disponemos en la literatura acostumbran a estar filtrados por

el Servicio de Ingreso del paciente que presenta este síndrome. Existe un acuerdo al afirmar que un 20% de pacientes hospitalizados en áreas médicas deliran y del orden del 50%, lo hacen en áreas quirúrgicas. Dicho así, parece obvio que el Servicio de Ingreso condiciona la incidencia de delirium y que por tanto, los pacientes quirúrgicos deliran más que los médicos. Proponemos evaluar el papel del Servicio de Ingreso como condicionante de delirium en pacientes geriátricos.

**Material y métodos.** Se realizó un estudio de casos y controles anidado sobre una cohorte de 183 pacientes incluidos durante el primer trimestre del 2006 en un estudio de supervivencia post-delirium intrahospitalario. Se escogieron como casos los episodios de delirium intrahospitalario en pacientes de 71 años o más e ingresados en Medicina Interna (MI) y Cirugía Ortopédica y Traumatología (COT) y como controles, los cribados negativos para delirium. La muestra de trabajo fue de 154 pacientes, con 50 episodios de delirium (casos) y 772 cribados negativos (controles). Todos fueron evaluados a las 48 horas mediante parámetros funcionales, sociales, cognitivos y emotivos e índices de gravedad. El cribado de delirium se realizó durante toda la estancia cinco días a la semana mediante el Confusion Assessment Method adaptado. Para el análisis estadístico se realizaron comparaciones bivariadas ( $\chi^2$ , t de Student) y en el análisis multivariante se utilizó regresión logística. Los datos se procesaron mediante SPSS 12.0.

**Resultados.** Los 154 pacientes (84 en MI y 70 en COT) generaron 822 cribados sistemáticos para delirium, de los cuales 50 (14,8%) resultaron positivos, afectando a 24 pacientes (15,6%). 16 de los 24 que deliraron habían ingresado en MI. El estudio de asociaciones entre el Servicio de Ingreso con episodios de delirium intrahospitalario mediante análisis bivariado mostró una OR = 2.66 (IC 95% 1.43 - 4.94) para MI respecto a COT, significativa al nivel de p<0.01. La integración de esta asociación en un modelo de regresión logística que consideraba parámetros sociales, cognitivos, emotivos, relativos a alteraciones perceptivas y condiciones de severidad (aguda y crónica) minimizó estas diferencias no hallando significación [exp(b) = 1.05 (IC 95% 0.79 - 1.99)] para el nivel de p<0.05.

**Discusión.** Cuando el análisis se realizó de forma bivariada, considerando únicamente el peso del Servicio de Ingreso en la influencia de delirium intrahospitalario, el riesgo para delirar fue 2.66 veces mayor en los pacientes de MI que en los de COT. Al integrar este resultado en el modelo multivariante que consideraba los factores clásicos de riesgo (demencia, depresión, edad avanzada, comorbilidad, severidad derivada del proceso agudo y alteraciones sensoriales) para delirium, el hallazgo perdía significación, no encontrando diferencias claras entre Servicios. La justificación de por qué la relación obtenida en el análisis bivariado es inversa al aval literario, la encontramos en el mismo análisis multivariante, ya que al minimizar así las diferencias por lo que respecta a factores de riesgo clásico entre los Servicios, el lugar de ingreso deja de ser relevante. Es decir, los Servicios de Ingreso por sí solos no condicionan el riesgo de delirium, siendo el perfil del paciente que ingresa en ellos lo que lo hará. En nuestro caso, los pacientes atendidos en MI son de edad más avanzada, tienen más comorbilidad, y a pesar de que comparten patrones similares de severidad aguda, presentan demencia, depresión y alteraciones sensoriales en mayor proporción. Es lógico pues, que presenten una incidencia de delirium más elevada.

**Conclusiones.** En nuestra experiencia, los pacientes geriátricos ingresados en MI presentan tasas de delirium incidente superiores que en COT. Filtrar la incidencia de delirium por Servicio de Ingreso no debe asimilarse a establecer el Servicio de Ingreso como condicionante de delirium, ya que el condicionamiento depende de la coexistencia de factores de riesgo clásicos para delirar que presente el paciente.

**EA-52**

**PERCEPCIÓN DE SALUD EN LA POBLACIÓN MAYOR C. De la Torre Solís<sup>1</sup>, M. Guil García<sup>2</sup>, C. San Román y Terán<sup>2</sup> y J. Lomeña Villalobos<sup>1</sup>**

<sup>1</sup>Atención Primaria, <sup>2</sup>Medicina Interna. H. Comarcal Axarquía. DSA Anarquía, Vélez-Málaga.

**Objetivos.** Conocer la autopercepción de salud en la población mayor de 65 años mediante el Perfil de Salud de Nottingham (PSN) y relacionarlos con su estado cognitivo-afectivo, capacidad funcional,

trastornos crónicos y situación socio-demográfica de este grupo de población.

**Material y métodos.** Realizamos un estudio observacional, transversal descriptivo de una muestra de población mayor de 65 años de 187 personas, recogidas por muestreo estratificado sistemático, a las que se realizó una entrevista personal en las que incluimos variables sociodemográficas (edad, sexo, vivir en pareja, analfabetismo, medio en el que viven); autopercepción de salud mediante el PSN; valoración funcional (medidos por los test de Barthel, Lawton y Brody, caídas en el último año, escala de la NYHA), trastornos crónicos (DM, HTA, cardiopatía isquémica, ACV, EPOC, hiperlipemia, osteoartritis, polimedicación), trastornos cognitivo-afectivos (medidos por los test de Pfeiffer y Yesavage respectivamente). Los resultados se analizan con estadístico SPSS, realizándose análisis bivariable con  $\chi^2$  y análisis multivariante, regresión logística.

**Resultados.** Estudiamos 187 pacientes de 65 años o mayores. La edad media es de 74.78 años. 82 (43,9%) son mayores de 75 años. Mujeres 102 (54,5%), no vivían con su pareja 84 (44,9%), analfabetos son 36 (19,3%) y 95 vivían en medio rural (50,8%). En el PSN referían tener salud buena /muy buena 93 (49,7%) y regular /mala 94 (50,3%). En los trastornos crónicos reciben polimedicación 66 (35,3%), y presentan DM 36 (19,3%), HTA 94 (50,3%), cardiopatía isquémica 29 (15,5%), ACV 12 (6,4%), EPOC 20 (10,7%), hiperlipemia 39 (20,9%), osteoartritis 66 (35,3%). En la valoración funcional presentaban Barthel de 65 o menos 17 (9,1%), Lawton y Brody de 4 o menos 33 (17,6%), al menos una caída en el último año 68 (36,4%) y una NYHA de al menos 2 puntos 86 (46%). En la esfera cognitivo-afectiva 36 (19,3%) tenían Pfeiffer patológico y 34 (18,2%) Yesavage patológico respectivamente. En el análisis bivariable el PSN regular /malo fue significativo para sexo mujer ( $p = 0,001$ ), no vivir en pareja ( $p = 0,001$ ), DM ( $p = 0,005$ ), osteoartritis ( $p = 0,004$ ), polimedicación ( $p = 0,001$ ), caídas en el último año ( $p = 0,02$ ), NYHA al menos 2 puntos ( $p = 0,001$ ), Yesavage patológico ( $p = 0,001$ ) y tendencia en Lawton y Brody de 4 o menor ( $p = 0,054$ ). Sin significación en el resto de variables. En el análisis multivariante y regresión logística resultó significativo para sexo mujer ( $p = 0,014$ ; OR = 2.904; IC95% = 1.247-6.787); DM ( $p = 0,002$ ; OR = 5.192; IC95% = 1.826-14.766); osteoartritis ( $p = 0,02$ ; OR = 2.676; IC95% = 1.166-6.144) y Yesavage patológico ( $p = 0,014$ ; OR = 4.702; IC95% = 1.367-16.179). Sin significación para el resto de variables.

**Discusión.** La autopercepción de salud se considera un parámetro válido para la medición del estado de salud. En los pacientes mayores ha demostrado ser, a nivel poblacional, un buen indicador de la demanda de servicios sanitarios. Estudios longitudinales han reflejado que la supervivencia está mucho más relacionada con la salud subjetiva que con la objetiva, teniendo una relación con la mortalidad independiente del nivel objetivo de salud.

**Conclusiones.** 1) Las mujeres tienen peor percepción de salud que los hombres 2) Las patologías crónicas que más deterioran la autopercepción de salud son la Diabetes Mellitus y la osteoartritis. 3) La mala percepción de salud está ligada a los síntomas depresivos 4) Las escalas de valoraciones funcionales nos sirven para objetivar el menoscabo o la recuperación de un paciente a lo largo del tiempo, pero no llevan consigo la autopercepción de salud.

#### EA-54 USO DE SUPLEMENTOS NUTRICIONALES EN PACIENTES NO ONCOLÓGICOS

**P. Romero Millán<sup>1</sup>, M. Galindo Andúgar<sup>1</sup>, J. Castellanos Monedero<sup>1</sup>, R. Monsalvo Arroyo<sup>1</sup>, A. Parra Arroyo<sup>1</sup>, L. González Sánchez<sup>1</sup>, R. Espinosa Aunión<sup>2</sup> y M. García Largacha<sup>1</sup>**

<sup>1</sup>Medicina Interna. <sup>2</sup>Oncología. C.H. La Mancha Centro. Alcázar de San Juan, Ciudad Real.

**Objetivos.** Estudiar el uso de suplementos nutricionales, tanto orales como enterales, en pacientes no oncológicos, en un Hospital de Segundo Nivel, así como sus indicaciones más habituales.

**Material y métodos.** Estudio descriptivo retrospectivo en el que se revisaron informes de alta durante un período de 4 meses, en las diferentes especialidades médicas (excluyendo Oncología). Descripción de los casos en los que se pautaron suplementos nutricionales. Se recogen las variables: edad, sexo, situación funcional,

antecedentes personales de enfermedad cerebrovascular, neoplasias, estado nutricional (colesterol, proteínas totales). Reflejar en cuáles de ellos se programó revisión en Consulta para seguimiento nutricional, y con qué cadencia.

**Resultados.** Ingresaron un total de 834 pacientes a cargo de especialidades médicas en el Hospital General La Mancha Centro durante el período enero-abril del año 2003 (excluyendo Oncología). Se indicaron suplementos nutricionales en 10 pacientes (8 en Medicina Interna, (4 por un mismo facultativo), 1 en Digestivo y 1 en Neurología). 8 fueron suplementos orales y 2 por gastrostomía. La indicación en los 10 casos fue por desnutrición importante, con una edad media de 72 años, con mínimo de 45 y máxima de 95. Excepto un caso de 45 años, asociado a alcoholismo severo, y otro de 78 años (estancia prolongada en UCI, isquemia intestinal con perforación y shock séptico secundario), presentaban deterioro cognitivo moderado-severo y situación funcional mala (en 3 casos por deterioro cognitivo moderado-severo y en 3 por ACVA con secuelas importantes). Ninguno de los 10 tenía antecedentes oncológicos. Los parámetros analíticos que se usaron fueron colesterol (disminuido en 7 de los 10) y proteínas totales (disminuidas en 4 de los casos); sólo en un caso se midió prealbúmina. El tipo de suplemento más usado fue el hiperproteico (8/8 en los orales), y dieta de nutrición enteral en los dos casos de gastrostomía (con fibra en uno de ellos). Sólo en 5 de los casos se programó revisión en Consulta, a los 45-60 días del alta.

**Discusión.** El uso de suplementos nutricionales es bajo, siendo la principal indicación la desnutrición. El más utilizado fue el suplemento oral hiperproteico. No se pautaron suplementos para sondas nasogástricas. Aproximadamente la tercera parte fue indicada por un mismo facultativo.

**Conclusiones.** La indicación fundamental es la desnutrición, casi siempre asociada con enfermedad cerebrovascular. Sólo en la mitad se dio cita en Consultas para seguimiento. Sería muy interesante mejorar la formación en Nutrición en todas las especialidades médicas.

#### EA-55 PERCEPCIÓN DE LA CALIDAD DE LA ASISTENCIA SANITARIA POR LOS PACIENTES PLURIPATOLÓGICOS

**M. Cassani Garza<sup>1</sup>, M. Bernabeu Wittel<sup>1</sup>, M. Ollero Baturone<sup>1</sup>, S. García Morillo<sup>1</sup>, M. Álvarez Tello<sup>2</sup>, M. Rincón Gómez<sup>1</sup>, L. Moreno Gaviño<sup>1</sup> y N. Ramírez Duque<sup>1</sup>**

<sup>1</sup>Medicina Interna. Hospital Virgen del Rocío, Sevilla. <sup>2</sup>Atención primaria. Amate, Sevilla.

**Objetivos.** Conocer la calidad percibida (CP) de la asistencia sanitaria por parte de los pacientes pluripatológicos (PP), e identificar predictores de la misma, tanto de forma global como de distintos factores en que pueda dividirse.

**Material y métodos.** Cohorte de PP enrolada prospectivamente por censado activo de pacientes que cumplan los criterios del Proceso en 4 Centros de Salud (CS) de Sevilla. Datos recogidos en encuesta personal a los PP y sus cuidadores. CP cuantificada mediante cuestionario tipo SERVQUAL adaptado a ámbito español y atención basada en consultas de 17 dimensiones, cada una valorada en escala Likert de 5 puntos (rango de puntuaciones posibles: 17-85); además se hizo un análisis factorial mediante máxima verosimilitud para identificar variables-resumen de la calidad global. Junto a ello recogida de aspectos sociodemográficos, clínicos y asistenciales. Posteriormente identificación de predictores de calidad global y variables-resumen: la comparación entre grupos se realizó con SPSS 12.0, mediante tests de chi-cuadrado con corrección de Yates, Fisher, t de Student, ANOVA, post-hoc de Turkey y c-Dunnett, U de Mann-Whitney y Kruskal-Wallis; correlaciones determinadas mediante R de Pearson; por último, análisis multivariante por regresión lineal paso a paso hacia adelante. Diferencias entre grupos cuantificadas mediante odds ratio, intervalos de confianza del 95%. Dintel de significación para  $p < 0,05$ .

**Resultados.** Cohorte global: 806 PP; 662 elegibles (excluidos 79 fallecidos, 5 en residencias, 44 cambios de CS, 11 pérdidas), entrevistados 461 (69% de elegibles). CP GLOBAL MEDIA: 62.52  $\pm$  10.19. Relación con: ítems de la escala de Gijón referentes a 'situación familiar' (R = -.125, P = .011) y 'apoyo de red social' (R = -

.156,  $P = .001$ ), empatía con médico de familia (MF) ( $R = .375$ ,  $P < .0001$ ), la empatía con enfermero (EF) ( $R = .212$ ,  $P < .0001$ ), empatía global ( $R = .212$ ,  $P < .0001$ ), nº consultas con MF en CS ( $R = .107$ ,  $P = .027$ ) y situación funcional por escala de Barthel (EB) ( $R = .127$ ,  $P = .009$ ). Análisis factorial: obtuvo 5 variables-resumen: 1-capacitación técnica y comunicación de personal sanitario (aglutinando: información sanitaria, información de pruebas, atención de enfermería, información de evolución y preparación del médico [rango de matriz de correlaciones (MC) = .531-.811]); 2-cualidades humanas de enfermería (amabilidad de enfermería [MC = .85]); 3-instalaciones físicas (accesibilidad, limpieza, orden en consultas y material [rango MC = .43-.856]); 4-cualidades humanas del médico (comprensión, amabilidad y atención por el médico [rango MC = .556-.631]); 5-proceso de citación (conseguir cita, acceder a cita, atención de no sanitarios y conseguir revisión [rango MC = .456-.566]). Análisis multivariante: CP global se relacionó con empatía con MF ( $p < .001$ ), identificación de EF por paciente o cuidador ( $p = .04$ ) y situación funcional por EB ( $P = .039$ ). Como predictores para cada variable-resumen estaban: para 1, empatía con MF, nº ingresos hospitalarios en año previo, nº diagnósticos aparte de categorías, identificación de EF; para 2, nº especialidades que revisan, género del cuidador; para 3, identificación de EF, nº categorías definitivas, identificación del MF, nº consultas domiciliarias de EF, EB; para la 4, identificación de EF, empatía con EF, empatía con MF; para la 5, empatía con MF.

**Conclusiones.** La valoración de PP identifica factores que aumentarían la CP de la asistencia. Medidas encaminadas a mejorar la relación humana del personal sanitario con el paciente y frenar la dependencia funcional serían útiles para lograr una mayor percepción de calidad por los pacientes y sus cuidadores. La información suministrada por el cuestionario de CP de la asistencia sanitaria por PP se resumió en 5 variables. El análisis de factores predictores de las 5 variables-resumen muestra la profunda interdependencia entre los diferentes agentes de la asistencia (personal administrativo, personal de limpieza, enfermería, médicos de familia, consultas de especialidades, atención hospitalaria), cuando la atención recibida de cada uno de ellos influye en la CP de la que se obtendría de otro distinto.

#### EA-56

### FIGURA DEL CUIDADOR PRINCIPAL Y FACTORES QUE PREDICEN SU CANSANCIO EN UNA COHORTE MULTICÉNTRICA DE PACIENTES PLURIPATOLÓGICOS

C. Hernández Quiles<sup>1</sup>, L. Moreno Gaviño<sup>1</sup>, M. Bernabeu Wittel<sup>1</sup>, M. Rincón Gómez<sup>1</sup>, M. Cassani<sup>1</sup>, M. Álvarez Tello<sup>2</sup>, L. De la Paz<sup>2</sup> y M. Ollero Baturone<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Medicina Interna. Hospitales Universitarios Virgen del Rocío, Sevilla. <sup>2</sup>Atención Primaria. HUVR, Sevilla.

**Objetivos.** Conocer el perfil del cuidador principal (CP), la sobrecarga sentida determinada mediante el índice de esfuerzo del cuidador (IEC) y los factores a los que se asocia, en una cohorte multicéntrica de pacientes pluripatológicos (PPP) con base poblacional de cuatro zonas básicas de salud (100.877 habitantes) del Área Sanitaria de los Hospitales Universitarios Virgen del Rocío, en Sevilla.

**Material y métodos.** El perfil del cuidador se determinó a todos los PPP de la cohorte. Posteriormente se evaluó cuáles de ellos requerían realmente esta figura (aquellos con limitación funcional moderada, grave o total definida por un índice de Barthel basal del paciente  $< 60$  puntos, o aquellos con deterioro cognitivo al menos moderado definido por un índice en la escala de Pfeiffer de 5 o más errores). El cansancio del rol del cuidador se determinó mediante el IEC en su versión validada al castellano. Los posibles factores predictores de la sobrecarga se escogieron de las características del cuidador, y de características demográfico-clínicas y asistenciales del PPP. La comparación entre grupos se realizó mediante la T de Student y el test de ANOVA y post-hoc de Tukey y Dunnett, y las correlaciones mediante el coeficiente de correlación de Pearson. Posteriormente se realizó un análisis multivariante mediante regresión lineal paso a paso hacia delante. El dintel de significación se estableció para una  $p < 0,05$ .

**Resultados.** De la cohorte global de 806 PPP, 662 fueron elegibles (se excluyeron 79 fallecidos, 5 ingresados en residencias, 44 pacientes que cambiaron de centro y 11 pérdidas); y finalmente accedieron

a la realización de la entrevista 461 (69% de la población elegible). Globalmente 293 pacientes (63,6%) tenían CP, y el resto no lo tenía; el 80% de ellos eran mujeres. Cuando se analizó la necesidad de CP (aquellos con un IB  $< 60$  o un IP  $> 5$ ), 117 (40%) de los 293 PPP que tenían cuidador lo precisaban realmente; así mismo lo precisaban 22 (13%) de los 168 que no lo tenían. El 87,8% eran familiares de primer grado, siendo casi el 50% (146 [49,7%]) el cónyuge y contratado (12[4%]). La edad media de los cuidadores fue de 62+15 años. El IEC de lo CP fue  $> 7$  puntos en el 41,5%. y globalmente fue  $5.35 \pm 3.5$ , siendo significativamente superior en los que cuidaban de PPP con la categoría E (enfermedad neurológica con déficit motor o cognitivo que le genere discapacidad) ( $7 \pm 3.2$  vs  $4.5 \pm 3.3$ ;  $p < 0,0001$ ), los que tenían acceso telefónico al internista (parámetro asistencial del PPP) ( $7 \pm 3.3$  vs  $4.2 \pm 3.3$ ;  $p = 0,014$ ), y los residentes en dos áreas urbanas con respecto al área semiurbana ( $6 \pm 3.7$  y  $6.3 \pm 3.2$  vs  $4 \pm 3.3$ ;  $p = 0,037$  y  $0.011$ , respectivamente). El IEC se correlacionó positivamente con la vulnerabilidad clínica del PPP (factor que resumía hospitalizaciones, visitas médicas y enfermeras en primaria, y visitas a urgencias) ( $R = 0.37$ ;  $p < 0,001$ ), con el grado de deterioro cognitivo medido por la escala de Pfeiffer (EP) ( $R = 0.4$ ;  $p < 0,0001$ ), y negativamente con la situación funcional por escala de Barthel ( $R = -0.67$ ;  $p < 0,0001$ ). En el análisis multivariante la edad del paciente ( $p = 0,03$ ), su vulnerabilidad clínica ( $p = 0,016$ ), el deterioro funcional medido por la EB ( $p < 0,0001$ ), y el deterioro cognitivo por la EP ( $p = 0,019$ ) predijeron de forma independiente el IEC.

**Conclusiones.** El perfil del CP de los PPP se corresponde mayoritariamente con cónyuges femeninas de unos 60 años de edad. Más de la tercera parte de los CP están sobrecargados. Y los factores predictores del cansancio del CP son la edad, vulnerabilidad clínica, y el deterioro funcional y cognitivo del PPP.

#### EA-57

### NEUMONÍAS POR ASPIRACIÓN EN EL ANCIANO. ESTUDIO RETROSPECTIVO 2003-2005

S. Escrivá, J. Vicente, E. Sánchez, M. Gomis, C. García, F. Pedro y A. Herrera

Medicina Interna. C. H. General Universitario, Valencia.

**Objetivos.** Describir las características epidemiológicas, clínicas y factores de riesgo en una población de 216 pacientes ingresados en un servicio de Medicina Interna.

**Material y métodos.** De manera retrospectiva se revisaron las historias clínicas de 216 pacientes que cumplían criterios de Neumonía aspirativa al ingreso. Se seleccionaron de forma consecutiva desde enero 2003- hasta diciembre 2005 (ambos incluidos). Se recogieron datos demográficos, antecedentes, factores de riesgo de broncoaspiración, cuadro clínico, datos analíticos, complicaciones, evolución y tratamiento. Para el estudio estadístico se utilizó el programa SPSS/PC+ versión 12.

**Resultados.** Se realizó el estudio de 216 pacientes, de los que 90 eran hombres (41,7%) y 126 mujeres (58,3%). La edad media fue de 81.4 años + 9.71. La estancia media fue de 9.9 días (DE: 7.59). 164 pacientes (75,9%) procedían de su domicilio y 38 (17,6%) de una Residencia. Como antecedentes personales destaca una prevalencia de Demencia evolucionada de 64,8%, Diabetes 34,7%, Insuficiencia cardíaca 8,8%, Insuficiencia renal crónica 4,2%, ACV 25,9%, Disfagia previa 31,9%, E. Parkinson 11,6%, Epilepsia 4,6%. Portadores de sonda nasogástrica previa eran el 4,6%. Se revisaron también los tratamientos previos que pueden favorecer la broncoaspiración: Neurolepticos en el 10,2%, Benzodiazepinas 9,7%, antidepresivos 3,2%, otros (opioides, anti-parkinsonianos) 24,5%. La estancia media fue de 10.2 días (DE 9.1). Se confirmaron episodios de aspiración presenciada en 129 pacientes (59,7%) y la presencia de vómitos en 33 (15,3%). El inicio de los síntomas fue en la mitad de los pacientes de carácter brusco. Los más frecuentes fueron: disnea 150 (69,4%), fiebre 135 (62,5%). Atragantamiento 128 (59,3%), tos 85 (39,4%), disminución del nivel de conciencia 162 (75%). Mucho menos frecuentes fueron: expectoración 19,4%, sudoración 9,7%, escalofríos 7,4%. En relación con criterios de sepsis: 114 pacientes (52,7%) presentaron  $> 38$  °C, y 56 tenían  $< 36$  °C. 91 pacientes (42,12%) presentaban más de 20 respiraciones /min en el momento del ingreso. La frecuencia cardíaca fue  $>$  de 90

latidos/minuto en 94 pacientes. Leucocitosis ( $> 12.000$  L/ml) apareció en 137 (63,4%), y leucopenia ( $< 4.000$ ) en 5. La creatinina fue  $> 1.2$  mg/dl en 83 pacientes (38,4%). El pH arterial fue  $< 7.25$  en 10 pacientes, y el  $pO_2 < 60$  en 72 (33%). La presión arterial sistólica fue  $< 90$  en 13 pacientes (6%). Se realizaron hemocultivos en 59 pacientes (27,3%) de los que 18 fueron positivos. En 17 pacientes el Ag urinario de Legionella fue negativo. La imagen radiológica de neumonía más frecuente fue infiltrado basal derecho, lobar y homogéneo: 42,1%. Además se observó derrame pleural asociado en 28 (13%). Complicaciones: Insuficiencia renal aguda: 43 (19,9%), Hiperglucemia 22 (10,1%), Shock 21 (9,7%), extensión del infiltrado 19 (8%), fallo multiorgánico 17. El tratamiento empírico inicial más utilizado fue amoxicilina-clavulánico a dosis de 3 gramos diarios i. v.: 90 (41,6%), seguido de Ceftriaxona y clindamicina: en 35 (16,2%). Fallecieron 77 casos (35,6%) relacionados con: insuficiencia respiratoria 44 pacientes, Shock séptico: 21, fallo multiorgánico: 4. Al alta 21 pacientes precisaron sonda nasogástrica y 3 colocación de gastrostomía. 6 pacientes fueron derivados a Hospitalización a domicilio.

**Conclusiones.** En nuestra población la edad media de los pacientes es elevada: 81 años con una muestra homogénea. La neumonía por aspiración aparece en pacientes con comorbilidades (demencia, ACV). Clínicamente se presentó como fiebre y disnea. Un porcentaje importante cumplía criterios de sepsis al ingreso. En la mayoría, el agente causal no se pudo identificar. La mortalidad resultó elevada (35,6%).

#### EA-58 ANÁLISIS DE LA UTILIZACIÓN DEL HOSPITAL DE DÍA COMO HERRAMIENTA FUNDAMENTAL EN UNA UNIDAD DE PACIENTES CON PLURIPATOLOGÍA

A. Moreno, V. Gracia, B. Otero, J. Rodríguez, M. Odriozola, E. Mohedano y J. Medina

(1)Unidad de Pacientes con Pluripatología. Servicio de Medicina Interna. Hospital 12 De Octubre. Madrid

**Objetivos.** La utilización del hospital de día se ha hecho cada vez más necesaria en las unidades de Medicina Interna. Nos permite realizar una serie de tratamientos ambulatorios que permiten ahorrar ingresos y/o acortar el tiempo de los mismos. En nuestro trabajo nos hemos propuesto analizar las características de los procedimientos realizados en nuestro hospital de día y su utilidad en nuestra Unidad de Medicina Interna.

**Material y métodos.** Se han recogido datos de 596 actuaciones realizadas en nuestro hospital de día. Las variables recogidas han sido: transfusión de hemáties, administración de medicación intravenosa, paracentesis evacuadoras, toracocentesis evacuadoras, transfusión de otros hemoderivados, volumen de paracentesis y toracocentesis, realización de curas, realización de analíticas, otros procedimientos y procedencia de los pacientes. La base de datos utilizada ha sido File Maker Pro y el programa de análisis estadístico R-Sigma.

**Resultados.** De las 596 actuaciones realizadas en el hospital de día, 149 han sido transfusiones de hemáties. En 430 casos se han realizado administración de medicación intravenosa (hierro intravenoso, corticoides, gammaglobulinas, antifúngicos, alprostadilo). Se han realizado 87 paracentesis evacuadoras con un volumen medio de 7420 ml. Se han realizado 3 toracocentesis evacuadoras con un volumen medio de 500 ml. Se han realizado 23 curas y extracción de analíticas en 33 casos. La procedencia de los pacientes ha sido: consulta UPPAMI, urgencias, neurología, otras consultas de medicina interna, unidad de infecciosas, nefrología, oftalmología y cirugía vascular.

**Discusión.** De todos los pacientes atendidos en nuestro hospital de día, lo más frecuente ha sido la transfusión de hemáties, habitualmente de pacientes procedentes del servicio de urgencias, lo que condiciona una menor estancia en urgencias y en ocasiones, evitar ingreso. En cuanto a las medicaciones intravenosas, lo más frecuente ha sido la administración de hierro intravenoso, habitualmente en pacientes con anemia ferropénica en estudio y pacientes nefrológicos, consiguiendo mejoría de las cifras de hemoglobina y evitando la transfusión de concentrados de hemáties en la mayor parte de estos pacientes. Se han administrado pulsos de corticoides en pacientes con esclerosis múltiples y oftalmopatías, consiguiendo evitar el ingreso de estos pacientes. Se ha administrado también un ciclo de alpros-

tadilo de 21 días en un paciente de cirugía vascular que ha conseguido también evitar su ingreso, y un ciclo de anfotericina B en un paciente con leishmaniasis cutánea que ha conseguido evitar su ingreso. En cuanto a las paracentesis evacuadoras, los pacientes en su mayoría eran procedentes de urgencias, con lo cual se ha conseguido acortar estancia en urgencias y/o ingreso.

**Conclusiones.** Consideramos que la presencia de un hospital de día en una Unidad de Pacientes Pluripatológicos en Medicina Interna es una herramienta esencial para el manejo de pacientes que precisan tratamientos específicos. La administración de tratamientos ambulatorios permite evitar ingreso en la mayoría de los casos, consiguiendo un buen manejo de estos pacientes.

#### EA-59 FACTORES ASOCIADOS A LA EMPATÍA EN LA RELACIÓN DEL PROFESIONAL SANITARIO CON EL PACIENTE PLURIPATOLÓGICO

M. Rincón, M. Cassani, S. García Morillo y M. Bernabeu Wittel

Medicina Interna. Hospital Virgen del Rocío. Sevilla.

**Objetivos.** El grado de empatía en la relación del profesional de la salud con el paciente es un determinante muy importante de la calidad de la atención sanitaria. La literatura publicada sugiere que el desarrollo de la empatía puede aumentar significativamente el potencial terapéutico de la relación médico-paciente. En el paciente pluripatológico (PPP) se desconocen los factores bio-psico-sociales que afectan o influyen sobre la empatía en la relación médico-PPP. Intentamos determinar los factores que influyen en la empatía médico-paciente desde el punto de vista bio-psico-social

**Material y métodos.** Se incluyeron en el estudio cuatro zonas básicas de Salud (tres urbanas y una semiurbana) del área sanitaria de los hospitales Universitarios Virgen del Rocío, en Sevilla. De la población atendida en dichas zonas básicas de salud se seleccionó para generar la cohorte de pacientes a aquellos que cumplían los criterios de paciente pluripatológico de la definición del "Proceso de atención al paciente pluripatológico" de la Consejería de Salud de la Junta de Andalucía. La empatía percibida por el PPP con los diferentes profesionales sanitarios que le asisten se midió utilizando un cuestionario empleando una escala de Likert (1-5) mediante entrevista, por un miembro del equipo investigador no relacionado con la asistencia del paciente. Tras ello se procedió a realizar un análisis factorial con las variables asistenciales obteniéndose como factor la empatía global. Los posibles factores predictores de la empatía global se escogieron de características demográfico-clínicas y asistenciales del PPP. La comparación entre grupos se realizó mediante la *T* de Student y el test de ANOVA y post-hoc de Tukey y Dunnett, y las correlaciones mediante el coeficiente de correlación de Pearson. Posteriormente se realizó un análisis multivariante mediante regresión lineal paso a paso hacia adelante. El dintel de significación se estableció para una  $p < 0,05$ .

**Resultados.** 461 (69%) de los 662 PPP elegibles de la cohorte contestaron la entrevista. La empatía con el Médico de Familia, Enfermero de Familia e internista de Referencia fue  $4.39 \pm 0.98$ ,  $4.49 \pm 0.87$ , y  $4.48 \pm 0.48$ , respectivamente; siendo la mediana del factor empatía global 0.33 (-4.7-1.2). Se encontró asociación significativa entre la empatía percibida y la accesibilidad telefónica tanto al médico de familia (0.56 vs 0.22;  $p < 0,0001$ ) como con el enfermero de familia (0.58 vs 0.24;  $p = 0,05$ ). Se encontró una correlación negativa entre la empatía global y el grado de apoyo socio-familiar medido por la escala de Gijón ( $r$ :  $p = 0,031$ ) y con dos de sus dimensiones: apoyos ( $r$ : -0.145;  $p = 0,002$ ) e ingresos económicos ( $r$ : -0.167;  $p < 0,0001$ ). En el análisis multivariante, predijeron de forma independiente el grado de empatía percibida por el PPP tanto el Índice de Gijón ( $p = 0,001$ ) como el número de fármacos prescritos ( $p = 0,004$ ).

**Conclusiones.** En esta cohorte de PPP se observa globalmente un elevado nivel de empatía percibida en la relación con los profesionales sanitarios evaluados. La adopción de medidas como la disponibilidad de acceso telefónico a médicos y enfermeros de los Centros de Salud podrían aumentar la empatía con dichos profesionales. Igualmente, un abordaje social integrador del paciente pluripatológico puede mejorar la relación médico-paciente, como demuestra la asociación encontrada entre el soporte socio-familiar y el grado de

empatía percibida. Por último, el dato de que los PPP más polimedica- dos valoren mejor el grado de empatía con sus profesionales sani- tarios indica la necesidad de medidas educativas con respecto a la polifarmacia en estos pacientes. En cualquier caso, creemos que se necesitan más trabajos para evaluar la influencia de estos factores sobre intervenciones o modelos que intenten promover la atención centrada en el paciente

**EA-60**  
**LOS MÁS ANCIANOS, ¿LOS MENOS MEDICADOS?**

**M. Requena Pou, J. Trujillo Pérez, S. Bermudo Conde, F. Jódar Morente, V. Navarro Pérez, M. Almenera, M. Manjón y A. Rodríguez Sánchez**

Medicina Interna. Complejo Hospitalario de Jaén. Jaén.

*Objetivos.* Describir la polifarmacia asociada cada franja de edad en un grupo de pacientes ingresados en Medicina Interna.

*Material y métodos.* Se realizó un estudio descriptivo, observacional y transversal. Se revisaron los informes de alta de una muestra de pacientes ingresados en el Servicio de Medicina Interna. Analizamos el número de fármacos que se administraban por paciente en cada franja etaria. Se seleccionaron cinco franjas de edad: < 70 años; 71-75 años; 76-80 años; 81-85 años; > 86 años, y asignamos 11 pacientes en cada una de ellas.

*Resultados.* Se obtuvo una muestra de 55 pacientes, de los que 24 fueron hombres y 31 mujeres. El número de fármacos se distribuyó en cada franja de edad según se dispone en la tabla 1, así como el grupo terapéutico más consumido en cada una de ellas. Los fárma- cos más utilizados tanto de forma global como en el análisis por franjas etarias fueron los diuréticos y los IECAs. Las patologías más fre- cuentes en el global de pacientes fueron: I. cardíaca (67,2%), HTA (65,4%), EPOC (54,5%). Otros grupos terapéuticos presentes en menor proporción fueron beta-agonistas, antagonistas del Calcio, antiagregantes e inhibidores de la bomba de protones.

*Discusión.* Es conocida por todos la diversidad de fármacos y el elevado número de ellos que consumen los pacientes ancianos. Hay aspectos que dificultan la farmacoterapia en el anciano: 1) La poca información disponible de ensayos clínicos en estos pacientes, sien- do habitual la extrapolación de resultados obtenidos en ensayos clí- nicos con pacientes adultos jóvenes, sin conocer los problemas par- ticulares en este tipo de población, 2) La gran heterogeneidad que presenta este subgrupo, ya que la edad cronológica no siempre refle- ja la edad funcional. Por ello es preciso, para optimizar el tratamien- to en el anciano, valorar individualmente al paciente y tener presen- te en todo momento posibles interacciones medicamentosas y efec- tos secundarios, que en el anciano se hacen siempre más patentes.

*Conclusiones.* La franja etaria con más tasa de polifarmacia se encuentra entre los 71-75 años. Los fármacos más utilizados son los diuréticos y los IECAs, tanto de forma global como por edades. Esto coincide con las patologías más prevalentes analizadas en nuestro estudio: la Insuficiencia cardíaca y la Hipertensión Arterial.

Tabla 1. Características de los pacientes.

< 70 años	6,45 fármacos	Diuréticos (54,4%) IECAs (45,4%)
71-75 años	8,5 fármacos	Diuréticos (72,7%) IECAs (63,6%)
76-80 años	7,6 fármacos	Diuréticos (72,7%) IECAs (54,5%)
81-85 años	6,6 fármacos	IECAs (100%) Diuréticos (81,8%)
> 86 años	5,9 fármacos	Diuréticos (81,8%) IECAs (72,7%)

Tabla 1. Resultados (EA-61).

Grupo	Estancia UCI (días)	IB	IL	lCh	APACHE	SOFA	OMEGA
A	12,18	95	6,8	2,55	13,38	6,43	144,8
B	11,39	95	6,0	2,50	14,68	5,94	125,0

**EA-61**  
**MORTALIDAD EN PACIENTES ANCIANOS INGRESADOS EN UNA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS**

**F. Masanés Torán<sup>1</sup>, E. Sacanella Meseguer<sup>1</sup>, J. Nicolás Arfelis<sup>2</sup>, M. Navarro López<sup>1</sup>, S. Lahoz García<sup>1</sup> y A. López Soto<sup>1</sup>**

<sup>1</sup>Sección Geriatria - Medicina Interna, <sup>2</sup>Área Vigilancia Intensiva- Medicina Interna. Hospital Clínic. Barcelona.

*Objetivos.* Analizar la mortalidad de una cohorte de pacientes ancia- nos ingresados de forma no electiva en una UCI general.

*Material y métodos.* Estudio prospectivo longitudinal para evaluar la mortalidad de pacientes mayores de 65 años que ingresan en la UCI. Se excluyeron los pacientes con un estado funcional basal deteriora- do (Índice de Barthel (IB) < 60), aquellos que ingresaron de forma electiva tras realización de procedimientos invasivos o tras presentar un paro cardiorrespiratorio y aquellos con un pronóstico vital inferior a 1 año. Se realizó una valoración geriátrica integral valorando aspectos funcionales (IB e índice de Lawton (IL) y de comorbilidad (índice de Chalon (lCh), así como una evaluación de la gravedad de la enfermedad aguda (escala APACHE II y SOFA) y la intensidad terapéutica aplicada (OMEGA). Se analizó la mortalidad intra UCI, intrahospitalaria y en los 6 meses tras el alta hospitalaria. Se dividió a los pacientes en dos grupos según la edad: A (65-74 años) y B (> 75 años)

*Resultados.* De un total de 266 pacientes mayores de 65 años ingresados en la UCI durante un período de 25 meses, 150 pacien- tes (grupo A: 65-grupo B 85) cumplían los criterios de inclusión des- critos. No se observaron diferencias significativas entre ambos gru- pos en los siguientes parámetros evaluados al ingreso: IB, IL, lCh, APACHE, OMEGA, SOFA, estancia UCI. La mortalidad a los 6 meses del grupo global fue del 41,33% (n = 62), siendo más marca- da en el grupo B (47,06% vs. 33,85% p < 0,05). Del total de pacien- tes fallecidos un 19,35% (12 pacientes) fallecieron durante su ingre- so en la UCI, un 46,77% (29) fallecieron durante el ingreso hospita- lario post UCI y el 33,87% (21 pacientes) tras el alta hospitalaria en los 6 meses siguientes (en 4 casos por causas no relacionadas con el motivo de ingreso en UCI). Los pacientes fallecidos en el hospital en ambos grupos tenían de forma significativa estancias en UCI más prolongadas y recibieron una mayor intensidad terapéutica (p < 0,05).

*Discusión.* El ingreso de pacientes geriátricos en una UCI es cada vez más frecuente y está directamente relacionado con el envejeci- miento de la población. La mortalidad tras un ingreso en la UCI de este grupo de pacientes es variable y depende del tipo de UCI estu- diada y de los criterios de inclusión de pacientes (pacientes electivos o no). De forma global la mortalidad durante la estancia en la UCI oscila entre el 10 y el 35% y la mortalidad hospitalaria tras el alta de intensivos entre el 20-50%. En el presente estudio destacamos que a pesar de la elevada mortalidad global esta se produce mayoritaria- mente tras el alta de la UCI y, en especial, durante la propia estanc- ia hospitalaria y de forma más manifiesta en aquellos ancianos mayores.

*Conclusiones.* 1) La mortalidad hospitalaria de los ancianos que requieren ingreso no electivo en una UCI es alta, especialmente en el grupo de más edad. 2) La mortalidad se produce fundamentalmente (47%) de forma diferida en el hospital tras el alta de la UCI. 3) Los pacientes fallecidos, independientemente de la edad, presentan estancias en UCI más prolongadas y reciben mayor intensidad tera- péutica. 4) Dada la elevada mortalidad asociada al ingreso en UCI en los pacientes ancianos una valoración geriátrica integral que valore, en especial, la situación premorbida del paciente puede ser útil en la toma de decisiones. Financiado por FIS 03/0329.

### EA-62 ENFERMEDAD CARDIOVASCULAR Y EDAD EN EL PACIENTE HOSPITALIZADO

C. Bergua Martínez<sup>1</sup>, R. Ortas Nadal<sup>1</sup>, E. del Corral<sup>2</sup>, J. Escota Villanueva<sup>1</sup>, B. Simo<sup>1</sup>, E. Castilla Cabanes<sup>1</sup> y A. del Río Ligorit<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Cardiología. Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa. Zaragoza. <sup>2</sup>Medicina Interna. Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa. Zaragoza.

**Objetivos.** Describir la evolución de la prevalencia de la enfermedad cardiovascular con la edad en pacientes que requieren hospitalización por dicho motivo.

**Material y métodos.** Se trata de un estudio retrospectivo en el que se analizaron datos de pacientes ingresados en los servicios de Cardiología y Medicina Interna durante el año 2004. Se seleccionaron todos aquellos pacientes con diagnóstico final de enfermedad cardiovascular. Se utilizó el programa SPSS versión 12.0 para el cálculo estadístico.

**Resultados.** Es una muestra de 2450 individuos de edades comprendidas entre los 16 y 97 años (edad media 70.75), con un 60,5% de hombres. La distribución por edades muestra que el 50% de los individuos eran mayores de 73 años. La población se dividió en tres grupos de edad: < 46, 46-75, > 75. Se analizaron las diferencias de prevalencia de los distintos diagnósticos principales dependiendo del grupo de edad, según muestra la tabla 1. Se encontraron diferencias significativas ( $p < 0,05$ ) en la prevalencia de HTA, coronariopatía, enfermedad pericárdica, miocardiopatía, fibrilación auricular e insuficiencia cardíaca.

**Discusión.** La prevalencia de las diferentes enfermedades cardíacas se modifica con la edad y aunque la enfermedad coronaria es el diagnóstico más frecuente en todos los grupos, en los mayores de 75 años su prevalencia es prácticamente igual a la de la insuficiencia cardíaca (31,9% vs 30,6%) La hipertensión arterial y la insuficiencia cardíaca aumentan con la edad mientras que la enfermedad coronaria y la patología pericárdica descienden en los más mayores.

**Conclusiones.** La mayoría de los enfermos dados de alta con diagnóstico principal de enfermedad cardíaca son adultos añosos. La coronariopatía es la patología más prevalente en general, encontrándose en la población de más edad un aumento significativo de la prevalencia de insuficiencia cardíaca.

Tabla 1.

	< 46	46-75	> 75
Hipertensión arterial	1,8	5,2	9,8
Valvulopatía	3,7	8,4	4,7
Enfermedad coronaria	47,7	48,3	31,9
Hipertensión pulmonar	0	2,2	3,2
Endocarditis	0	0,3	0,1
Enfermedad del pericardio	13,8	1	0,5
Miocardiopatía/miocarditis	6,4	1,3	0,4
Trastornos de conducción	6,4	4,6	6,4
Fibrilación auricular	11	11,5	7,8
Otras taquiarritmias	3,7	2,1	1,7
Insuficiencia cardíaca	0,9	14,1	30,6
Otras	4,6	1	2,9

### EA-63 EPIDEMIOLOGÍA DEL DELIRIO EN ANCIANOS HOSPITALIZADOS

F. Vázquez<sup>1</sup>, M. Offhaherty<sup>1</sup>, H. Michalangelo<sup>1</sup>, L. Garfi<sup>1</sup>, R. Kaplan<sup>1</sup>, J. Janson<sup>1</sup>, M. Mayorga<sup>1</sup> y L. Cámara<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Clínica Médica. Hospital Italiano. Buenos Aires, Argentina.

<sup>2</sup>Clínica Médica. Hospital Austral. Pilar, Argentina.

**Objetivos.** El objetivo fue determinar la incidencia de delirio y sus factores de riesgo en una cohorte de ancianos internados.

**Material y métodos.** Se seleccionaron al azar 249 ancianos sin delirium al ingreso a 2 salas de internación general, entre junio y sep-

tiembre de 1995. Fueron evaluados diariamente con el *Confusion Assessment Method* (CAM), validado para diagnóstico de delirio. Se obtuvieron los riesgos relativos para la asociación de delirio con algunas variables clínicas; aquellas independientemente asociadas fueron incluidas en un modelo de regresión logística. Se utilizaron Chi-cuadrado con la corrección de Yates para análisis univariado y T-test para la comparación de medias.

**Resultados.** Se observó que el 20,5% (IC95% 18.9-22.3) desarrolló delirio. La gravedad de la enfermedad (RR 1.28, 1.33-2.56), las enfermedades crónicas (RR 3.45, 2.4-4.96) y la fiebre (RR 1.84, 1.33-2.56) se encontraron independientemente asociados al desarrollo de delirio. Estos pacientes con delirio presentaron internaciones más prolongadas (9.87 días  $\pm$  3.48 vs 6.95 días  $\pm$  2.45,  $p < 0,05$ ), mayor riesgo de derivación a centros de tercer nivel (OR = 16.2. IC95% 4.5-25.3) y mayor mortalidad (RR 2.19, IC95% 1.26-3.79).

**Discusión.** Varias características se asociaron al síndrome de delirio en pacientes ancianos internados, siendo novedosa la severidad de la enfermedad. Es posible identificar prospectivamente a pacientes en riesgo, para implementar estrategias preventivas que minimicen su impacto.

**Conclusiones.** Se concluye que el delirio es frecuente y tiene impacto negativo en la utilización de recursos como la estadia hospitalaria y la utilización de instituciones de cuidados crónicos, así como también en la mortalidad.

### EA-64 COMPARACIÓN DE DIVERSAS VARIABLES EN PACIENTES PLURIPATOLÓGICOS EN FUNCIÓN DE SU LUGAR DE RESIDENCIA

J. de la Vega Sánchez, F. Martínez Peñalver, B. García Casado, R. Domínguez Álvarez, J. Santamaría González, A. Leal Luna, M. Rico Corral y R. Pérez Cano

Servicio de Medicina Interna B. Hospital Universitario Virgen Macarena. Sevilla.

**Objetivos.** Comparación dentro del grupo de Pacientes Pluripatológicos atendidos en nuestro Servicio una serie de variables: Sexo, Estancia media, Factores de riesgo cardiovascular, Motivos de ingreso, GDR al alta, Porcentaje de reingresadores, Uso de genéricos, Valoración del grado funcional mediante la escala FIM y grado de Activación del seguimiento del Proceso Pluripatológico.

**Material y métodos.** Estudio retrospectivo sobre 168 pacientes con criterios de Paciente Pluripatológico ingresados en camas pertenecientes al Servicio de Medicina Interna B escogidos de manera aleatoria durante los meses de invierno del año 2005 y primavera del 2006, estableciendo dos grupos de pacientes, uno con los que residen en Sevilla capital, y otro con los que residen en pueblos pertenecientes a nuestro Área Asistencial. El análisis estadístico de los datos se llevó a cabo con el programa SPSS v13.0.

**Resultados.** En primer lugar, analizando el sexo de los pacientes observamos que en los pacientes provenientes del área rural había un 62,2% de hombres, mientras que este porcentaje configuraba un 56,8% de los pacientes del área urbana. En los Factores de Riesgo Vascular, se objetivó una prevalencia de HTA del 75,3% en los pacientes provenientes de fuera de la ciudad, siendo este valor de 70,3% en los pacientes del área metropolitana. En DM también se observó diferencias, mientras que los pacientes provenientes de los pueblos se contaba un 61,8% de diabéticos, en la ciudad el porcentaje descendía a un 48,6%. Por otra parte, el motivo de ingreso más frecuente fue el mismo en los dos grupos de pacientes, la disnea, que en los pacientes de la ciudad fue de un 41,7% de los casos y en los pueblos un 48,3%. No existía, sin embargo, coincidencia en el diagnóstico principal más frecuente al alta, mientras que en los pacientes pertenecientes a pueblos, era la Insuficiencia Cardíaca con un 19,1% de los casos (ciudad: 20,5%), en la ciudad era la Insuficiencia Respiratoria con un 21,9% (pueblo: 18%). Otro dato interesante fue el porcentaje de pacientes reingresados que se observan en ambos grupos, y que varía claramente entre el porcentaje de los pacientes de la ciudad, 45,2%, y los procedentes de los pueblos (65%). No se observaron diferencias significativas en cuanto a estancia media, valoración funcional mediante la escala FIM, uso de fármacos tanto genéricos como de marca registrada, número de pacientes con

Activación de Seguimiento del Pluripatológico, ni en el resto de variables calculadas.

**Discusión.** El Proceso Asistencial de Atención al Paciente Pluripatológico describe una mayor prevalencia de Pacientes Pluripatológicos en mayores de 64 años. Hemos observado en este estudio que hay variables que presentan diferencias entre los dos grupos de pacientes que hemos establecido, como son los GDRs al alta, el porcentaje de hombres y mujeres y algunos de los factores de riesgo vascular más prevalentes y significativos. De todos ellos el que más nos llama la atención es el porcentaje de pacientes reingresados, que es casi un 20% superior en los pacientes que residen en los pueblos pertenecientes a nuestro Área Asistencial; ello podría traducir una especial fragilidad de estos Pacientes Pluripatológicos, en los cuales el acceso a los recursos sanitarios es más limitado que en los pacientes que residen en la capital. El Proceso Asistencial del Paciente Pluripatológico pretende "activar" la coordinación entre los Servicios de Atención Primaria y los Servicios de Medicina Interna para conseguir un mejor control de estos pacientes y disminuir así la morbilidad que presentan.

**Conclusiones.** Encontramos en los pacientes que residen en los pueblos de nuestro Área un mayor porcentaje de pacientes reingresados. También existen diferencias en los GDRs al alta, siendo el más frecuente en los pueblos la Insuficiencia Cardíaca y en la ciudad la Insuficiencia Respiratoria. No se han encontrado diferencias significativas en otras variables como la estancia media, uso de fármacos genéricos, y valoración funcional de los pacientes.

## GESTIÓN CLÍNICA

### G-1 IMPORTANCIA DEL ESPECIALISTA EN MEDICINA INTERNA, COMO INTERCONSULTOR

**J. Molina Puente, R. García Alonso, M. García Largacha, E. Moya Mateo, P. Alcázar Carmona y G. Risco Abellán**

Medicina Interna. La Mancha Centro. Alcázar San Juan, Ciudad Real.

**Objetivos.** Conocer la actividad de un Especialista en Medicina Interna con dedicación exclusiva en el control de los pacientes quirúrgicos, de nuestro hospital.

**Material y métodos.** Un especialista en Medicina Interna dedicado a tiempo completo en resolver las interconsultas generadas por los servicios Quirúrgicos del Hospital, durante un período de dos meses. Estudio descriptivo basado en la toma de datos de historias clínicas de los pacientes sobre los que se realizaron interconsultas, analizando los datos de su historia clínica, así como la causa de la interconsulta, diagnóstico, tiempo de seguimiento, y evolución.

**Resultados.** En total se atendieron 90 interconsultas. La proporción hombre/mujer fue 1: 1. La edad media fue de 73,27 años, con una edad máxima de 93 y mínima de 27. De ellos 27 eran menores de 70 años (24%) y 18 menores de 65 años (16%). 36 procedían del Servicio de Traumatología (40% de las interconsultas), 30 del Servicio de Cirugía General (33%). 15 Urología (17%). 3 de Ginecología (3%). Los diagnósticos de ingreso fueron muy diversos, destacando las cirugías de cadera 18 pacientes de los interconsultados (20%), colecistitis 8 (8,8%), compresión medular 4 (4,4%). El motivo principal de las interconsultas fue el control de enfermos pluripatológicos, 19 pacientes (21%), 7 casos para control de trastornos iónicos (7,7%), 7 por insuficiencia renal (7,7%), 6 con fiebre por infecciones nosocomiales (6,6%), 5 por insuficiencia respiratoria (5,5%), 4 casos de delirium (4,4%) y 4 por deterioro del estado general (4,4%), 3 presentaron anemia (3,3%), 3 aparición de edemas (3,3%) y 3 fibrilación auricular (3,3%). El tiempo medio de duración de la interconsulta fue: 24 horas para 44 consultas (48,8%), 48 horas para 7 (7,7%), 72 horas para 5 (5,5%) y 96 horas para 4 (4,4%). Las más prolongadas precisaron de 39, 42 y 63 días de seguimiento. Se solicitaron estudios añadidos a los propios del ingreso a 35 pacientes (39%), 24 analíticas, 8 ecocardiogramas, 2 tomografías cerebrales, una angio resonancia, una ecografía abdominal,

un holter, 2 endoscopias y una nueva interconsulta a otro servicio (hematología). 10 de los pacientes en seguimiento sufrieron complicaciones (11%): 5 infecciones nosocomiales, 2 edemas pulmonares, una trombosis venosa profunda, una uropatía obstructiva y una hemorragia digestiva alta. En total fallecieron 9 pacientes (10%). Tres por complicaciones tras cirugías de femur y cadera (insuficiencia cardíaca, hemorragia subaracnoidea), otro tras una colecistitis aguda, otro por las complicaciones derivadas de una suboclusión intestinal, tres eran pacientes en los que se descubrieron neoplasias de colon, estómago y páncreas diseminadas. El 9º falleció por un cuadro séptico secundario a una infección sobre un prótesis de rodilla.

**Discusión.** La variedad de los diagnósticos, la pluripatología y el amplio abanico de edades de los pacientes, hacen del Internista, el especialista más indicado para la realización de esta tarea hospitalaria.

**Conclusiones.** La primera causa de petición de interconsulta fue el control de pacientes pluripatológicos (21%). La relación hombre/mujer fue 1: 1. La edad media fue de 73 años. 27 eran menores de 70 años (24%) y 18 menores de 65 años (16%). El tiempo medio de duración de la interconsulta fue de 24 horas en el 49% de las mismas. Se solicitaron pruebas diagnósticas diferentes a las propias del ingreso a un 39%. Un 11% sufrió complicaciones durante el período de seguimiento. La mortalidad de los pacientes valorados fue de un 10%.

### G-2 ESTANCIAS HOSPITALARIAS EN REINGRESOS POR EPOC

**L. Pascual<sup>1</sup>, C. Martínez<sup>2</sup> y D. Escribano<sup>1</sup>**

<sup>1</sup>Medicina Interna, <sup>2</sup>Documentación. Hospital de Jove. Gijón, Asturias.

**Objetivos.** Conocer si la estancia media de hospitalización de los pacientes "reingresadores" por agudizaciones de la enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) era distinta y en su caso que variables pudieran influir.

**Material y métodos.** Pacientes ingresados por agudización de EPOC durante el tiempo del estudio, años 2003 y 2004. De todos ellos que reingresaban valoramos a partir de sus historias clínicas los diferentes episodios de reingresos, analizando, edad, sexo, estancia media, pruebas diagnósticas solicitadas y realizadas, estudios especiales hechos fuera del hospital, interconsultas a otros servicios, número de reingresos y éxitos durante el ingreso o en los siguientes seis meses. Los datos obtenidos de los pacientes expresados en forma cuantitativa o cualitativa se introdujeron en una base de datos (Excel) y fueron tratados aplicando el paquete estadístico SPSS 12.0.

**Resultados.** Durante los dos años del estudio ingresaron 287 cuya estancia media de hospitalización fue de 11,3 días en el 2003 y de 8,9 días en el año 2004. El número total de pacientes que reingresaron durante este tiempo fueron 79 (27,66%). De ellos el alta médica fue dada antes del octavo día en el 51,3%, entre el octavo y el dieciséisavo en el 39,6% y por encima de este tiempo en el 7,1%. En el análisis de las variables preestablecidas no encontramos ninguna que pudiera justificar una prolongación de la estancia.

**Discusión.** Sabíamos por estudios previos realizados durante los años 1998, 99 y 2000 en el servicio de medicina interna del Hospital de Jove, entre los pacientes hospitalizados por EPOC, que la tasa de reingresadores especialmente llamativos (más de cinco reingresos al año) supone el 6% y que su edad media es sensiblemente mayor a los no reingresadores 73,2 "vs" 68,6 años, así mismo la estancia media de estos pacientes fue 9,4 días frente a la global del servicio de 8,1 días. Desde luego el empleo de más estudios de imagen, análisis etc. no parece que justifique la prolongación de la estancia hospitalaria, tampoco la solicitud de interconsultas a otros servicios. En cualquier caso el tiempo de hospitalización coincide con el de pacientes ingresados con patologías también prevalentes en los servicios de medicina interna como el ACV, insuficiencia cardíaca y neumonías quizás al tratarse de pacientes con alta comorbilidad, polifarmacia y edades medias altas.

**Conclusiones.** No encontramos ningún grado de significación estadística entre las variables estudiadas, de los pacientes reingresadores con EPOC agudizado que tenían una estancia media menor de ocho días entre ocho y diez y seis y más de este tiempo. Otros factores



como situación sociosanitaria o perfil de los médicos encargados de los pacientes no fue analizado.

**G-4  
CONSULTA DE MEDICINA INTERNA OSTEOARTICULAR:  
PAPEL DEL INTERNISTA. PRIMEROS DATOS**

**M. Escobar Llopart, S. Romero Salado, J. Bernal Bermúdez, A. García Egido, J. Fernández Delgado, F. Gómez Soto, P. Ruiz Alcantarilla y F. Gómez Rodríguez**  
Medicina Interna. Hospital Universitario de Puerto Real.  
Puerto Real, Cadiz.

**Objetivos.** En nuestro hospital de especialidades del SSPA nos planteamos cuál sería el resultado de la asistencia de la patología osteoarticular degenerativa y/o crónica por Medicina Interna en coordinación con Traumatología.

**Material y métodos.** Se ubicó una consulta de Medicina Interna Patología Osteoarticular de carácter diaria y acto único. Los pacientes mayores de 14 años con probable patología osteoarticular degenerativa y/o crónica fueron citados a dicha consulta tras un cribaje de los P-111 remitidos a nuestro centro durante dos meses.

**Resultados.** Se valoraron 725 pacientes siendo altas en acto único 643 (88,8%); el número de diagnósticos totales fueron 952 (1,3 diagnósticos por paciente) distribuidos de la siguiente manera: artrosis 307 (32,24%), algias 213 (22,3%), tendinitis 74 (7,7% siendo el 41,8% tendinitis del manguito de los rotadores), osteopenia/osteoporosis 19 (2,6% del total de pacientes; 16,8% del total de algias en columna lumbar), síndrome del tunel carpiano 26 (3,5%). Principales algias: lumbalgia muscular 80, lumbociatalgia 33, metatarsalgia 33, cervicobraquialgia 25, gonalgias inespecíficas 10, cervicobraquialgia 9, omalgias 7. Principales artrosis: generalizada 78, rodillas 76, columna lumbar 57, cervical 41, columna con afectación mixta 26, caderas 15. Otras patologías: escoliosis 30, discopatía-hernia 26, síndrome subacromial 19, hallux valgus 15, tendinitis de Quervain 13, trocanteritis 9.

**Discusión.** La formación integral del internista y los conocimientos en patología reumatológica y atención al paciente pluripatológico, le capacitarían para la asistencia a múltiples patologías osteoarticulares degenerativas y/o crónicas. La presencia de esta patología suele acontecer en pacientes con pluripatología de base haciendo del internista el médico con capacidad para control integral del paciente. La coordinación y comunicación entre Atención Primaria, Traumatología y Medicina Interna debe de ser fluida y bidireccional al objeto de conseguir una eficaz atención al paciente. Estos han sido nuestros primeros datos.

**Conclusiones.** El internista es un especialista capacitado para afrontar de forma favorable la patología osteoarticular degenerativa y/o crónica. Nuestra experiencia ha servido para la creación de una Consulta de Medicina Interna Patología Osteoarticular de forma establecida. Se han elaborado protocolos de derivación en coordinación con Atención Primaria y Traumatología.

**G-5  
ADECUACIÓN DE ESTANCIAS EN PACIENTES CON GRD 88 (EPOC) INGRESADOS EN UNA UNIDAD DE CORTA ESTANCIA (UMCE) Y EN MEDICINA INTERNA CONVENCIONAL (MI)**

**M. Gandía Herrero<sup>1</sup>, R. Llanos Llanos<sup>2</sup>, M. Torralba Saura<sup>2</sup>, O. Casado Meseguer<sup>2</sup> y F. Herrero Huerta<sup>1</sup>**

<sup>1</sup>Medicina Interna, <sup>2</sup>Unidad Medica de Corta Estancia. Hospital Universitario Morales Meseguer. Murcia

**Objetivos.** Determinar diferencias en adecuación de estancias de pacientes con el mismo GRD (88) entre una UMCE y MI de un hospital de área.

**Material y métodos.** Se seleccionaron todas las altas de pacientes con el GRD 88 ingresados en la UMCE durante al año 2005 que sufrieron al menos otro ingreso con el mismo GRD en MI durante los años 2003-2005, aplicándose el Appropriateness Evaluation Protocol (AEP) a todos los ingresos, por dos médicos (uno de la UMCE y otro de MI) conjuntamente y de forma retrospectiva. Se midieron las variables cuantitativas: edad, estancia, Sat O<sub>2</sub>, pO<sub>2</sub>, pCO<sub>2</sub> y pH arteriales al ingreso; y la variable cualitativa: reingreso

en el mes siguiente al alta. Para comparación de medias se utilizó la t combinada y para variables cualitativas la chi cuadrado.

**Resultados.** Hubo 23 altas en UMCE en 2005 con GRD 88 que habían presentado 30 ingresos con el mismo GRD en MI en 2003-2005, correspondiendo a 17 pacientes. En todos los casos hubo adecuación de ingreso hospitalario. No hay diferencia significativa en cuanto a edad, SatO<sub>2</sub>, pCO<sub>2</sub>, pO<sub>2</sub> y pH arterial al ingreso (tabla 1). Tampoco existen diferencias significativas en la proporción de reingresos (UMCE 26% y MI 33%), ni en la tasa de inadecuación de estancias (UMCE 1 de 85 días; 0.01% y MI 8 de 182 días; 0.04%) con p < 0,05. Sin embargo, sí encontramos diferencias en la estancia media entre UMCE 3.74 días (IC 95%: 3.11-4.37) y MI 6.33 días (IC 95%: 5.20-7.46) con p < 0,001. Las causas de inadecuación de estancia fueron: a) En el grupo de ingresos en UMCE: 1 día por actitud médica conservadora. b) En el grupo de ingresos en MI: 5 días (62,5%) por retraso en la exploraciones complementarias; 2 días (25%) por actitud médica conservadora; y 1 (12,5%) por problemas sociofamiliares.

**Discusión.** Los resultados obtenidos parecen confirmar que la UMCE permite disminuir la estancia media con respecto a MI de algunos pacientes con procesos seleccionados que presentan similares características de gravedad y sin diferencias en la tasa de reingresos. Dicha tasa fue anormalmente alta, pero pensamos que es debido fundamentalmente a que la selección de pacientes se realizó sobre un grupo como es la EPOC, que ya presenta altas tasas de reingresos y que además era preciso que hubieran ingresado tanto en UMCE como en MI, por lo que se trataba de pacientes multiingresados. Creemos que la no existencia de diferencias en la inadecuación de estancias se encuentra en relación con el motivo de adecuación de aquellas en los últimos días del ingreso, y que se debió principalmente a tratamientos iv y/o a terapia ventilatoria, las cuales podrían en muchos casos pasar a vía oral para antibióticos y a una revaloración más estrecha de la necesidad de oxigenoterapia o terapia con nebulizaciones, así como su posibilidad de administración ambulatoria.

**Conclusiones.** 1) La organización de la UMCE permite disminuir la estancia media con respecto a MI de algunos pacientes con procesos seleccionados con similares características de gravedad y sin diferencias en la tasa de reingresos. 2) No hemos encontrado diferencias en cuanto a la inadecuación de estancias a pesar de la diferencia de estancia media. 3) Es probable que algunos criterios del protocolo AEP deban revisarse ante las nuevas posibilidades de tratamiento antibiótico oral y de terapia ventilatoria domiciliaria.

Tabla 1.

	Estancia media	pO <sub>2</sub>	SatO <sub>2</sub>	pCO <sub>2</sub>	pH	Edad
EUMCE	3,74	57	86,9	50,5	7,4	73,65
MI	6,33	52	90	48,75	7,4	70,30
Signific.						
estadística	p < 0,001	p < 0,20	p > 0,90	p > 0,35	p > 0,80	p < 0,15

**G-6  
LA INADECUACIÓN EN LA ASISTENCIA EN UN SERVICIO DE URGENCIAS HOSPITALARIO-I**

**A. Carpio Pérez<sup>1</sup>, M. Alonso Sardón<sup>2</sup>, V. Méndez Martín<sup>3</sup> y J. Mirón Canelo<sup>2</sup>**

<sup>1</sup>Medicina Interna III, <sup>3</sup>Urgencias. Universitario. Salamanca.  
<sup>2</sup>Medicina Preventiva, <sup>4</sup>Medicina preventiva. Universidad de Salamanca. Salamanca.

**Objetivos.** Nuestro objetivo ha sido analizar las características de nuestra población como paso previo a analizar los casos de utilización inadecuadas, las causas subyacentes y las posibles soluciones.

**Material y métodos.** Estudio descriptivo longitudinal retrospectivo (después del alta o ingreso) de una muestra representativa (1068) de historias clínicas recogidas en el SU del Hospital Universitario de Salamanca, año 2003.

**Resultados.** De las 1.068 historias clínicas revisadas, 48,2% ± 3 (515) corresponden a hombres y 51,8% ± 3 (553) a mujeres. La

edad media obtenida ha sido 48,21 años (D.T.: 22,56). El rango o intervalo se sitúa entre los 13 y los 99 años. Mas de la mitad de los pacientes, 569  $\pm$  3 (53,3%) proceden de la propia ciudad donde se encuentra el hospital. El 69,3%  $\pm$  3 de los pacientes que han acudido al SU tienen un PAC (Punto de Atención Continuada) en su misma localidad de residencia. Por lo tanto 550 (51,5%) pacientes pertenecen a zonas básicas de salud etiquetadas como urbanas, es decir las incluidas dentro de la ciudad de Salamanca, 445 (41,7%  $\pm$  3) son atendidas en ZBS consideradas rurales (incluido Béjar) y los 73 restantes son personas desplazadas de otras provincias (65, 6,1%  $\pm$  1), de otro país (6, 0,6%) o del centro penitenciario (2, 0,1%). El 72,2%  $\pm$  3 (771) de los pacientes acuden al SU por "motu proprio", mientras que un 20,6%  $\pm$  2 es derivado por sus médicos, bien su médico de cabecera habitual (11,1%  $\pm$  2-119 pacientes) o por el equipo de guardia del PAC de Atención primaria (9,5%  $\pm$  2-101pacientes). Los pacientes derivados por los equipos de emergencia suponen un 4,1%  $\pm$  1 (44 pacientes), y proceden de otros hospitales un 1,9%  $\pm$  1 (20 pacientes). El motivo principal del motu propio es por rapidez y comodidad, en 438 pacientes (55,1%  $\pm$  3). Los accidentes, de tráfico o laborales suponen un 5,4%  $\pm$  1 (43 pacientes). Por gravedad aparente acuden 127 pacientes (16%  $\pm$  2) y 59 pacientes (7,4%  $\pm$  2) son desplazados de otros lugares. En cuanto al motivo de consulta, el 75,5%  $\pm$  3 (806) se trata de un problema agudo y el 11,25%  $\pm$  2 (119) de la reagudización de un problema crónico. 106 (10,02%  $\pm$  2) pacientes acuden para seguimiento y 63 (5,96%  $\pm$  1) para conocer un diagnóstico. Los síntomas de consulta más frecuentes serían el dolor 29,96%  $\pm$  3 (320), seguido por orden de frecuencias por traumatismos y accidentes 24,5%  $\pm$  2 (250), oftalmológicos 6,27%  $\pm$  1 (67) y patología neurológica 6,10%  $\pm$  1 (63). El inicio de los síntomas se sitúa, en el 54,8%  $\pm$  3 (585) de los casos, horas antes. En 376 casos (35%) el problema comenzó días antes. En 44 casos 4% semanas antes, en 34 casos (3%) meses antes y 3 pacientes comentan que llevan años. En 26 (2%) casos no está recogido el dato. El 30,3%  $\pm$  3 (324) de la muestra no presenta antecedentes patológicos de interés.

**Discusión.** Los SUH han conseguido un gran nivel de aceptabilidad y prestigio entre la población general. Al haber sido dotados de un equipamiento técnico aceptable y de recursos humanos óptimos en la mayor parte de los casos han conseguido un alto grado de eficacia y calidad asistencial. Además resultan tremendamente accesibles por su gratuidad, ausencia de filtros previos obligatorios, ubicación en áreas urbanas y horario flexible. Por todo ello han logrado crear una imagen altamente positiva para los usuarios. A pesar de las intervenciones desarrolladas para mejorar la atención urgente, los problemas de sobreutilización se siguen manteniendo. Este masivo crecimiento en la frecuentación de los SUH ha sido también descrito en otros países.

**Conclusiones.** Destacar la falta de cumplimentación de las historias clínicas. El PAUH resulta sencillo y objetivo para valorar la adecuación/inadecuación de los ingresos en los SU. A nuestro parecer el PAUH infravalora la utilización inadecuada en nuestro hospital por las características específicas de un hospital docente

### G-7 LA INADECUACIÓN EN LA ASISTENCIA EN UN SERVICIO DE URGENCIAS HOSPITALARIO-II

A. Carpio Pérez<sup>1</sup>, M. Alonso Sardón<sup>2</sup>, V. Méndez Martín<sup>3</sup> y J. Mirón Canelo<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Medicina Interna III, <sup>2</sup>Urgencias. Universitario. Salamanca.

<sup>3</sup>Medician Preventiva. Universidad. Salamanca.

**Material y métodos.** Estudio descriptivo longitudinal retrospectivo (después del alta o ingreso) de una muestra representativa (1068) de historias clínicas recogidas en el SU del Hospital Universitario de Salamanca, año 2003.

**Resultados.** De las 1068 historias clínicas revisadas, 48,2%  $\pm$  3 (515) corresponden a hombres y 51,8%  $\pm$  3 (553) a mujeres. La edad media obtenida ha sido 48,21 años (D.T.: 22,56). El rango o intervalo se sitúa entre los 13 y los 99 años. Se han monitorizado cinco constantes vitales básicas como son la tensión arterial, la temperatura, frecuencia cardíaca, glucemia capilar y saturación de oxígeno. En 554 pacientes (51,9%  $\pm$  3) no se comprobó ninguna de estas constantes. De los 500 que si han sido monitorizados 383 (76,6%  $\pm$  3) no tenían ninguna alteración. La TA estaba alterada en

49 pacientes (9,8%  $\pm$  2), La frecuencia cardíaca en 16 (3,2%  $\pm$  1), la temperatura en 39 (7,8%  $\pm$  2), la saturación de oxígeno en 23 pacientes (4,6%  $\pm$  1) y la glucemia capilar en 10 (2%  $\pm$  1). No se realiza prueba diagnóstica alguna en el 29,4%  $\pm$  3 (314). Entre las realizadas no aparece ninguna dato patológico en el 56,9%  $\pm$  3 (608). En el 58,7%  $\pm$  3 (627) de los casos no se instaura tratamiento en el SU. Más de la mitad (59,3%  $\pm$  3) de las urgencias son atendidas por un MIR-I, bien solo 26,9%  $\pm$  3 (287), bien tutorizado por un superior 32,4%  $\pm$  3 (346), principalmente un especialista, sobre todo de Medicina Interna, seguido de Ginecología y Traumatología. El lugar de atención de dichas urgencias, preferentemente, los consultorios 53,6%  $\pm$  3 (573). El 79,7%  $\pm$  2 (851) de las urgencias son atendidas en el Hospital Clínico Universitario. El 17,6  $\pm$  2 (188) en el Hospital Virgen de la Vega y el 3,2%  $\pm$  1 (34) en el hospital de Béjar. El 41%  $\pm$  3 (438) de la urgencias son atendidas por la tarde, el 39,5%  $\pm$  3 (422) por la mañana y el 19%  $\pm$  2 (203) por la noche, siendo las franjas horarias más concurridas 8-12 h (20,7%  $\pm$  2), 15-18 h (19,8%  $\pm$  2), 12-15 h (16,4%  $\pm$  2) y 18-20 h (11,8%  $\pm$  2). Hay que tener en cuenta que el horario reflejado es el de llegada al hospital y no el de la atención real en el Servicio de Urgencias. En cuanto al día de la semana, las diferencias son mínimas; así los lunes se recibieron 156 pacientes (14,6%  $\pm$  2), martes 154 (14,4%  $\pm$  2), miércoles 139 (13,0%  $\pm$  2), jueves 151 (14,1%  $\pm$  2), viernes 148 (13,9%  $\pm$  2), sábado 129 (12,1%  $\pm$  2) y domingo 143 (13,4%  $\pm$  2). Los festivos, independientemente del día de la semana, fueron 47 (4,3%  $\pm$  1). Igualmente, las diferencias entre meses son pequeñas. Los más frecuentados son agosto con el 9,7%  $\pm$  2 (104), mayo con el 9,6%  $\pm$  2 (103), julio con 9,4%  $\pm$  2 (100). El 82,1%  $\pm$  2 (877) de los pacientes que acuden al SU son dados de alta, siendo en el 90%  $\pm$  2 (961) de los casos el diagnóstico principal al alta un diagnóstico CIE, sobre todo, traumatismos y envenenamientos. El 2,9%  $\pm$  1 (31) son etiquetados como "no presenta patología urgente". 14 pacientes (1,3%  $\pm$  1) no esperan a ser atendidos y en 11 (1%  $\pm$  1) no se establece un diagnóstico. La adecuación de la visita, según PAUH, resultó ser apropiada en el 70,8%  $\pm$  3 (756) de la muestra e inapropiada en el 27,9%  $\pm$  3 (298). Los 14 restantes no esperaron a ser atendidos (1,3%  $\pm$  1).

**Discusión.** Los SUH han conseguido un gran nivel de aceptabilidad y prestigio entre la población general. Al haber sido dotados de un equipamiento técnico aceptable y de recursos humanos óptimos en la mayor parte de los casos han conseguido un alto grado de eficacia y calidad asistencial. Además resultan tremendamente accesibles por su gratuidad, ausencia de filtros previos obligatorios, ubicación en áreas urbanas y horario flexible. Por todo ello han logrado crear una imagen altamente positiva para los usuarios. A pesar de las intervenciones desarrolladas para mejorar la atención urgente, los problemas de sobreutilización se siguen manteniendo.

**Conclusiones.** El PAUH resulta sencillo y objetivo para valorar la adecuación/inadecuación de los ingresos en los SU. A nuestro parecer el PAUH infravalora la utilización inadecuada en nuestro hospital por las características específicas de un hospital docente

### G-8 ASISTENCIA EN UNA CONSULTA DE DERIVACIÓN RÁPIDA DE MEDICINA INTERNA

A. Carpio Pérez<sup>1</sup>, A. Menor Odriozola<sup>2</sup> y M. Moreiro Barroso<sup>3</sup>

<sup>1</sup>Medicina Interna III, <sup>2</sup>Urgencias, <sup>3</sup>Medicina Interna. Universitario. Salamanca.

**Objetivos.** El actual paciente hospitalario en nuestra población se caracteriza, por una mayor pluripatología, cronicidad, necesidad de continuidad de tratamientos y, en definitiva, mayor demanda asistencial. Entre las alternativas a la hospitalización convencional destacan las unidades hospitalarias de atención domiciliaria, unidades de cuidados paliativos, centros de corta-estancia, o las consultas de alta resolución; es decir, acceso preferente a las pruebas diagnósticas y tratamientos, de modo que se evite la duplicidad de consultas, se ahorran molestias al paciente y se reducen costes y recursos sanitarios. Todas ellas se perfilan como fórmulas eficaces para optimizar la atención sanitaria en los pacientes hospitalarios. Nuestra idea sería iniciar una consulta de alta resolución en la que queda establecido un diagnóstico y su correspondiente tratamiento tras realizar las pruebas necesarias en una misma jornada y en un tiempo aceptado por el usuario tras recibir la información oportuna. Eso requiere protocoli-

zar los procesos e instalar un sistema informático potente, además de contar con la colaboración de otros especialistas para el acceso rápido a pruebas diagnósticas: eco, TAC, endoscopias, etc. Por estos motivos nos decidimos a proponer otro tipo de consultas rápidas a la espera de poder organizar en el futuro una consulta típica de alta resolución. a) Altas precoces de la planta: enfermos estables que pueden continuar el tratamiento en casa pero que necesitan revisión 2-3 días después del alta (neumonías en terapia secuencial, hemorragias digestivas leves, etc.). Pacientes estables esperando alguna prueba diagnóstica, que demora el alta, alargando innecesariamente el ingreso, con el compromiso de ser visto en la consulta el mismo día de la realización (endoscopias, TAC). b) Pacientes derivados del Servicio de Urgencias para intentar disminuir el número de ingresos: Pacientes que habitualmente se ingresan pero que podían ser alta a su domicilio con tratamiento y revisión en consulta en dos o tres días (insuficiencias cardíacas leves, hemorragias digestivas sin repercusión, EPOC reagudizado, neumonías sin criterios de ingreso). Seguimiento precoz de tratamientos iniciados en Urgencias: antiadibéticos orales, ajustes de insulina, anticoagulación, terapia corticoidea descendente, control de tratamiento antibiótico, postransfusional, etc.

**Material y métodos.** Estudio descriptivo longitudinal retrospectivo, de toda la muestra de pacientes atendidos en la consulta de derivación rápida de Medicina interna, desde marzo a diciembre de 2005 **Resultados.** Desde marzo hasta diciembre de 2005, han sido vistos 301 pacientes que han generado 330 revisiones. 167 pacientes (55,5%) son hombres y 134 (44,5%) mujeres. El rango de edad se establece desde los 13 a los 95. Las mayores frecuencias se encuentran en la década de los 70 años. Los pacientes que proceden de urgencias son 286 (95,0%), 6 (2%) son altas de la planta 3 (1%) son derivados de otras consultas y otros 6 (2%) son familiares del personal del hospital. La patología de derivación más frecuente desde urgencias incluye la fiebre con 33 pacientes (10,4%), anemia 31 pacientes (9,9%) y la patología digestiva 42 pacientes (13,2%). El destino de los pacientes es el alta en 139 casos (21,6%), 15 (2,4%) ingresan, 4 (1,3%) son derivados a consulta ordinaria de medicina interna y 11 (3,6%) a otras consultas. El resto 132 pacientes están aún siendo revisados en la consulta. El motivo del ingreso en 13 de los 15 pacientes (86,6%) fue la realización de pruebas complementarias en un tiempo razonable. En dos casos (13,3%) fue por empeoramiento del paciente.

**Conclusiones.** En espera de poder organizar una consulta de alta resolución típica, nuestra consulta se ha mostrado eficaz y útil, fundamentalmente en los pacientes derivados desde Urgencias, con un grado de satisfacción de los usuarios elevado. Hay cuestiones susceptibles de mejora que esperamos ir resolviendo en un tiempo prudencial.

## G-9

### PLAN DE APOYO PARA PACIENTES INGRESADOS POR FRACTURA DE CADERA

L. Broseta Viana, J. Moreno Salcedo, P. García Más, P. Fernández Jiménez, M. Rodríguez Martín, V. Martínez Díaz, A. Losa Palacios y F. Medrano González

Servicio de Medicina Interna. Hospital Universitario. Albacete.

**Objetivos.** Describir un plan diseñado por nuestro Servicio de Medicina Interna para la atención a pacientes ingresados en Traumatología por fractura de cadera y comunicar los resultados principales después de cinco meses de funcionamiento.

**Material y métodos.** Estudio de cohortes con 131 pacientes ingresados consecutivamente por fractura de cadera desde enero a mayo de 2006, valorados el primer día de su ingreso por un médico adjunto de Medicina Interna que compagina esta actividad con la atención a las interconsultas solicitadas a nuestro Servicio. También está adscrito a esta labor un residente de Medicina Interna y entre ambos atienden a buscapersonas para llamadas relacionadas con las interconsultas y con Urgencias. Se recogen datos epidemiológicos, clínicos, enfermedad de base y su gravedad, índice de comorbilidad de Charlson y pluripatología, anticoagulación y antiagregación, diagnóstico y tratamiento previo y posterior para osteoporosis, estado funcional con escala de Barthel y cognitivo con la prueba de Pfeiffer, riesgo quirúrgico, complicaciones, transfusión, exploraciones complementarias solicitadas, mortalidad intrahospitalaria y a los 31 días

después del alta, duración de la estancia total y prequirúrgica y reingresos precoces.

**Resultados.** Edad media 81 años, 69% mujeres y 11,5% institucionalizados. Enfermedades de base más frecuentes: hipertensión arterial (66%), diabetes mellitus (30%), enfermedad cerebrovascular (30%), demencia (24%), fibrilación auricular (21%), dislipemia (20%), EPOC (20%), insuficiencia cardíaca (11%) y cardiopatía isquémica (11%). Anticoagulación 11% y antiagregación 24%. Diagnóstico previo de osteoporosis 21% y tratamiento previo para la misma 7%. Enfermedad de base moderada o grave 49%, pluripatología 30% e índice de Charlson 1 (0-10) y ajustado con la edad 5 (1-14). Escala de Barthel basal 85 (20-100), al ingreso 25 (0-60) y al alta 35 (10-70). Prueba de Pfeiffer al ingreso 3 (0-10). Riesgo quirúrgico: riesgo cardíaco de Goldman I (57%), II (29%) y III (7%); ASA I (2%), II (37%), III (53%) y IV (4%); otros riesgos quirúrgicos 23%. Complicaciones más frecuentes: delirium 14%, infección nosocomial 9%, insuficiencia renal 8%, insuficiencia cardíaca 8%, insuficiencia respiratoria 4% e hiponatremia 4%. Transfusión 32%. Pruebas complementarias solicitadas 1%. Tratamiento para osteoporosis al alta prescrito por Traumatología y Medicina Interna 3 y 9%, respectivamente. Mortalidad intrahospitalaria 7,6% y a los 31 días después del alta 12,9%. Reingresos 7%. Duración total de la estancia 10 días (2-65) y prequirúrgica 6 días (0-18).

**Discusión.** Presentamos un modelo intermedio entre las actuaciones basadas exclusivamente en la interconsulta y aquellas en las que se asigna un internista al servicio quirúrgico. Este modelo se basa en la asistencia, de forma programada, a los pacientes que ingresan por fractura de cadera, por un médico adjunto que compagina esta actividad con la de interconsultor. Nuestra cohorte de pacientes es similar a otras publicadas, con una edad media muy elevada y una mortalidad intrahospitalaria y a los 31 días después del alta considerables, pero la comorbilidad y la situación funcional basal no están tan deterioradas como cabría esperar por la edad de los pacientes. La frecuencia de diagnóstico y tratamiento previo de osteoporosis es muy bajo, pero todavía es más llamativo que sólo el 3% de los pacientes se hayan dado de alta de Traumatología con tratamiento para la misma, aunque esa cifra ha mejorado hasta el 12% con nuestra intervención. La estancia prequirúrgica es más prolongada de lo deseable.

**Conclusiones.** El modelo propuesto es posible de realizar y puede ser útil para los pacientes, para el Hospital y también para Traumatología y nuestro Servicio. Los datos recogidos, analizados periódicamente, permitirán intentar mejorar los parámetros de calidad en la asistencia a estos pacientes, como aumentar el número de pacientes que se van de alta con tratamiento para la osteoporosis, diseñar estrategias para disminuir la estancia prequirúrgica o determinar factores pronósticos de mortalidad.

## G-10

### ADECUACIÓN DE INGRESOS EN UNA UNIDAD DE HOSPITALIZACIÓN MÉDICA

J. Castiella Herrero<sup>1</sup>, L. Sánchez Muñoz<sup>1</sup>, F. Sanjuán Portugal<sup>1</sup>, J. Naya Manchado<sup>1</sup> y V. Musitu Pérez<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Medicina Interna, <sup>2</sup>Coordinación Enfermería. Fundación Hospital Calahorra. Calahorra, La Rioja.

**Objetivos.** A pesar de sus limitaciones y antigüedad, el *Appropriateness Evaluation Protocol* (AEP) (Gertman PM and Restuccia JD, *Med Care* 1981; 19: 855-871), es un instrumento útil para detectar la adecuación en el uso de una cama hospitalaria de agudos. En un modelo de gestión por procesos, como el adoptado por nuestra unidad, este protocolo es un indicador del proceso de Hospitalización Médica de la Fundación Hospital Calahorra. **Objetivo.** Conocer la adecuación de los ingresos, con independencia de su origen, en el proceso de Hospitalización Médica

**Material y métodos.** Estudio prospectivo sobre 315 pacientes que de forma consecutiva ingresaron en Hospitalización Médica en época invernal. La decisión de ingreso se toma por el facultativo especialista de la unidad. El Hospital no dispone de UCI. A todos ellos se les aplicó el protocolo AEP, por un único "observador", durante las primeras 24-72 h del ingreso. Ningún otro miembro de la unidad era conocedor de que el estudio se estaba realizando. Se considera un ingreso adecuado cuando el paciente cumple uno o

más de los criterios que en el protocolo se recogen. Se considera inadecuado, cuando el paciente no cumple ninguno.

**Resultados.** 315 pacientes con una edad media de 74,3 años; el 61,9% eran hombres; El 93% provenían de Urgencias. De todos ellos, en 28 casos (8,9%) no había ningún criterio de adecuación. Los ingresos inadecuados eran más jóvenes (69,6 vs 74,8 años;  $p < 0,05$ ), y con más frecuencia no procedían de urgencias (21,4% vs 4,2%;  $p < 0,05$ ). No hubo diferencias de género, ni por día de la semana. Los motivos más frecuente de inadecuación fueron el "ingreso para estudio", (9 casos, 32,1%), seguido los "no ajustados a vía clínica" (6 casos, 21,4%) y los casos de enfermedad tumoral terminal para cuidados paliativos (4 casos, 14,3%). El motivo más frecuente de adecuación de ingreso fue la necesidad de administrar un tratamiento parenteral (intravenoso, excluido hemotrasfusión): el 80,3%, seguido de la necesidad de aporte de oxigenoterapia (48,4%). El número promedio de criterios fue del 3,6 por paciente.

**Conclusiones.** El proceso de Hospitalización Médica tiene una tasa de inadecuación de ingresos del 8,9%. Esta cifra es menor entre los pacientes ancianos y los provenientes de Urgencias (4,2%). Las causas de inadecuación son muy variadas, pero destaca el "ingreso para estudio", la no observancia de las vías clínicas y el ingreso para cuidados de soporte o paliativo. La principal causa de adecuación es la necesidad de administrar tratamientos por vía parenteral

### G-11

#### EPOC AGUDIZADO. PERFIL DEL PACIENTE REINGRESADOR

J. Rubio<sup>1</sup>, L. Pascual<sup>2</sup>, C. Martínez<sup>1</sup> y D. Escribano<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Medicina Interna, <sup>2</sup>Medicina Familia, <sup>3</sup>Documentación. Hospital de Jove. Gijón, Asturias.

**Objetivos.** Conocer si algunas variables que pudieran conformar un determinado perfil del paciente con agudizaciones repetidas de EPOC justificaba mayor número de ingresos.

**Material y métodos.** 287 pacientes ingresaron con el diagnóstico de agudización o exacerbación de EPOC durante los años 2003 y 2004 en el servicio de medicina interna del hospital de Jove, de ellos 79 (27,66%) fueron "reingresadores". Estudiamos pormenorizadamente 210 informes de alta obtenidos de las historias clínicas correspondientes al total de los episodios de ingreso de los 79 pacientes. Las variables analizadas fueron: sexo, edad, VEMS y clasificación GOLD, necesidad o no de oxígeno domiciliario, tabaquismo activo, comorbilidad, farmacoterapia distinta a la precisa para su enfermedad de base, infección documentada al ingreso y perfil sociosanitario relacionado con posibles condiciones desfavorables de índole socioeconómica, minusvalía psicofísica etc. esta última variable al no encontrarla en la historia clínica se pudo estimar mediante encuesta telefónica. Los datos obtenidos se analizaron en una base de Excel con aplicación estadística SPSS 12.0.

**Resultados.** De los 79 pacientes con EPOC agudizada que reingresaron 95% fueron varones, con una edad media de 76.25 años, el VEMS medio fue del 41,3%, GOLD III 40% y IV 34%, reingresaron más de cuatro veces durante el tiempo del estudio 56%, estaban con oxígeno domiciliario 47%, eran fumadores activos el 27%, presentaban comorbilidad 90%, recibían más de un grupo de fármacos el 86%, se constató infección respiratoria durante el ingreso en el 50% y presentaban un nivel sociosanitario deficiente el 31%.

**Discusión.** Es conocido que repetidos reingresos en pacientes con EPOC, aumenta la mortalidad, parece obvio que a mayor gravedad peores condiciones globales de salud y mayores requerimientos de dispositivos sociosanitarios. Es pues preciso conocer en el contexto de la evolución propia de la enfermedad si pudieran existir factores facilitadores o mitigadores y si el fenómeno frecuente y reiterado de las agudizaciones pudiera controlarse desde el ámbito de la atención primaria no solo con fines estrictamente economicistas si no a fin de evitar empeorar su pronóstico.

**Conclusiones.** Pese a ser llamativo el grado severo de obstrucción de las vías aéreas, la importante tasa de fumadores activos, incluso el elevado porcentaje de pacientes que precisan oxígeno domiciliario así como la elevada comorbilidad o el uso de fármacos, entre los pacientes analizados, no encontramos ningún grado de significación estadística respecto al resto del colectivo con EPOC agudizada, quienes no precisaban reingresos.

### G-12

#### IMPLICACIÓN PRONÓSTICA DE LOS REINGRESOS EN LOS SERVICIOS DE MEDICINA INTERNA

R. Barba<sup>1</sup>, O. Mateo<sup>2</sup>, J. Losa<sup>1</sup>, J. Canora<sup>2</sup>, A. Vegas<sup>1</sup>, J. San Martín<sup>2</sup>, S. Nistal<sup>1</sup> y A. Zapatero<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Medicina Interna. Fundación Hospital Alcorcón. Alcorcón, Madrid. <sup>2</sup>Medicina Interna. Hospital de Fuenlabrada. Fuenlabrada, Madrid.

**Objetivos.** No se conocen bien los porcentajes de reingreso en los Servicios de Medicina en función de las diferentes patologías que atienden y si el hecho de reingresar es un factor mal pronóstico. Establecer el riesgo de fallecer de los pacientes que reingresan en los Servicios de Medicina Interna.

**Material y métodos.** Se analizaron los pacientes ingresados en los Servicios de Medicina Interna de los hospitales de Alcorcón (FHA) y Fuenlabrada (HF) durante el año 2005. Los datos se obtuvieron de las bases CMBD de los respectivos centros. Se comparó la mortalidad en el ingreso de los pacientes que ingresaban una sola vez, con la mortalidad de los pacientes que reingresaban. Se valoró el riesgo de fallecer en los reingresadores en función de diferentes categorías diagnósticas. Se hizo un modelo de regresión logística con el fin de establecer si el reingreso era un factor de riesgo independiente de mortalidad global y en las categorías diagnósticas más frecuentes.

**Resultados.** Se analizaron 5.080 (2.498 en FHA y 2.582 en HF) pacientes que generaron 6476 episodios (3.192 y 3.284 en cada centro). La edad media global fue de 69.1 años (SD 19.7), la estancia media de 8.2 (SD 8.3) días y la mortalidad del 11,6%. El 17,4% de los pacientes tuvieron más de un ingreso (17,7% en la FHA y 16,2% en HF). La mortalidad en función de si reingresaron o no fue 17,3% versus 8,2% (OR 2.4 IC95% 1.9-2.8). El reingreso se relacionó independientemente con la mortalidad una vez corregido por otros factores como la edad, el sexo, el peso del GRD, y el hospital de origen (OR 1.7 IC 95% 1.4-2.1). Cuando se consideró el número de reingresos se comprobó que por cada vez que reingresan el paciente tenía un 10% más de posibilidades de fallecer (OR 1.1 IC95% 1.03-1.24). Los pacientes con patología respiratoria como principal causa de ingreso (GRDs 540-542, 88,89,96) que reingresaron tenían un riesgo de fallecer 2.1 (IC95% 1.4-3.05) veces superior que los que no reingresaban. La mortalidad en los pacientes con insuficiencia cardíaca (GRDs 127, 544) fue 1.9 (IC 95% 1.2-3.2) veces superior. El riesgo de fallecer en los reingresos con pancreatitis (GRD 204) fue 4.2 veces mayor (IC 95% 1.4-12.2), y en los pacientes con enfermedad cerebrovascular aguda (GRD 14-17) 4.1 (IC 95% 1.4-12.1).

**Discusión.** Los pacientes que reingresan tienen más posibilidades de fallecer que los que no lo hacen. Esto ocurre en el global de pacientes atendidos en Medicina Interna y específicamente en las patologías más habituales, como son la patología respiratoria, la insuficiencia cardíaca, la enfermedad cerebrovascular o la pancreatitis.

### G-13

#### LA DIFERENCIA ESTÁ EN LAS RESIDENCIAS

C. Aranda<sup>1</sup>, R. Barba<sup>1</sup>, J. Losa<sup>1</sup>, J. San Martín<sup>2</sup>, J. Canora<sup>2</sup>, J. Ruiz<sup>2</sup>, V. Castilla<sup>1</sup> y A. Zapatero<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Medicina Interna. Fundación Hospital Alcorcón. Alcorcón, Madrid. <sup>2</sup>Medicina Interna. Hospital Fuenlabrada. Fuenlabrada, Madrid.

**Objetivos.** Algunos centros hospitalarios que tienen área rural atienden a un gran número de pacientes procedentes de Residencias de Ancianos, cuya edad media, gravedad y comorbilidad difieren de la de la población normal. Esto puede condicionar en parte algunos de los parámetros que se usan para medir la "calidad asistencial" como la mortalidad o el peso del GRD. Comparar las características clínicas y demográficas de los pacientes que ingresan en dos servicios de Medicina Interna con el fin de determinar si la existencia de Residencias de Ancianos en el área condiciona diferencias en el tipo de pacientes atendidos.

**Material y métodos.** Se compararon los datos demográficos, clínicos, mortalidad y criterios de gravedad de los ingresados en los servicios de Medicina Interna de Fuenlabrada y la Fundación Hospital Alcorcón (FHA) durante el año 2005. Los datos se obtuvieron del CMBD (Conjunto Mínimo Básico de Datos) de ambos centros. Para

cada paciente se identificó un GRD (Grupo Relacionado de Diagnóstico) del diagnóstico al alta, y hasta 13 códigos CIE-9 con los diagnósticos principales y secundarios. Se compararon las características clínicas (diagnósticos, presencia de comorbilidad- medido como índice de Charlson-, gravedad del proceso -peso del GRD-) demográficas (edad, sexo, lugar de residencia) y la mortalidad de los pacientes ingresados en ambos centros. Se hizo un análisis de regresión logística con el fin de determinar que variables se asociaban de forma independiente a un mayor riesgo de fallecer.

**Resultados.** Durante el período de estudio ingresaron 5.080 pacientes (2.498 en FHA y 2.582 en Fuenlabrada), que generaron 6.476 episodios (3.192 y 3.284 respectivamente). El número de Residencias registradas en el área de Fuenlabrada fue al menos de 3 mientras que en Alcorcón es al menos 35. La edad media de los pacientes ingresados en Alcorcón fue de 75.4 (SD 16.7) frente a 66.2 (SD 20.0) en Fuenlabrada ( $p < 0,001$ ). La mediana fue de 80.1 y 73.1 respectivamente. Un 13,5% de los pacientes de la FHA tenían más de 90 años, frente a un 3,4% de los de Fuenlabrada. No hubo diferencias en el porcentaje de mujeres ingresadas. Un 12,5% de los pacientes de la FHA constan como pacientes que viven en Residencia, frente a un 2,8% de los de Fuenlabrada. El peso medio del GRD y que el índice de Charlson fueron superiores en los pacientes ingresados en la FHA (2.1 versus 1.9; y 1.4 versus 1.1;  $p < 0,001$  en ambas comparaciones). Los pacientes de la FHA tenían con más frecuencia demencia (9,9% versus 4,4%), insuficiencia renal crónica (4,1% versus 2,1%), diabetes (27,9% versus 23,1%) o neoplasia (8,3% versus 6,0%). Los pacientes de Fuenlabrada tienen más antecedentes de enolismo (7,1% versus 4,4%) y tabaquismo (17,7% versus 10,7%). La estancia media fue similar en ambos centros (8.6 días en la FHA y 8.3 en Fuenlabrada). La mortalidad fue de un 9,9% en la FHA frente a un 5,5% en Fuenlabrada. Vivir en una residencia (1.4 IC 95% 1.1-1.8), la gravedad de la enfermedad (1.4 IC95% 1.3-1.5), la comorbilidad (1.2 IC95% 1.1-1.3) y la edad (1.06 IC95% 1.05-1.07) del paciente fueron factores de riesgo independientes de mortalidad, mientras que el hospital en el que ingresaron no lo fue.

**Discusión.** El número de Residencias que atiende un hospital condiciona en gran parte la casuística de un Servicio de Medicina Interna, haciendo que los pacientes sean mayores, con más gravedad y comorbilidad y con mayor tasa de mortalidad. La ausencia de diferencias en la estancia media en los dos centros, a pesar de las diferencias en la edad, gravedad y comorbilidad de los pacientes, puede explicarse en parte por la posibilidad de completar en la Residencia algunos de los cuidados iniciados en el Hospital. A la hora de planificar la actividad de un centro y de evaluar indicadores de calidad es muy importante tener en cuenta aspectos de este tipo (el número de Residencias que hay en el área) ya que son determinantes en la actividad realizada y los resultados finales.

#### G-14

### ANÁLISIS ASISTENCIAL DE LOS INGRESOS DE CORTA DURACIÓN ATENDIDOS POR UN INTERNISTA ENTRE 1992 Y 2005

**J. Menéndez Caro, R. Gómez De La Torre, M. Tuya Morán, C. Quintana López, D. Pérez Martínez, J. Ferreiro Celeiro y J. Fernández Díaz**

Medicina Interna. Hospital San Agustín. Avilés, Asturias.

**Objetivos.** Conocer las características asistenciales de los ingresos de corta duración atendidos personalmente por un internista.

**Material y métodos.** Estudio descriptivo prospectivo de todos los ingresos atendidos por un internista entre los años 1992 y 2005. Se define como ingreso de corta duración (ICD) a la actividad asistencial llevada a cabo durante 2 o menos días en un paciente ingresado, con independencia de que antes o después de la misma la responsabilidad asistencial haya recaído en otra unidad. Se comparan éstos con el total de ingresos.

**Resultados.** En estos 14 años el internista analizado ha atendido 5.309 ingresos, de ellos 384 (7,23%) han sido de corta duración (1 día 190 ingresos y 2 días 194). El porcentaje de ICD ha oscilado en los diferentes años entre 10,38% y 4,33% y han supuesto únicamente el 1,09% de las estancias totales. Los datos asistenciales del total de ingresos son: Edad media 70,1 años, ingreso desde urgencias 93,2% traslado a otra unidad 5,5%, mortalidad 8,3%, revisión en consultas externas tras el alta (excluyendo éxitos) 26,5% y, alta a

hospital de media-larga estancia 11,2%. Dentro de los ICD se distinguen claramente 5 tipos muy diferentes de pacientes: A) Ingresos programados desde consulta: 57 ingresos, 10 pacientes diferentes, (14,8% de los ICD) fueron motivados por: administración de inmunoglobulinas iv (47 ingresos en un único paciente), transfusión (4 ingresos) y realización de una prueba diagnóstica cuarenta (6 ingresos). Tras la creación del hospital de día en 1997, no se ha producido ningún ingreso más de este tipo. B) Altas voluntarias: 9 ingresos (2,4% de los ICD) supusieron el 50% todas las altas voluntarias de la serie total de ingresos. 4 pacientes eran toxicómanos y 4 alcohólicos. C) Traslado a otra Unidad: 74 Ingresos (19,2% de los ICD) en general corresponde con diagnóstico inicial mal enfocado e ingresados erróneamente en nuestra unidad (24,8% de todos los traslados del total de ingresos) Edad media 65,8 años. Los traslados fueron remitidos a: Otro servicio médico 36,5%, UVI 21,6% (44,7% de los traslados a UVI del total de la serie), Cirugía (abdomen agudo quirúrgico) 18,9%, Hematología (6 leucemias agudas) 8,1%, Psiquiatría 8,1% y Otro Hospital 6,8%. D) Éxitos: 93 ingresos (24,3% de los ICD) suponen el 20,9% de los éxitos del total de la serie. Edad media 80,3 años. Causas: cardiopatía 29%, neumopatía incluido neumonía 21,5%, sepsis 20%, neoplasia terminal 12,9%, resto 16,6%. Veintiún 21 pacientes tenían un deterioro neurológico severo. E) "Normales": 151 ingresos (39,3% de los ICD). Edad media 62,8 años. Origen: urgencias 90%, consulta 0,7%, otra sección o servicio 9,3%. Alta a hospital de media-larga estancia 9,3%, alta a hospitalización a domicilio 2%. Revisión consultas externas 17,2%. Patología más común: infecciosa 21,8%, neumológica 19,2%, cardiológica 15,3%, toxico-accidental 7,3%, reumatológica 6,6%, digestiva 5,3%, resto < 5%. Este grupo es en el que los datos asistenciales son más parecidos a la serie del total de ingresos.

**Conclusiones.** Los ingresos de corta duración suponen un tipo especial de ingresos que definen 5 realidades asistenciales muy diferentes como son: 1) los ingresos programados para llevar a cabo una actividad terapéutica o diagnóstica concreta (la generalización de los hospitales de día ha hecho desaparecer esta modalidad de ingreso. 2) las altas voluntarias por lo general en pacientes tóxicodependientes 3) los ingresos inicialmente mal enfocados que son trasladados rápidamente a unidades asistenciales más apropiadas a su patología 4) los éxitos precoces y 5) los pacientes "normales" cuya patología hubiera permitido un manejo en una unidad de corta estancia médica de la que nuestro hospital carece en el momento actual.

#### G-15

### ¿QUÉ PACIENTES DE MEDICINA INTERNA REINGRESAN MÁS?

**S. Nistal<sup>1</sup>, R. Barba<sup>1</sup>, J. Losa<sup>1</sup>, N. Cabello<sup>2</sup>, A. Barrios<sup>2</sup>, J. Hinojosa<sup>2</sup>, V. Castilla<sup>1</sup> y A. Zapatero<sup>2</sup>**

<sup>1</sup>Medicina Interna. Fundación Hospital Alcorcón. Alcorcón, Madrid. <sup>2</sup>Medicina Interna. Fuenlabrada. Fuenlabrada, Madrid.

**Objetivos.** Determinar que características clínicas o demográficas se asocian a mayor riesgo de reingreso en los pacientes atendidos en los Servicios de Medicina Interna.

**Material y métodos.** Se analizaron los pacientes ingresados en los Servicios de Medicina Interna de los hospitales de Alcorcón (FHA) y Fuenlabrada (HF) durante el año 2005. Los datos se obtuvieron de las bases CMBD (Conjunto Mínimo Básico de Datos) de los respectivos centros. Se incluyeron en el estudio los pacientes que no fallecieron en el primer ingreso y se dividieron en dos grupos: los que no reingresaban y los que reingresaban. Se valoraron las variables que se asociaban al riesgo de reingreso en un análisis univariado. Posteriormente se realizó un análisis multivariado con el fin de calcular el riesgo de reingresar en función de los factores de riesgo y características clínicas de los pacientes.

**Resultados.** Se incluyeron en el estudio 4.734 pacientes ingresados en los dos centros (2.273 en la FHA y 2.461 en Fuenlabrada) que hubieran sobrevivido a un primer ingreso. Un 17,3% de los pacientes reingresaron. La edad (76.1 versus 66.2), vivir en una residencia (10,4% vs 5,5%), tener anemia (19,2% vs 14,2%), diabetes (28,3% vs 22,3%), demencia (9,4% vs 4,5%), insuficiencia cardiaca (23,6% vs 10,8%) o bronquitis crónica (20,3 vs 13,9%), el índice de Charlson (número de comorbilidades) (1.4 vs 1.0) o el peso del GRD (gravedad del cuadro) (2.1 vs 1.7) o haber ingresado en la FHA (20,3% vs 17,3%) se asociaron a un mayor riesgo de reingreso en

elanálisis univariado, mientras que el tabaquismo (9,3% vs 18,5%), el enolismo (4,5% vs 7,5%) y la estancia media (9.5 vs 7.7) aparecían como factores protectores. En el análisis multivariado se establecieron las siguientes asociaciones independientes: una edad superior a 65 años (OR 2.3 IC95%1.9-2.8), el EPOC (OR 1.5 IC95%1.2-1.8), la insuficiencia cardíaca (OR 1.9 IC95%1.6-2.3), vivir en una residencia (OR 1.4 IC95%1.1-1.8), tener escaras (OR 1.8 IC95%1.2-2.6) o que el primer ingreso a la estancia media hubiera sido superior a la mediana (OR 1.5 IC95%1.2-1.7).

**Discusión.** Las características clínicas y la edad de los pacientes son los principales determinantes del reingreso. Los pacientes ancianos y con múltiples patologías son los que más posibilidades tienen de volver a ingresar, por ello los pacientes que ingresan en la FHA, que tienen una edad media superior, más comorbilidad y están con más frecuencia ingresados en una residencia de ancianos, tienen más riesgo de reingreso que los pacientes ingresados en Fuenlabrada, aunque el centro hospitalario no es un factor de riesgo independiente de reingreso. Una estancia media larga no protege de posteriores reingresos.

**G-16**  
**¿QUÉ INGRESA EN VERANO EN UN SERVICIO DE MEDICINA INTERNA?**

**C. Tejero<sup>1</sup>, R. Barba<sup>1</sup>, J. Belinchón<sup>2</sup>, J. Losa<sup>1</sup>, B. Frutos<sup>2</sup>, C. Guijarro<sup>1</sup>, A. Farfán<sup>2</sup> y A. Zapatero<sup>2</sup>**

<sup>1</sup>Medicina Interna. Fundación Hospital Alcorcón. Alcorcón, Madrid. <sup>2</sup>Medicina Interna. Hospital de Fuenlabrada. Fuenlabrada, Madrid.

**Objetivos.** Que la patología respiratoria es la protagonista de los ingresos de los meses de invierno es algo bien conocido por todos. Sin embargo no está tan claro qué patología es la más prevalente en un servicio de Medicina Interna en los meses calurosos. Describir la patología que se ve en verano en un servicio de Medicina Interna en comparación con los meses más fríos, y las características de los pacientes ingresados en época estival.

**Material y métodos.** Se analizaron los pacientes ingresados en los Servicios de Medicina Interna de los hospitales de Alcorcón y Fuenlabrada durante el año 2005. Los datos se obtuvieron de las bases CMBD de los respectivos centros. Se utilizaron las definiciones de estación clásicas (verano del 21 de junio al 21 de septiembre). Se hizo un análisis descriptivo de los motivos de ingreso por estación del año, y de las características de dichos ingresos (estancia media, mortalidad, gravedad del ingreso valorada con el peso del GRD).

**Resultados.** Se analizaron 6476 episodios (3192 y 3284 Alcorcón y Fuenlabrada respectivamente), que se distribuyeron de la siguiente forma: 32% de los ingresos en invierno, 25,1% en primavera, 23,9% en otoño y 19% en verano. La edad media de los pacientes ingresados en verano fue 4 años menor que la de los que lo hicieron en invierno (68.5 versus 72.4; p < 0,001), y la estancia media mayor (9.3 versus 7.8; p < 0,001). Sin embargo el peso medio del GRD fue similar en todas las estaciones estudiadas, así como la tasa de mortalidad. Un 42% de los pacientes ingresados en invierno tenían un trastorno respiratorio, un 32% de los que lo hicieron en primavera y un 31% de los que ingresaron en otoño, mientras que sólo un 18% de los que ingresaron en verano. La insuficiencia cardíaca también fue menos frecuente en verano (11,5% de los ingresos, frente a un 17,8% de los ingresos de invierno y primavera y un 13,7% de los ingresos de otoño). En verano ingresan proporcionalmente más infecciones urinarias, accidentes cerebrovasculares, gastroenteritis, pancreatitis o enfermedad tromboembólica que en las otras estaciones. Son necesarios 19 GRD distintos para agrupar al 50% de los diagnósticos en la temporada estival, mientras que 2 únicos GRD explican la mitad de los ingresos en las otras estaciones.

**Discusión.** Los pacientes que ingresan en verano son más jóvenes, sin embargo su estancia media es más larga que la de los pacientes que ingresan en otras estaciones. En cuanto a la gravedad y la mortalidad no existen diferencias con los que ingresan en invierno. La diversidad de patologías que se tratan en los meses de verano es mucho mayor que en otras épocas, donde dos patologías (EPOC e insuficiencia cardíaca) copan más de la mitad de los diagnósticos.

**G-17**  
**RESULTADOS. DE UNA INTERVENCIÓN MULTIDISCIPLINAR PERSONALIZADA EN LA ATENCIÓN DE PACIENTES FRÁGILES**

**C. Escrich Montfort, E. Chamarro Martí, E. Rodado Alabau, L. Castro Vélez, N. Sanz Arevalillo y D. Bofill Montoro**

Medicina Interna. Hospital de Tortosa Verge de la Cinta. Tortosa, Tarragona.

**Objetivos.** Valorar si equipos multidisciplinares que realicen intervenciones personalizadas dirigidas específicamente a pacientes de edad avanzada, pluripatológicos, polimedificados o con escaso cumplimiento, con capacidad cognitiva interga o con pequeños déficits que les permitan el autocuidado, ahorran días de ingreso en comparación con la atención de dichos pacientes con los recursos tradicionales. **Material y métodos.** Se ha seleccionado un grupo de 164 pacientes que acudieron al hospital durante el invierno 2004-05 por criterios de fragilidad y multifrecuentación. Todos ellos fueron atendidos con los recursos clásicos de hospitalización convencional. Durante el mismo lapso de tiempo del año 2005-06, se atendió un grupo de 151 pacientes, 47 nuevos y 104 procedentes de la temporada anterior que reunían las características de fragilidad y multifrecuentación requeridos. A este grupo se les practicó una visita inicial de optimización del tratamiento y posteriormente fueron atendidos en consulta de atención inmediata o en consulta programada a demanda del paciente. Cuando era necesario ingresaban en su domicilio y si surgían problemas lo hacían en hospitalización convencional. Nuestra unidad está compuesta por un médico especialista en medicina interna i tres diplomados en enfermería. Dispone de dos consultas i un vehículo para desplazamientos. Los pacientes atendidos viven mayoritariamente en medio rural y con escasas posibilidades de transporte público.

**Resultados.** Durante el período invernal el grupo de 160 pacientes que fueron tratados de forma convencional ocasionaron 208 ingresos, mientras que los que fueron gestionados con el nuevo recurso ocasionaron 145 ingresos o sea 63 episodios menos de ingreso. Al ser la estancia media de nuestro servicio de 8,5 días se ahorraron un total de 563 estancias. Al funcionar el recurso durante 120 días resulta que se liberaron 4.45 camas hospitalarias día en nuestro hospital de 250 camas.

**Discusión.** Las enfermedades crónicas, la pluripatología, a polifarmacia i la fragilidad son elementos que condicionan y cuestionan la práctica asistencial clásica. Existen dos elementos clave en la atención a dichos pacientes. El trabajo en equipo con mentalidad integradora multidisciplinar y multiestamental y la instauración de programas personalizados alternativos o complementarios a la hospitalización convencional que con calidad y eficacia garantizan la continuidad asistencial y el correcto uso de los recursos, en una sociedad demandante y cada vez más envejecida.

**Conclusiones.** La gestión de pacientes pluripatológicos i frágiles, realizada por un internista, con un plan personalizado de prevención del ingreso y soporte al alta, que incluye hospitalización convencional en medicina interna, hospitalización domiciliaria, consulta de atención inmediata y programada a petición del paciente, consigue un importante ahorro de ingresos en hospitalización convencional y un ahorro de estancias hospitalarias, liberando un promedio de 4.46 camas día para un hospital, como el nuestro, de 250 camas.

Tabla 1. Ahorro de recursos (G-17).

Ingresos 04-05	Ingresos 05-06	Diferencia ingresos	E.M media días	Total estancias	Días funcionam.	Camas/día liberadas
208	145	- 63	8.5	536	120	4,46

**G-18**

**IMPACTO DE LA APERTURA DE UNA UNIDAD DE CUIDADOS CONTINUADOS EN UN SERVICIO DE MEDICINA INTERNA**

**N. Bernardino Vieira, J. Rodríguez-Vera, M. Grade y C. Santos**

*Medicina Interna - Sector 1. Centro Hospitalar do Barlavento Algarvio. Portimão, Algarve, Portugal.*

**Objetivos.** Evaluar el impacto de la apertura de una Unidad de Cuidados Continuados (UCC) en nuestro servicio de Medicina Interna en términos de adecuación de ingresos medida por el *Appropriateness Evaluation Protocol* (AEP), estancia media y mortalidad.

**Material y métodos.** Para evaluar el impacto de la apertura de la UCC estudiamos las historias clínicas de los pacientes ingresados en tres camas (números 22, 23 y 24) del sector I de Medicina Interna (dotación total de 24 camas) durante 2004 y los ingresados en seis (1, 2, 3, 22, 23, 24) durante 2005. Se excluyeron del estudio los pacientes trasladados desde otras camas del servicio por motivos administrativos o clínicos. Se consideró como intervención la apertura de la UCC en enero de 2005. Se analizaron parámetros demográficos (edad y género), clínicos (multingreso, comorbilidad medida por el Índice de Charlson, y mortalidad), de gestión (estancia media) y adecuación del ingreso según los criterios del AEP, así como las causas de inadecuación.

**Resultados.** Cumplieron los criterios de inclusión 72 pacientes en 2004 y 243 en 2005. Según los criterios del AEP, 20,8% de los ingresos resultó inadecuado en 2004, mientras que en 2005 sólo el 12,3% de los ingresos no cumplió ningún criterio de adecuación. Esta diferencia supuso una disminución de la tasa de inadecuación de 40,9%. Las causas de adecuación fueron superponibles en los dos grupos. En cuanto a las causas de inadecuación de los ingresos, 13,3% de las admisiones resultaron inadecuadas debido a la necesidad de ingreso en un centro de cuidados continuados en 2004, resultando por este mismo motivo inadecuadas 6,9% de las admisiones durante 2005. Los ingresos estudiados en 2004 generaron una estancia media de 7,2 días (DS 4,6) y una mortalidad intrahospitalaria de 11,3%, mientras que los que tuvieron lugar durante 2005 tuvieron una estancia media de 6,8 días (DS 4,8), lo que supuso una disminución del 5,6% frente al año anterior y una mortalidad de 7,8%, que implicó una disminución del 31% con respecto a 2004.

**Discusión.** La creación de una UCC en nuestro Centro Hospitalario se asoció a una disminución de un 40,9% en los ingresos inadecuados en nuestro Servicio. También se verificó una disminución de la estancia media y la mortalidad sin significado estadístico.

**Conclusiones.** Las Unidades de Atención Continuada contribuyen a la optimización de la utilización de las camas hospitalarias en los Hospitales de Cuidados Agudos. Pensamos que un aumento del tamaño de la muestra, podría mostrar diferencias estadísticamente significativas en las estancias medias y mortalidad tras la apertura de la UCC.

**G-19**

**INTERCONSULTAS A MEDICINA INTERNA EN PACIENTES INGRESADAS EN UNA MATERNIDAD. ANÁLISIS DE UN AÑO**

**J. Fernández Navarro<sup>1</sup>, P. Revuelta Mínguez<sup>1</sup>, T. Javares Fernández<sup>1</sup>, V. Alberola Cuñat<sup>2</sup> y J. Calabuig Alborch<sup>1</sup>**

*<sup>1</sup>Medicina Interna, <sup>2</sup>Documentación Médica. Hospital Universitario La Fe. Valencia.*

**Objetivos.** Analizar las interconsultas solicitadas en el último año (2005-2006) al Servicio de Medicina Interna procedentes de pacien-

tes ingresadas en la Maternidad del Hospital La Fe, pertenecientes a las áreas de Obstetricia, Ginecología, Unidad Funcional de Mama, Oncología Médica, Reanimación y Psiquiatría (Unidad de Transtornos de la Conducta Alimentaria). La Maternidad es además centro de referencia en la Comunidad Valenciana para embarazo de riesgo.

**Material y métodos.** Se analizan 542 hojas de consulta procedentes de otros tantos ingresos hospitalarios realizados por 482 pacientes en los últimos doce meses. Se estudian edad, sexo, patología por la que se realiza la interconsulta a Medicina Interna, patología o situación por la que ingresa en la Maternidad, servicio de procedencia de la interconsulta, estancia media desde que se realiza la interconsulta hasta el alta, número de visitas realizadas y situación al alta.

**Resultados.** El número de ingresos en la Maternidad del Hospital La Fe en el período estudiado fue 12545, con una estancia media de 3,9 días aunque desglosada por servicios fue muy variable (ver tabla), con mortalidad global del 9,2%. Hubo 5.892 partos, 1.401 por cesárea. De estos 1.2545 pacientes se consultaron a Medicina Interna 542, mujeres en el 99,6% de los casos, con una media de edad de 40,5 ± 17,6 años, siendo atendidos por Medicina Interna una media de 6,4 ± 6,6 días y precisando un total de 2268 visitas. Procedían sobre todo de Obstetricia y Ginecología, siendo la gestación la situación más frecuentemente asociada a la patología consultada seguida de las neoplasias. Globalmente, las patologías más prevalentes que motivaron la interconsulta fueron HTA (175/542, 32,2%), patología digestiva (67/542, 12,3%), diabetes (50/542, 9,2%) y cardiopatías (50/542, 9,2%), seguidas de las infecciosas incluyendo la infección VIH, respiratorias, vasculares y autoinmunes. En el caso concreto de Obstetricia la HTA con 146 pacientes supuso el 42,1% de las interconsultas, incluyendo tanto la HTA gestacional como la crónica, así como 43 casos de preeclampsia, 6 de ellos síndrome Hellp. En gestantes no se observó ninguna interconsulta a Medicina Interna por diabetes. La mortalidad global de las pacientes atendidas por Medicina Interna fue baja, del 0,36%.

**Discusión.** Los pacientes atendidos por Medicina Interna presentaron una estancia media más larga siendo la HTA fue la principal patología observada. La mortalidad fue baja, comparada con la de la Maternidad en su conjunto, y destaca la ausencia de interconsultas por diabetes en el embarazo. Ambos hechos se deben a que junto a Medicina Interna existen otras dos unidades en la Maternidad, Oncología Médica, que asume el 64% de la mortalidad, y Endocrinología, que controla la diabetes en el embarazo.

**Conclusiones.** Se destaca, dado el volumen asistencial, el papel de Medicina Interna en una Maternidad, en colaboración con otras unidades y servicios. La HTA es la patología más prevalente.

**G-20**

**EVALUACIÓN DE UNA CONSULTA VIRTUAL EN MEDICINA INTERNA. EXPERIENCIA PILOTO**

**F. Moldenhauer, E. Sánchez, J. Hurtado, I. García, M. Armas y C. Suárez**

*Medicina Interna. Hospital de la Princesa. Madrid.*

**Objetivos.** Evaluar todas las solicitudes de atención a pacientes nuevos en consultas generales de medicina interna (MI), con la finalidad de: identificar los casos que requieran una vía preferente, adelantar exploraciones necesarias para disponer de una información más completa el día que acuda a la consulta e identificar y solucionar los casos que pueden ser resueltos sin necesidad de acudir a la consulta.

**Material y métodos.** Entre el 15 de febrero y el 31 de mayo se procedió a realizar por un internista valoración clínica de los motivos de derivación de todos los pacientes nuevos mediante la búsqueda y

Tabla 1. Parámetros de la hospitalización (G-19).

Servicio	N.º ingresos	Est. media	Ingresos con MI	% Intercons.	Edad	N.º visitas	Est. con MI
Obstetricia	9.732	3,7	346	3,5%	30,7 ± 5,7	4,0 ± 3,8	5,7 ± 6,1
Ginecología	1.371	4,1	129	9,4%	59,9 ± 16,8	4,5 ± 3,5	8,0 ± 6,6
UFM	277	3,0	34	12,2%	68,7 ± 9,9	3,5 ± 1,8	5,8 ± 3,5
Reanimación	578	2,2	8	1,3%	52,1 ± 17,0	2,2 ± 1,7	2,6 ± 2,7
Oncología M	207	8,2	6	2,8%	60,6 ± 12,1	3,5 ± 2,8	5,8 ± 4,9
Psiquiatría	380	10,4	19	5,0%	24,0 ± 10,1	5,6 ± 5,2	12,6 ± 13,2

revisión de la información médica disponible en el Sistema de Información Clínica (base de datos informatizada) existente en el área sanitaria, contacto telefónico con el paciente y/o con sus familiares y y/o médico de atención primaria (MAP). Posible intervención: modificar la cita; solicitar pruebas complementarias para su realización antes de acudir a la cita programada, resolver la consulta mediante la comunicación con el MAP y de acuerdo mutuo anular la valoración presencial del paciente o no intervenir de ninguna forma. **Resultados.** Se evaluaron 279 solicitudes durante tres meses. La demora inicial para valoración de los pacientes nuevos era de 31 días, con demora inicial a primer hueco: 3 días y la demora tras la intervención a primer hueco: 21 días. Las actuaciones preconsultas realizadas fueron: búsqueda en base de datos en el 100%; contacto directo con MAP en el 89% (demora media contacto con MAP: 9 días); Contacto telefónico con paciente en el 48% (demora media telefónica con paciente: 8 días); solicitud de pruebas complementarias en el 30% (analítica: 19%; radiología: 5% y otras: 6%) siendo la demora media de las pruebas complementarias: 16 días (8 días desde contacto telefónico con paciente). A consecuencia de la información obtenida se procedió a: modificación de cita inicial en el 48% (anulación: 32%; adelanto: 8% y derivación a otros servicios: 8%): En conjunto en un 32% se anuló la cita presencial y en un 30% la consulta inicial se transformó en resolutive.

**Discusión.** La alta presión asistencial condiciona unos tiempos de espera para acceder a la evaluación de pacientes nuevos remitidos desde atención primaria a veces excesivamente prolongados, no existiendo una clara priorización de los motivos de derivación en el momento de adjudicar la cita. El tipo de intervención propuesto puede servir para priorizar los casos que requieren una atención más precoz, adelantar las pruebas complementarias requeridas para tomar una decisión clínica convirtiendo la primera visita en resolutive (alta resolución) y evitando desplazamientos innecesarios del paciente.

**Conclusiones.** La valoración sistemática de todas las derivaciones de pacientes nuevos a consulta de MI es una estrategia eficiente.

## G-21 COMORBILIDAD Y PLURIPATOLOGÍA EN UNA UNIDAD DE MEDICINA INTERNA

**F. Medrano González, M. Barba Romero, M. Melero Bascones, J. Gómez Garrido, J. Llabrés Díaz y J. Moreno Salcedo**

*Servicio de Medicina Interna. Hospital Universitario. Albacete.*

**Objetivos.** Aplicar y comparar el concepto de pluripatología de la Consejería de Salud de Andalucía y la escala de comorbilidad de Charlson en pacientes ingresados en una unidad de medicina interna.

**Material y métodos.** Estudio prospectivo observacional de 207 pacientes ingresados de forma consecutiva desde el 1 de octubre al 31 de diciembre de 2005 en una unidad de Medicina Interna de 30 camas del Hospital Universitario de Albacete. Se recogió el diagnóstico principal según CIE-9, situación funcional basal, al ingreso y al alta con la escala de Barthel, presencia de pluripatología, índice de comorbilidad de Charlson, medidas del proceso de cuidados (atenciones urgentes, consultas programadas, episodios de hospitalización, duración de la estancia, procedimientos durante la hospitalización e interconsultas) y medidas de resultado (mortalidad, deterioro funcional significativo y reingresos precoces). Se realizó un análisis multivariante con modelo explicativo (diagnóstico principal, pluripatología e índice de Charlson) para las variables del proceso de cuidados y de resultados.

**Resultados.** Edad mediana 72 años, 48% mujeres, 1% institucionalizados, procedentes de Urgencias 85%, duración mediana de la estancia 11 días, mortalidad intrahospitalaria 11,1%, deterioro funcional significativo 17% y reingresos 11,6%. Los diagnósticos principales más frecuentes pertenecían a las categorías de enfermedades del aparato circulatorio (27%), respiratorio (17%) y digestivo (11%). Presentaban pluripatología el 41%, la mediana del índice de Charlson fue de 2 y ajustado a la edad de 4. Se relacionan, de forma independiente, con algunas variables del proceso de cuidados el diagnóstico principal y el índice de Charlson; con la mortalidad el diagnóstico principal de neoplasia y el índice de Charlson; con el reingre-

so el índice de Charlson; y con el deterioro funcional significativo ninguna de las variables exploradas. Si para su definición utilizamos tres criterios en lugar de los dos propuestos por la Consejería de Salud de Andalucía, la pluripatología, que aparece en el 17% de los pacientes, sí se relaciona de forma independiente con la mortalidad y con algunas variables del proceso de cuidados.

**Discusión.** La frecuencia de pluripatología es similar a la descrita en otros estudios y supone un porcentaje importante de los pacientes ingresados en nuestro Servicio. Aunque este concepto identifica a una población de mayor complejidad asistencial, en nuestro estudio no se relaciona con las medidas de resultado ni con muchas de las del proceso de cuidados. El índice de Charlson es el método más utilizado para medir la comorbilidad y, aunque se diseñó para predecir mortalidad, también ha demostrado en otros estudios, como en el nuestro, su relación con el consumo de recursos, por lo que parece más útil que el concepto de pluripatología, que, además, tiene otras limitaciones como la falta de concreción y dificultad de interpretación de algunas categorías clínicas. La introducción de modificaciones en el concepto de pluripatología, como la necesidad de tres categorías en lugar de dos, podría mejorar su utilidad clínica.

**Conclusiones.** Para medir la comorbilidad parece más útil el índice de Charlson, que se relaciona mejor con las variables que miden el proceso de cuidados y de resultados. Se debe seguir investigando sobre el concepto de pluripatología, introduciendo modificaciones en su definición que mejoren su utilidad clínica.

## G-22 IMPLANTACIÓN DE UN PROGRAMA DE PRESCRIPCIÓN ELECTRÓNICA EN UNA UNIDAD DE MEDICINA INTERNA

**A. Martín Castillo<sup>1</sup>, E. Durán García<sup>2</sup>, A. Herranz<sup>2</sup>, F. Cabrera Aguilar<sup>1</sup>, J. Barrera Sánchez<sup>1</sup>, B. Pinilla Llorente<sup>1</sup>, L. Álvarez-Sala Walthers<sup>3</sup> y A. Muiño Míguez<sup>1</sup>**

*<sup>1</sup>Medicina Interna 2A, <sup>2</sup>Farmacia, <sup>3</sup>Medicina Interna 2B. Hospital Gregorio Marañón. Madrid.*

**Objetivos.** Los sistemas de prescripción electrónica se presentan como una herramienta para disminuir los errores de medicación especialmente en la fase de prescripción y en la de transcripción. Se presenta la metodología de implantación de un programa de prescripción electrónica en una Unidad de Medicina Interna y su aceptación por los profesionales.

**Material y métodos.** Se describen las características generales del programa y la metodología seguida para su implantación con especial referencia a la formación impartida al personal de la Unidad. Después de tres meses de la implantación se realiza una encuesta sobre el impacto en el trabajo diario del personal médico y de enfermería.

**Resultados.** Las características principales de la aplicación se pueden resumir en: base de datos con los fármacos incluidos en la guía terapéutica del hospital, información farmacoterapéutica de todos los principios activos incluidos en la base de datos, posibilidad de prescribir mediante el establecimiento de protocolos terapéuticos y validación por farmacéutico clínico de todas las prescripciones, alertando al médico responsable de posibles problemas relacionados con la medicación y proponiendo alternativas. El programa permite imprimir las prescripciones médicas y las hojas de administración de la medicación. El programa fue presentado en sesión informativa a todos los miembros de la unidad. Se programó sesiones prácticas con ordenador en grupos de 5 personas y los dos primeros días de uso por cada médico, el farmacéutico responsable del proyecto estaba presente mientras se realizaba la prescripción. El tiempo total de formación de cada médico fue de tres horas. La totalidad de los médicos y enfermeras de la unidad han percibido la implantación de la aplicación como una mejora, de fácil aprendizaje y útil para la prevención de errores de medicación.

**Discusión.** La prescripción de medicamentos es la intervención médica más frecuente. Los acontecimientos adversos atribuidos al uso de medicamentos son frecuentes y la mayoría prevenibles. Deben mejorarse los recursos y la infraestructura para implantar prácticas de mejora de la seguridad. La utilización de herramientas informáticas de ayuda a la asistencia médica todavía no tienen el grado de utilización esperable. Argumentos de coste o de dificultad de aprendizaje no se sustentan si la planificación es adecuada.



**Conclusiones.** La implantación de un programa de prescripción electrónica en una Unidad de Medicina Interna es percibida como útil, de fácil implantación, y bien acogida entre los profesionales.

### G-23

#### CONSOLIDANDO LA CONSULTA DE DIAGNÓSTICO RÁPIDO EN UN SERVICIO DE MEDICINA INTERNA

**E. Salamanca Rivera, R. Pérez Temprano, A. Leal Luna y R. Pérez Cano**

*Medicina Interna B. H.U. Virgen Macarena. Sevilla.*

**Objetivos.** Análisis descriptivo de la Consulta tras 18 meses en funcionamiento.

**Material y métodos.** Los cambios organizativos de la mayoría de los Hospitales para agilizar y coordinar los distintos procedimientos diagnósticos (reducir Estancias Medias, evitar Ingresos Hospitalarios y disminuir Esperas) han favorecido la aparición de las Consultas de Alta Resolución o Unidades de Diagnóstico Rápido en diversos puntos de nuestra geografía. En noviembre de 2004 se propone el Proyecto de Creación de Consulta de Diagnóstico Rápido (CDR) en el Servicio de Medicina Interna (Prof. Pérez Cano) del Hospital Universitario Virgen Macarena de Sevilla, que se pone en marcha en enero de 2005. Primero se procede a dar a conocer en el Servicio de Urgencias del Hospital, las Consultas Convencionales y los Centros de Salud del Área Hospitalaria, el perfil del paciente candidato a ser atendido en la CDR. Paralelamente se consensua con los Servicios Centrales Hospitalarios la gestión de demora de las Exploraciones Complementarias. Igualmente se asegura la Continuidad Asistencial, remitiendo al paciente una vez diagnosticado, a su Médico de Atención Primaria o a la Especialidad pertinente. El paciente tipo es aquel con la sospecha de Enfermedad Potencialmente Grave que requeriría ingreso hospitalario para estudio, pero que por su estado general permite la realización de éste en consultas con alta resolución diagnóstica. El análisis de los 12 primeros meses ya arrojó una visión general de la importancia de ésta consulta, haciendo especial referencia al importante porcentaje de Neoplasias diagnosticadas y derivadas para tratamiento de forma precoz. Este nuevo análisis de los 18 meses de andadura, con 91 pacientes atendidos, sigue demostrando la utilidad de la CDR.

**Resultados.** Un 6,6% de los pacientes procedía de Consultas Convencionales, un 46,2% del Servicio de Urgencias y un 47,2% de Atención Primaria. El 67% fueron varones. La distribución por edades muestra tres picos de máxima frecuencia, uno entre 25-30, otro entre 45-55 y un tercero entre 60-75, siendo la media de 55,28 años. No obstante la mediana está en 59,5 años. Los síntomas o signos que motivaron la consulta con mayor frecuencia fueron el Síndrome Constitucional, Dolor Abdominal, Fiebre y Hemorragia Digestiva Baja. Con menor frecuencia las Adenopatías, Anemia, Diarrea y Otros. A menudo los pacientes presentan más de uno de los anteriores signos/síntomas de forma simultánea. La media de Pruebas Complementarias realizadas por paciente fue de 2,2 Analíticas, 1,2 Radiológicas, 0,14 Citológicas y 0,4 Endoscópicas. Cabe destacar la importancia del TAC Torácico y Abdominal (utilizados en un 33 y un 31% de los pacientes respectivamente), la Colonoscopia (25%) y la PAAF (14%). Un 30% de los diagnósticos fueron Neoplasias, destacando las Digestivas (fundamentalmente Colon), seguidas de las Pulmonares y Linfomas. Entre los diagnósticos no neoplásicos destacan las Enfermedades Digestivas, Infecciosas y Neurológicas. Con el diagnóstico hecho, aproximadamente el 50% de los pacientes fue remitido con cita previa a la especialidad pertinente (principalmente Cirugía y Oncología, en el 17 y 9% de los casos respectivamente). Un 35% precisó seguimiento en Atención Primaria y un 18% en Consultas de Medicina Interna.

**Discusión.** La importancia de la CDR radica principalmente en poder concertar la fecha de la visita de acuerdo con el paciente, Accesibilidad, y el realizar las Pruebas Complementarias en tan breve espacio de tiempo (que conlleva gran Aceptación y Satisfacción, y favorece la rápida toma de decisiones). Con esto se logra disminuir la pérdida de un tiempo que puede ser esencial en muchos de los casos y de lo que va a depender la terapia y el pronóstico, es decir, incentivando la Continuidad y Calidad Asistencial. Lo referido queda muy patente, sobre todo, en el grupo diagnóstico de Neoplasias. Además el 50% de los pacientes es menor de 60 años, lo cual, correlacionado con la importancia de los diagnósticos en muchos casos,

lleva a aumentar la Esperanza y Calidad de Vida de nuestros pacientes.

**Conclusiones.** Una vez más, la Consulta de Diagnóstico Rápido se consolida como una estrategia de Gestión Clínica con alto potencial en los Servicios de Medicina Interna.

### G-24

#### ¿LAS CONSULTAS EN HORARIO DE TARDE, MEJORAN REALMENTE LA ACCESIBILIDAD? ¿MITO O REALIDAD?

**I. Suárez-Lozano, J. Fajardo Picó, A. Menchero Aranda y R. Moyo**

*Unidad Gestión Clínica M Interna-Infeccioso. Infanta Elena. Huelva.*

**Objetivos.** Eliminar las barreras que dificultan la utilización de los recursos sanitarios y mejorar el acceso a la asistencia sanitaria es una aspiración compartida por las administraciones sanitarias y los médicos. Entre las diversas medidas que se han propuesto, ampliar la utilización de consultas mediante la oferta asistencia en horario de tarde es una estrategia compartida por varias administraciones sanitarias. Para que esta estrategia facilite la accesibilidad sería conveniente determinar previamente la proporción de usuarios que la demandan y establecer un procedimiento de citas que excluya a las personas que prefieren las consultas en horario de mañana. El objetivo de este trabajo es determinar la proporción de personas que podrían beneficiarse de una oferta de consultas en horario de tarde.

**Material y métodos.** Diseño: estudio prospectivo dirigido a conocer las preferencias de los pacientes a la hora de elegir entre una consulta en horario de mañana o de tarde, mediante una encuesta específicamente diseñada con este fin. Ámbito del estudio: Consulta de Medicina Interna y Enfermedades Infecciosas en un hospital comarcal de 280 camas con población de referencia de 136.000 habitantes. Se estimó en 145 encuestas el número de encuestas necesario para determinar la proporción de pacientes con un intervalo de confianza del 95% y una precisión del 7,9%.

**Resultados.** Total de encuestas analizadas 146; hombres 41,6%. Grupo edad: < 40, 22,6%, 40-65, 48,6%; > 65, 16,4%. Primeras consultas/sucesivas 41% / 30%. El 37% de los encuestados tenían un horario laboral fijo y el 69% utilizaron un medio público de transporte para desplazarse al hospital. Únicamente entre el 2-9% de los pacientes preferían venir por la tarde si precisaban venir otra mañana para realizarse algún estudio diagnóstico, sin diferencias en función de la edad, tipo de consulta, horario laboral o medio de transporte empleado. El 97% de las mujeres preferían el horario de mañana vs. 82% de los hombres (p 0.001). Entre un 22-33% preferirían una consulta de tarde para recibir un informe diagnóstico o un tratamiento, sin diferencias en función de la edad, sexo, tipo de consulta o medio de transporte empleado. El 37% con horario laboral fijo preferían el horario de tarde vs. 28% (p 0.01).

**Discusión.** Nuestro estudio pone de manifiesto que en un hospital comarcal, con un área de referencia rural o semi-urbano, la proporción de personas que prefieren acudir a la consulta de medicina interna en horario de tarde es menor que el que cabría esperar. Este hallazgo sugiere que la implementación de este tipo de medidas debe ir precedido de un estudio previo dirigido a cuantificar las previsiones sobre consultas en horario de tarde. Este recurso sólo mejorará la accesibilidad si se oferta sólo a aquellas personas que prefieran la franja horaria vespertina para acudir a las consultas. La extrapolación de estos resultados a un ámbito geográfico diferente o a otro tipo de consultas debe hacerse con las debidas precauciones.

**Conclusiones.** En nuestro medio, las consultas en horario de tarde no parecen mejorar la accesibilidad, si generan una demanda de pruebas diagnósticas que deben realizarse en horario de mañana. La oferta de consultas en horario de tarde, si está dirigida a facilitar informes de diagnóstico y/o tratamiento, podría satisfacer las preferencias de un 22-33% de las personas que elijan esta opción. Este tipo de estudios son necesarios para caracterizar mejor las preferencias de la demanda expresada por los usuarios, sin necesidad de recurrir a formulaciones teóricas basadas en estimaciones o intuiciones. Conocer las preferencias de los pacientes facilita la toma de decisiones encaminadas a satisfacer sus necesidades reales.

**G-25****ANÁLISIS EPIDEMIOLÓGICO DE LOS DIAGNÓSTICOS PRINCIPALES DEL SERVICIO DE MEDICINA INTERNA-I DURANTE 3 AÑOS**

**L. Mateos Polo, E. Puerto Pérez, J. Martín Oterino, M. Sánchez Ledesma, J. Aláez Cruz y A. Sánchez Rodríguez**

Medicina Interna-I. Hospital Clínico Universitario. Salamanca.

**Objetivos.** Conocer las enfermedades, la distribución etaria y por sexo, la estancia media, la tasa de éxitos de los enfermos ingresado en nuestra Unidad durante los 3 últimos años. Se construyó una base de datos informática (Filemaker) con los siguientes campos: datos de filiación completa, motivo de ingreso, antecedentes personales y familiares, intervenciones quirúrgicas previas, factores de riesgo cardiovascular, enfermedad actual, anamnesis por aparatos, exploración física y neurológica, pruebas complementarias de laboratorio, exploraciones endoscópicas, de Medicina Nuclear, exploraciones radiológicas, interconsultas a especialidades, diagnósticos principales, diagnósticos secundarios y evolución clínica.

**Material y métodos.** Se revisaron a través de nuestra base de datos los objetivos del estudio y 100 historias del Archivo cuando no quedaba claro el diagnóstico final. Para facilitar la agrupación de los diagnósticos se clasificaron en 7 categorías: Categoría A: insuficiencia cardíaca y/o cardiopatía isquémica. Categoría B: limitación crónica al flujo aéreo y/o asma bronquial y/o hipoventilación alveolar, *cor pulmonale* crónico y/o tromboembolismo pulmonar. Categoría C: enfermedad neurológica con déficit motor y/o sensitivo y/o cognitivo. Categoría D: enfermedades de las vías biliares y/o páncreas y/o intestino y/o estómago. Categoría E: enfermedad hematológica u oncológica activa. Categoría F: enfermedades infecciosas y/o sepsis. Categoría G: enfermedades de la nutrición y del metabolismo.

**Resultados.** Durante el período del estudio se registraron 3365 ingresos. El 58,5% fueron mujeres, siendo estas mayores de 65 años en el 67,8%. La estancia media global fue de 6,5 días para todas las categorías. En la categoría A se produjeron 920 ingresos (27,3%) correspondiendo el 53,5% a mujeres mayores de 65 años. En la categoría B hubo 291 (8,6%) ingresos siendo el 53,5% varones, con la salvedad de que todas las hipoventiladoras fueron mujeres (17), con IMC > 32. En la categoría C se incluyeron 451 pacientes (13,4%) siendo el 86,5% accidentados cerebrovasculares y en el 55% mujeres mayores de 65 años, 2 S. de Guillain Barré y una E. de Jacob-Creudfeldt. En la categoría D: 501 diagnósticos (14,8%), 68% correspondió a hemorragias digestivas en varones mayores de 65 años, el segundo lugar lo ocupa la colecistitis litiasica (56,2%) en mujeres mayores de 65 años, el tercer lugar la pancreatitis alitiasica con el 19,3%, seguida de la diverticulitis en el 16,7%, la cirrosis en el 14,2% y la gastroenteritis no infecciosa en el 6%. En la categoría E de neoplasias se registraron 161 diagnósticos (4,7% del total) con 149 neoplasias no hematológicas, de las cuales las digestivas representaron el 49,1% y las pulmonares el 16,3% siendo los varones en el 46% y mayores de 65 años (86%) los más afectados. En la categoría F: se incluyeron 460 diagnósticos (13,7%) siendo neumonías 323 (70,21%), sepsis 84 (18,2%), 11 tuberculosis, 17 meningitis, 12 encefalitis y 13 hepatitis víricas. En la categoría G : 859, que representó el 25,5% de todos los diagnósticos con 403 diabéticos (46,9%) representando las mujeres mayores de 65 años el 66,9%. El total de éxitos fue 157 que representa el 4,5% de los ingresos.

**Conclusiones.** En nuestra experiencia durante estos 3 años las enfermedades metabólicas y como protagonista la diabetes mellitus en mujeres mayores de 65 años se coloca como la enfermedad que más ingresos provoca en una Unidad de Medicina Interna, probablemente relacionada no solo con su alta prevalencia sino también con el establecimiento de la Unidad de Riesgo Cardiovascular en el mismo edificio. En el contexto del envejecimiento poblacional, la insuficiencia cardíaca en mujeres mayores de 65 años constituye la segunda causa de ingreso hospitalario. Las enfermedades neurológicas, fundamentalmente los accidentes cerebrovasculares en el sexo femenino, son la tercera causa de nuestros ingresos. En cuarta posición, se sitúan las infecciones respiratorias fundamentalmente las neumonías y de nuevo son las mujeres mayores de 65 las que con más frecuencia las padecen. Las últimas posiciones son ocupadas por las hemorragias digestivas y por las neoplasias digestivas en varones mayores de 65 años.

**G-26****EFFECTOS ADVERSOS LIGADOS A LA HOSPITALIZACIÓN EN UN HOSPITAL COMARCAL**

**L. Bernacer<sup>1</sup>, R. Cantarero<sup>1</sup>, E. Conesa<sup>1</sup>, P. Nadal<sup>1</sup>, E. Aznar<sup>2</sup>, T. García<sup>2</sup>, J. Bennisar<sup>2</sup> y X. Barcelo<sup>3</sup>**

<sup>1</sup>Servicio de Medicina Interna, <sup>2</sup>Dirección Cuidados Asistenciales. Hospital de Manacor. Manacor, Baleares. <sup>3</sup>Servicio de Calidad. Conselleria Salut i Consum. Palma, Baleares.

**Objetivos.** Análisis y evaluación de la incidencia acumulada y densidad de incidencia de los efectos adversos (EAs) observados en un hospital comarcal.

**Material y métodos.** Estudio de cohortes retrospectivo y analítico realizado en un hospital comarcal de 207 camas. Intervención: Análisis y evaluación de los EAs utilizando la metodología difundida por el proyecto IDEA (Identificación de Efectos Adversos FIS PI021076 Aranaz Andrés JM et al) y el período utilizado para la estudio nacional ENEAS 2005. Población de estudio: pacientes dados de alta entre los días 4 y 10 de junio de 2005. En una primera fase se cumplimentó el Formulario de cribado por parte de dos enfermeras. En aquellas historias clínicas en las que alguna respuesta fue positiva, se completó el cuestionario modular (MRF2) por parte del médico evaluador para la revisión retrospectiva de casos. Software utilizado: excell 2000 y Statgraphics Plus Version 5.1.

**Resultados.** Durante el período de análisis se han producido 189 altas hospitalarias. Tras aplicar la guía de cribado se han excluido 135 pacientes (71,4%) y se ha completado el cuestionario modular (MRF2) a 54 pacientes (28,6%). Finalmente se detectaron 31 EAs (16,4%), 14 incidentes (7,41%) y en otros 9 pacientes se descartó EA o incidente. La media de edad ha sido de 57.02 años, rango 1-98, intervalo de confianza 95% para la media 57.02 ± 6.88 (50.12;63.90). Del total de 54 pacientes, 26 eran mujeres (48.15%) y 28 hombres (51.85%). El 24,07% (13 pacientes) pertenecían al servicio de medicina interna, 18,52% (10 pacientes) traumatología, 11,11% (6 pacientes) cirugía, 11,11% (6 pacientes) obstetricia y 7,41% (4 pacientes) neumología. Los GRDs más frecuentes fueron GRD 541 (4.76%), GRD 373 (3.70%), GRD 127 (3.17%). La asociación de sexo y EAs no mostró significación estadística (p = 0.2370), así como tampoco la asociación Servicio clínico y EAs (p = 0,088) ni el GRD (p = 0.1984). El análisis de la varianza muestra una significación estadística significativa entre la Edad y los EAs para un nivel de confianza del 95% (p = 0,004), de forma que aquellos pacientes con mayor edad tenían una mayor incidencia de EAs.

**Discusión.** El 16,4% de los pacientes ingresados en nuestro hospital presenta algún efecto adverso relacionado directamente con la asistencia hospitalaria, un porcentaje que lo sitúa con una tasa discretamente superior a la reflejada en el estudio nacional ENEAS2005 aunque al mismo nivel que países de nuestro entorno. El riesgo de desarrollar un EAs se relaciona con la edad de los pacientes, y no se han observado correlaciones con el sexo, servicio clínico o GRD. No obstante el carácter retrospectivo y los criterios de inclusión utilizados podrían subestimar la incidencia de algunos EAs.

**Conclusiones.** La seguridad del paciente se considera una prioridad en la asistencia sanitaria ya que se trata de una actividad en la que se combinan factores inherentes al sistema con actuaciones humanas. La realización de estudios de incidencia es uno de los primeros pasos para conocer con mayor precisión el problema e implantar una cultura de seguridad clínica con el fin de desarrollar políticas dirigidas a la mejora de la calidad asistencial y desarrollo de estrategias preventivas

**G-27****BENCHMARKING EN MEDICINA INTERNA. ANÁLISIS DEL ESTILO DE PRÁCTICA CLÍNICA INDIVIDUAL**

**L. Bernacer, R. Cantarero, E. Conesa, P. Nadal y M. Sanz**

Servicio Medicina Interna. Hospital de Manacor. Manacor, Baleares.

**Objetivos.** Análisis y evaluación de la influencia del estilo de práctica médica individual (EPM) sobre los resultados de la actividad asistencial.

**Material y métodos.** Estudio retrospectivo realizado en un Servicio de Medicina Interna de un Hospital Comarcal de 207 camas y población referencia 145.000 habitantes. El Servicio esta formado por 4 médicos adjuntos, 5 médicos con contrato mercantil y un Jefe de Área. Se analizaron los datos de actividad asistencial en hospitalización del periodo 02/2005 a 02/2006. La información se obtuvo del Servicio de control de Gestión. Población de estudio: pacientes dados de alta del servicio de Medicina Interna durante el período. Intervención: análisis y evaluación de la actividad asistencial en hospitalización. Variables analizadas: medico, numero pacientes, estancia media, estancias, peso medio. Software utilizado: excel 2000 y StatgraphicsV5.1

**Resultados.** En el periodo de estudio se dieron 2.766 altas, con EM 8 días, 23.477 estancias, índice ocupación 98,9%, índice rotación 2.99, presión urgencias 99,3%, peso medio 1,923 y índice funcionamiento IEMA 0.958. El resultado asistencial por médico se refleja en la tabla 1. La media de pacientes fue de 230, rango (60,357), intervalo confianza para la media 95% (IC 95%): 230,5 ± 61. El análisis pacientes por médico muestra una significación estadística para un P-valor = 0,00252. La estancia media fue 8,3525 rango (6.23, 9.71), IC 95% [7,66;9,04] p = 0,0014. El peso medio fue 1,92343 rango (1.759, 2.24), IC 95% [1,84;2,00], p = 0,0025.

**Discusión.** La actividad asistencial tiene importantes repercusiones en la planificación de los servicios de medicina siendo determinante en la dotación de camas y de recursos humanos. Otros factores como la actividad consultas externas, partes interconsultas, formación, docencia e investigación deberían también analizarse para evaluar la actividad de un médico en particular, aunque antes de realizar cualquier tipo de evaluación deberían corregirse las necesidades estructurales y de recursos humanos.

**Conclusiones.** El análisis interno de los resultados asistenciales así como la realización de benchmarking con Hospitales del mismo grupo, permite identificar las posibles áreas de mejora y desarrollar medidas correctoras.

Tabla 1.

Médico	Nºpacientes	Estancia	E. Media	Peso med.	Guardias GI
Em1	357	3095	8.67	1.854	40
m2	344	3175	9.23	1.923	0
m3	294	2258	7.71	1.994	56
m4	279	2525	9.05	1.897	13
m5	277	2199	7.94	1.959	0
m6	264	2236	8.47	1.759	3
m7	240	2299	9.58	2.247	22
m8	235	2136	9.09	1.813	27
m9	208	1581	7.6	1.913	11
m10	133	828	6.23	1.854	0
m11	75	728	9.71	2.021	18
m12	60	417	6.95	1.844	5

**G-29**

**LA CONSULTA DE MEDICINA INTERNA PUEDE FUNCIONAR EN UN ALTO PORCENTAJE DE CASOS COMO UNA CONSULTA DE ALTA RESOLUCIÓN**

**F. Marcos Sánchez, M. Albo Castaño, D. Joya Seijo, P. del Valle Loarte, S. Casallo Blanco y L. de Matias Salces**

Medicina Interna. Hospital Nº Sª del Prado. Talavera de la Reina, Toledo.

**Objetivos.** En la consulta de alta resolución de Medicina Interna, se trata de llegar al diagnóstico definitivo de un enfermo en el mismo día que se le atiende en las consultas externas. En ocasiones se solicitarán algunas pruebas analíticas, radiográficas, etc, que se efectuarán con rapidez y que permitirán orientar el caso a una consulta determinada o nuevamente al médico de Atención Primaria, si se estima que el problema del paciente no precisa controles y seguimiento en el ámbito hospitalario. Analizar qué porcentaje de los pacientes remitidos a una consulta externa de Medicina Interna, en

la que la persona encargada tenía una amplia experiencia, podían ser dados de alta el mismo día sin realizar estudios adicionales.

**Material y métodos.** En un momento determinado en el que existía una cierta demora para la atención de las primeras consultas de Medicina Interna, se creó una nueva consulta externa, atendida por un médico con una amplia experiencia en la especialidad. Durante 8 semanas, que fue el período en que se desarrollo la prestación, se atendieron 6-7 enfermos semanales, para un total de 54 pacientes. Los pacientes no estaban seleccionados por ninguna patología, siendo citados únicamente por la existencia de un retraso en la atención de los mismos, con los recursos previos disponibles.

**Resultados.** Se atendieron un total de 54 pacientes, de ellos 34 (62,9%), fueron atendidos como si se tratase de una consulta de alta resolución, dándose de alta el mismo día. Los procesos más frecuentes que permitieron actuar de esta manera fueron: 1) Alteraciones analíticas: leve deterioro de la función renal, microalbuminuria, leve trombopenia de larga evolución, ligera hiperpotasemia de causa farmacológica probablemente, etc en 9 casos(16,6%). 2) Síndromes febriles de corta duración, autolimitados en 6 casos(11,1%). 3) Síntomas o signos mal definidos o pacientes que ya estaban diagnosticados con anterioridad de una enfermedad que justificaba sus molestias y otros pacientes que no requerían atención continuada por el especialista de Medicina Interna en 6 casos (11,1%). 4) Pacientes que ya estaban siendo atendidos por el mismo motivo por otro especialista del hospital en cuatro casos (7,4%). 5) Estudio de adenopatías de tamaño no patológico y que no requerían estudios hospitalarios en 3 casos (5,5%). 6) Solicitud de una prueba que debería ser valorada su indicación por otro especialista y realización de un informe para indicar un determinado tratamiento que únicamente podía ser indicado por un especialista hospitalario, en dos casos cada supuesto (3,6%). 7) Por otros motivos, dos casos más.

**Discusión.** Para el adecuado funcionamiento de una consulta de alta resolución se precisa de médicos con una amplia experiencia en la especialidad. El desarrollo de la citada consulta, conlleva unos beneficios indudables, dado que se ahorran viajes repetidos al hospital con los subsiguientes gastos para el enfermo y la sociedad y además se evita que otros especialistas hospitalarios valoren al enfermo por el mismo motivo de modo simultáneo, lo que significa duplicar e incluso en ocasiones triplicar las consultas. En la mayoría de las ocasiones los pacientes que son derivados a una consulta externa de alta resolución son seleccionados a la misma por presentar algún tipo de patología que permite esta manera de actuar (alteraciones analíticas, fiebre de corta evolución, etc). Lo que nos planteamos al iniciar esta consulta, es si se podía actuar de esta manera en un elevado porcentaje de pacientes, sin existir una selección previa. Nuestros **Resultados.** 62,9% de pacientes dados de alta en el mismo día parecen avalarlo, aunque hay que tener en cuenta que la serie es corta.

**Conclusiones.** Un porcentaje muy elevado de los pacientes remitidos a las consultas externas de Medicina Interna desde Atención Primaria y también desde otras consultas y servicios del hospital, pueden ser atendidos con la sistemática de una consulta de alta resolución. Resulta indudable que es necesario mejorar la coordinación con Atención Primaria y también con otros especialistas del hospital, para reducir algunas consultas. Es preciso mejorar la comunicación por vía telefónica o informática para disminuir derivaciones.

**G-30**

**ESTUDIO DEL REINGRESO EN UN HOSPITAL COMARCAL**

**I. Vallejo Maroto<sup>1</sup>, A. Fernández Moyano<sup>1</sup>, C. Palmero Palmero<sup>1</sup>, R. Aparicio Santos<sup>1</sup>, M. Benticuaga Martínez<sup>1</sup>, C. González Becerra<sup>1</sup>, R. Rivas Cerdeira<sup>2</sup> y M. Reina<sup>2</sup>**

<sup>1</sup>Servicio de Medicina, <sup>2</sup>Distrito Sanitario de Mairena del Aljarafe. Hospital San Juan de Dios del Aljarafe. Bormujos, Sevilla.

**Objetivos.** El análisis del reingreso hospitalario supone un beneficio teórico en el control de la evolución de la enfermedad y un intento en mejorar la salud del paciente y la calidad de la asistencia. El objetivo de este estudio es describir la población de reingresadores en el Servicio de Medicina de nuestro Centro Hospitalario, analizando su prevalencia y características, con la intención de elaborar estrategias de manejo específico.

**Material y métodos.** Seleccionamos la población de pacientes con un número igual o superior a dos ingresos hospitalarios durante los

años 2004-2005. Realizamos un estudio descriptivo analizando la edad, total de ingresos hospitalarios, modo de vida (solo/familia/residencia), tiempo hasta el reingreso, causa del reingreso, diagnósticos y patologías del paciente, duración de la estancia hospitalaria, éxitus, y análisis del informe de alta (plan de cuidados y cuidador principal.) Efectuamos el estudio analizando las características de los pacientes de forma global y agrupados según las Zonas Básicas de nuestra Área Sanitaria de Referencia.

**Resultados.** Durante los años 2004-2005 hubo 7883 ingresos en nuestro Centro Hospitalario. Hemos recogido un total de 625 pacientes reingresadores (7,9%); de ellos, 124 lo hicieron en un período inferior a 30 días tras el alta hospitalaria (media de 12,88; DE: 8,36, días.) La edad fue de 69,4 años (DE: 17,6.) La media de ingresos hospitalarios de cada paciente fue de 4,56 (DE: 2,8.), siendo la estancia media de 8,08 (DE: 6,7) días. El 91% de los pacientes vivían en una unidad familiar. Un 30% fueron pacientes pluripatológicos (PP). Las patologías que condicionaron reingreso hospitalario fueron con mayor frecuencia la broncopatía crónica (EPOC) (28%) y la insuficiencia cardíaca (IC) (15%). En los pacientes con EPOC un 32% fueron PP y en el grupo de IC fueron un 70%. En un 75% de los casos el reingreso estuvo motivado por un empeoramiento de la patología crónica, falleciendo un 65% de los pacientes en el período de estudio. En los pacientes con IC la mortalidad fue de un 60%, frente a un 32% en los pacientes con EPOC. En el estudio del informe de alta hospitalario en un 23% de los casos se identificó la figura del cuidador principal y en un 7% se elaboró un informe de cuidados específicos. Las características de los pacientes fueron diferentes según las distintas Zonas Básicas de Salud de nuestra área de Referencia.

**Conclusiones.** El estudio del reingreso hospitalario permite definir en nuestro Centro Hospitalario sus causas potenciales así como las patologías más prevalentes que lo condicionan. El análisis de las características de esta población nos ha permitido diseñar un plan asistencial específico pendiente de su implementación. Las diferencias encontradas en cada Zona Básica permitirán establecer estrategias individualizadas de manejo.

### G-31

#### MORTALIDAD EN LOS PACIENTES INGRESADOS DURANTE LOS FINES DE SEMANA POR CARDIOPATÍA ISQUÉMICA

**I. González Anglada, R. Barba, C. Garmendia, M. Delgado, B. Herreros, C. Guijarro, R. Barrena y V. Castilla**

*Unidad de Medicina Interna. Fundación Hospital Alcorcón. Alcorcón, Madrid.*

**Objetivos.** El funcionamiento de un hospital es diferente durante los fines de semana, con una disminución del número de trabajadores sanitarios. Algunos estudios han demostrado que la mortalidad de los pacientes ingresados durante el fin de semana es superior a la de quienes ingresan los días laborables. Los pacientes con cardiopatía isquémica reciben una atención diferente por lo que es posible que el ingreso en fin de semana no influya notablemente. **Objetivos:** Valorar si el ingreso en fin de semana de los pacientes con cardiopatía isquémica influye en su mortalidad.

**Material y métodos.** Se identificaron a todos los pacientes ingresados con un CIE de cardiopatías isquémicas en nuestro hospital desde su apertura en marzo 1998 hasta diciembre 2005 a través de la base Conjunto Mínimo Básico de datos del hospital. Se consideró ingreso en fin de semana cuando éste se producía entre las 00.00 del sábado a las 24.00h del domingo. En cada paciente se recoge su GRD (Grupo relacionado de diagnóstico) del diagnóstico al alta y su índice de comorbilidad medido por índice de Charlson. Se comparó en los pacientes ingresados en fin de semana y laborables, la mortalidad intrahospitalaria global y a las 48h del ingreso. El análisis estadístico se realizó con SPSS.

**Resultados.** 5.940 pacientes ingresan por cardiopatía isquémica. La edad media fue de 71 años, un 71% eran varones y la estancia fue de 7,3 días. Un 22,5% ingresaron en fin de semana. Fallecieron 512 pacientes (8,6%). La edad (81 frente a 71 años  $p < 0,001$ ), el sexo femenino (12,6% frente a 7%), el GRD (3,4 frente a 2,1  $p <$

0,0001), el índice de Charlson (2,6 frente a 2,03  $p < 0,001$ ) y el ingreso en fin de semana (10,2 frente a 8,2%  $p = 0,036$ ) se asocian a mayor riesgo de mortalidad global. Este exceso de mortalidad por ingreso en fin de semana no se mantuvo cuando se ajustó por posibles factores de confusión, permaneciendo significativas la edad, el GRD y el índice de Charlson (OR ajustadas edad = 1.09, GRD 1.35, Charlson 1.27. El análisis de la mortalidad a las 48h del ingreso tampoco mostró un exceso de mortalidad asociado al ingreso en fin de semana.

**Conclusiones.** En los pacientes que ingresan por cardiopatía isquémica no se encuentra un claro exceso de mortalidad derivado del ingreso en fin de semana.

### G-32

#### MORTALIDAD EN LOS PACIENTES INGRESADOS DURANTE LOS FINES DE SEMANA POR ICTUS

**I. González Anglada, R. Barba, A. Asenjo, C. Guijarro, M. Mateos, G. García de Casasola, C. Aranda y V. Castilla**

*Unidad de Medicina Interna. Fundación Hospital Alcorcón. Alcorcón, Madrid.*

**Objetivos.** El funcionamiento de un hospital es diferente durante los fines de semana, con una disminución del número de trabajadores sanitarios. Algunos estudios han demostrado que la mortalidad de los pacientes ingresados durante el fin de semana es superior a la de quienes ingresan los días laborables. En nuestro centro no hemos encontrado un aumento de mortalidad asociada al ingreso en fin de semana en los pacientes con cardiopatía isquémica, sin embargo los cuidados de los pacientes con ictus son diferentes, por lo que es posible que también lo sea su mortalidad.

**Objetivos.** Valorar si el ingreso en fin de semana de los pacientes con ictus influye en su mortalidad.

**Material y métodos.** Se identificaron a todos los pacientes ingresados con un CIE de enfermedad cerebrovascular en nuestro hospital desde su apertura en marzo 1998 hasta diciembre 2005 a través de la base Conjunto Mínimo Básico de datos del hospital. Se consideró ingreso en fin de semana cuando éste se producía entre las 00.00 del sábado a las 24.00h del domingo. En cada paciente se recoge su GRD (Grupo relacionado de diagnóstico) del diagnóstico al alta, el peso del GRD y su índice de comorbilidad medido por índice de Charlson. Se comparó en los pacientes ingresados en fin de semana y laborables, la tasa de mortalidad intrahospitalaria global y a las 48h del ingreso. El análisis estadístico se realizó con SPSS.

**Resultados.** 5.371 pacientes ingresan con el diagnóstico de enfermedad cerebrovascular. La edad media fue de 76,4 años, un 50,3% eran varones y la estancia fue de 8,3 días. La media del peso GRD fue 2,21 y del índice de Charlson 2,02. Un 22,4% ingresaron en fin de semana. 784 pacientes (14,6%) fallecieron. Cuando se comparó la mortalidad global de los pacientes que ingresaron en fin de semana con los que ingresan en día laborable se encontró que la edad (81,7 frente a 75,5 años  $p < 0,0001$ ), el sexo femenino (16,5% frente a 12,8%), el peso del GRD (3,03 frente a 2,06  $p < 0,0001$ ), el índice de Charlson (1,2 frente a 1,08  $p < 0,001$ ) y el ingreso en fin de semana (16,4 frente a 14,1%  $p = 0,044$ ) se asociaron a mayor riesgo de mortalidad global. Este exceso de mortalidad por ingreso en fin de semana no se mantuvo cuando se ajustó por posibles factores de confusión, permaneciendo significativas la edad, el GRD y el índice de Charlson. Sin embargo cuando se analizaron las muertes producidas en las primeras 48 h del ingreso, tras el análisis multivariante, el ingreso en fin de semana se asocia con un exceso de 36% mayor de riesgo de fallecer respecto a los pacientes que ingresan en día laborable. También se asociaron a mayor mortalidad precoz la edad y el peso del GRD. OR mortalidad temprana (IC del 95%) OR mortalidad global (IC del 95%) Edad 1,04 (1,03-1,06) 1,06 (1,05-1,07) Sexo 0,89 (0,74-1,30) 1,03 (0,87-1,22) Peso GRD 1,11(1,05-1,17) 1,31(1,25-1,37) Ingreso en fin de semana 1,36 (1,02-1,82) 1,08 (0,9-1,3) Charlson 1,08 (0,96-1,21) 1,18 (1,10-1,26).

**Conclusiones.** En los pacientes que ingresan por ictus se observa un aumento de la mortalidad temprana en los pacientes que ingresan en fin de semana.

**G-33**

**¿QUÉ COMUNICAMOS LOS INTERNISTAS? ESTUDIO BIBLIOMÉTRICO DE LOS SERVICIOS DE MEDICINA INTERNA DE ESPAÑA. 2. PUBLICACIONES**

**C. San Román Terán, M. Guil García, P. Medina Delgado, L. Montero Rivas, C. Ramos Cantos, M. Martín Pérez, J. Pérez Díaz y S. Fernández Sepúlveda**

Medicina Interna. Hospital Comarcal de La Axarquía. Vélez Málaga, Málaga.

**Objetivos.** Analizar y describir las áreas temáticas de los trabajos originales publicados por los Servicios de Medicina Interna españoles durante el año 2005 y compararlos con la distribución de las altas (case-mix) de los mismos.

**Material y métodos.** Período: año 2005. Sumarios de Anales de Medicina Interna, Medicina Clínica (Barcelona) y Revista Clínica Española. Búsqueda en Med-line mediante las siguientes estrategias: a) "España", "Spain", "Medicina Interna", "Internal Medicine" en Affiliation, año 2005, idioma inglés, adultos mayores de 19 años y b) búsqueda individualizada en Med-line con la misma estrategia de las 20 revistas españolas, editadas en español, de mayor impacto según los datos de ISI exceptuando las tres citadas. Case-Mix de los Servicios de Medicina Interna en Andalucía (Rev Clin Esp 2006; 206(1): 4-11).

**Resultados.** Se obtuvieron 712 publicaciones válidas para este estudio que se distribuyeron según su posible acepción a cada categoría diagnóstica mayor como indica la tabla 1. Si tenemos en cuenta los principales diagnósticos observados en los servicios de Medicina Interna y las áreas de interés especificadas a lo largo del tiempo en congresos y reuniones científicas así como en los grupos de trabajo de la SEMI la distribución es como se observa en la tabla 2 que representa la distribución por porcentajes.

**Conclusiones.** 1) La proporción de trabajos tiene solo cierta correlación con el case-mix, ya que hay diferencias significativas en cuanto a VIH, Infecciosos y Músculo-esquelético y Conectivo por exceso y a Digestivo, Hepatobiliar y Páncreas por defecto. 2) Gestión clínica, HIV, Síndrome metabólico-Diabetes y Factores de riesgo son los campos que más aparecen en las publicaciones de los Servicios de Medicina Interna. 3) Una de cada tres trabajos publicados (31,07%) esta dedicado a temas relacionados con la Gestión Clínica y Sanitaria y/o la Calidad Asistencial. 4) Teniendo en cuenta que la Pancreatitis y la Hemorragia Digestiva se sitúan entre los 8 diagnósticos más pre-

valentes en Medicina Interna y que la patología del Tiroides es muy frecuente en las consultas externas, resulta llamativo la poca profusión en las publicaciones.

Tabla 2 (G-33).

Áreas de especial interés	%
Gestión clínica y sanitaria. Calidad asistencial.	31,07%
HIV	11,92%
Diabetes. Obesidad. Síndrome metabólico	7,94%
Factores de riesgo	7,48%
Ancianos	6,54%
TVP	6,31%
Conectivopatías	4,91%
ACVA	4,21%
Insuficiencia cardiaca	3,97%
Cardiopatía isquémica	3,04%
TBC	3,04%
Neumonía	2,34%
EPOC	2,34%
Tiroides	1,64%
Pancreatitis	1,17%
FOD	0,93%
Pluripatológicos	0,93%
Hemorragia digestiva	0,23%

**G-34**

**¿QUÉ COMUNICAMOS LOS INTERNISTAS? ESTUDIO BIBLIOMÉTRICO DE LOS SERVICIOS DE MEDICINA INTERNA DE ESPAÑA. 1. COMUNICACIONES Y TESIS DOCTORALES**

**C. San Román Terán, L. Montero Rivas, C. Ramos Cantos, M. Martín Pérez, J. Pérez Díaz, P. Medina Delgado, E. Santín Piñero y M. Guil García**

Medicina Interna. Hospital Comarcal de La Axarquía. Vélez-Málaga, Málaga.

**Objetivos.** Analizar y describir las áreas temáticas de los trabajos originales publicados por los Servicios de Medicina Interna españoles

Tabla 1 (G-33).

Categoría diagnóstica mayor		Publicaciones 2005		CASE-MIX 2002
Sin clasificar	0	0	0,00%	0,75%
Sistema Nervioso	1	42	5,90%	11,10%
Ojos	2	1	0,14%	0,18%
ORL y Boca	3	4	0,56%	0,75%
Sistema Respiratorio	4	59	8,29%	24,02%
Sistema Circulatorio	5	138	19,38%	26,42%
Aparato Digestivo	6	26	3,65%	8,83%
Hepatobiliar y Páncreas	7	44	6,18%	5,97%
Sistema Musculoesquelético y Conectivo	8	52	7,30%	2,53%
Piel, Subcutáneo y Mama	9	15	2,11%	1,44%
Endocrinología, Nutrición y Metabólicas	10	56	7,87%	3,30%
Riñón y tracto Urinario	11	17	2,39%	3,37%
Sistema genital Masculino	12	0	0,00%	0,32%
Sistema genital Femenino	13	3	0,42%	0,25%
Embarazo Parto y Puerperio	14	6	0,84%	0,04%
Recién Nacido y Procesos Perinatales	15	0	0,00%	0,00%
Sangre e Inmunología	16	28	3,93%	1,68%
Mieloproliferativos				
Tumores Pobremente Diferenciados	17	22	3,09%	1,15%
Infecciosos y Parásitos	18	98	13,76%	2,61%
Psiquiatría	19	4	0,56%	0,63%
Alcohol y Drogas	20	19	2,67%	0,26%
Envenenamientos y Efectos Tóxicos	21	27	3,79%	0,91%
Quemados	22	0	0,00%	0,01%
Otros Factores que influyen en la Salud	23	0	0,00%	0,56%
Infección VIH	24	51	7,16%	2,87%
Politraumatismos	25	0	0,00%	0,02%

Tabla 1 (G-34).

Categoría diagnóstica mayor	Comunicaciones Congreso		Tesis doctorales		CASE-MIX 2002
Sin clasificar	0	0,00%	0	0,00%	0,75%
Sistema Nervioso	38	6,87%	9	2,89%	11,10%
Ojos	0	0,00%	0	0,00%	0,18%
ORL y Boca	1	0,18%	0	0,00%	0,75%
Sistema Respiratorio	57	10,31%	19	6,11%	24,02%
Sistema Circulatorio	109	19,71%	48	15,43%	26,42%
Aparato Digestivo	20	3,62%	15	4,82%	8,83%
Hepatobiliar y Páncreas	26	4,70%	36	11,58%	5,97%
Sistema Musculoesquelético y Conectivo	51	9,22%	24	7,72%	2,53%
Piel, Subcutáneo y Mama	1	0,18%	3	0,96%	1,44%
Endocrinología, Nutrición y Metabolismo	50	9,04%	43	13,83%	3,30%
Riñón y Tracto Urinario	11	1,99%	14	4,50%	3,37%
Sistema Genital Masculino	0	0,00%	0	0,00%	0,32%
Sistema Genital Femenino	0	0,00%	2	0,64%	0,25%
Embarazo, Parto y Puerperio	0	0,00%	3	0,96%	0,04%
Recien Nacido y Procesos Perinatales	0	0,00%	0	0,00%	0,00%
Sangre e Inmunología	37	6,69%	11	3,54%	1,68%
Mieloproliferativos y Tumores Pobremente Diferenciados	10	1,81%	5	1,61%	1,15%
Infecciosos y Parasitos	77	13,92%	23	7,40%	2,61%
Psiquiatría	0	0,00%	3	0,96%	0,63%
Alcohol y Drogas	8	1,45%	19	6,11%	0,26%
Envenenamientos y Efectos Tóxicos	13	2,35%	10	3,22%	0,91%
Quemados	0	0,00%	0	0,00%	0,01%
Otros Factores que influyen en la Salud	3	0,54%	0	0,00%	0,56%
Infección VIH	41	7,41%	24	7,72%	2,87%
Politraumatismos	0	0,00%	0	0,00%	0,02%

durante el año 2.005 y compararlos con la distribución de las altas (Case-Mix) de los mismos.

**Material y métodos.** Libro de resúmenes del XXVI Congreso Nacional de la Sociedad Española de Medicina Interna (SEMI), noviembre 2005 (Rev Clin Esp 2005; 205 (Extra 2): 1-307). Libro de Tesis Doctorales en Medicina Interna, "1976-2004 La Investigación Española en Medicina Interna a través de las Tesis Doctorales", editado por SEMI, 2006. Case-Mix de Medicina Interna en Andalucía (Rev Clin Esp 2006; 206(1):4-11).

**Resultados.** Se obtuvieron como válidos para su inclusión en el estudio 553 comunicaciones al congreso y 311 Tesis Doctorales que se agruparon clasificándose con arreglo a la Categoría Diagnóstica Mayor correspondiente tal como se puede ver en la tabla 1. Si tenemos en cuenta los principales diagnósticos observados en los servicios de Medicina Interna y las áreas de interés especificadas a lo largo del tiempo en congresos y reuniones científicas así como en los grupos de trabajo de la SEMI la distribución es como se observa en la tabla 2.

Tabla 2 (G-34).

Áreas de especial interés	Congreso	Tesis
Conectivopatías	7,51%	8,73%
Gestión clínica y sanitaria. Calidad asistencial.	13,83%	8,73%
Factores de riesgo	13,44%	29,26%
TBC	4,15%	3,93%
Ancianos	5,93%	4,37%
TVP	7,71%	1,31%
Diabetes. Síndrome metabólico. Obesidad	6,72%	14,85%
Tiroides	1,38%	1,75%
Pluripatológicos	1,38%	0,44%
EPOC	4,35%	2,62%
ACVA	4,35%	1,31%
Cardiopatía isquémica	5,93%	5,24%
Insuficiencia cardiaca	10,28%	0,44%
Neumonía	3,75%	3,49%
Pancreatitis	0,59%	2,62%
Hemorragia digestiva	0,59%	0,00%
HIV	7,31%	10,04%
FOD	0,79%	0,87%

**Conclusiones.** 1) La proporción de trabajos tiene cierta correlación con el case-mix, si bien hay diferencias significativas en cuanto a VIH, Infecciosos y Endocrino Metabólicas por exceso y a Respiratorio y Circulatorio por defecto. 2) Gestión clínica y Sanitaria y Calidad

Asistencial, Factores de riesgo e Insuficiencia cardiaca son los campos que más comunicaciones merecen. 3) El perfil de distribución de las Tesis Doctorales tiene una clara tendencia a los temas sobre Factores de riesgo, Síndrome Metabólico y VIH. 4) Llama la atención el elevado porcentaje de comunicaciones (13,83%) y de tesis (8,73%) dedicadas a temas relacionados con la Gestión clínica y sanitaria y la Calidad Asistencial. 5) Teniendo en cuenta que el ACVA, la Pancreatitis y la Hemorragia digestiva se sitúan entre los 8 diagnósticos más prevalentes en Medicina Interna resulta llamativo el poco interés en las tesis y comunicaciones.

**G-35 RESULTADOS DE ACTIVIDAD DE UNA UNIDAD DE VALORACIÓN SOCIO-SANITARIA (UVASS) EN UN HOSPITAL DE AGUDOS**

**J. Pita Da Veiga Montis<sup>1</sup>, M. Villalonga Comas<sup>2</sup>, N. Ribas Pizá<sup>2</sup>, M. Riera Fiol<sup>2</sup>, M. Palmer<sup>3</sup> y C. Rojas López<sup>2</sup>**

<sup>1</sup>UVASS. Hospital General de Mallorca. Palma de Mallorca, Baleares. <sup>2</sup>UVASS. Hospital Universitario de Son Dureta. Palma de Mallorca, Baleares. <sup>3</sup>UVASS. Hospital Joan March. Bunyola, Baleares.

**Objetivos.** Descripción de la actividad de UVASS del Hospital Universitario de Son Dureta desde su creación.

**Material y métodos.** Registro de pacientes retrospectivo intrahospitalario y lineal de casos. La valoración es interdisciplinar, realizada por el equipo de UVASS formado por personal del hospital de agudos como de los centros sociosanitarios, y no coactiva para el profesional responsable del paciente. Se realiza una valoración integral del paciente que incluye valoración funcional (Barthel y actividades instrumentales de la vida diaria), valoración cognitiva (Pfeiffer), informe social y se concluye con un informe sobre el recurso más idóneo.

**Resultados.** Desde 1 julio de 2002 hasta el 15 de junio del 2006 se han valorado 5.866 con una media de edad de 75.9 años, con predominio de hombres (52,8%) respecto a mujeres (47,2%) de los cuales un 35,13% se trasladaron al H. General, 32,59% al H. Joan March, 5,28% al H. Cruz Roja, 3,2% al H. San Juan de Dios. Un 17,76% no pudieron ser trasladados por diversas causas (falta de camas, empeoramiento clínico, pendientes de finalizar estudio, o negativa del paciente al traslado) de los que 577 un 9,8% fueron éxitos. De los pacientes trasladados 97 se trasladaron a unidades de larga estancia, 2.383 a unidades de subagudos, 2.162 a unidades de convalecencia y 807 a unidades de paliativos.

**Discusión.** Como consecuencia del aumento de la esperanza de vida, los ancianos son el grupo de población con el crecimiento más rápido en los países occidentales, lo que ha llevado a un aumento en la prevalencia de enfermedades crónicas y discapacidad secundaria. Por todo ello, a raíz de la puesta en marcha del Plan Socio Sanitario de les Illes Balears en el año 2002 se decidió la creación de UVASS en los hospitales de agudos de referencia de nuestra comunidad, en vistas a crear unidades interdisciplinares, con miembros de ambas entidades (hospitales de agudos y hospitales sociosanitarios), para realizar una valoración integral de los pacientes con enfermedades crónicas evolutivas y terminales, en vistas a buscar el recurso más adecuado en el momentos del alta de los hospitales de agudos.

**Conclusiones.** Desde su implantación, las unidades de valoración han mostrado ser un instrumento dinámico de gestión clínica socio-sanitario que abarca diferentes niveles asistenciales y disciplinas, no sólo como mero gestor si no también implicándose de forma activa en la evolución de los pacientes.

**G-36**  
**CONTINUIDAD ASISTENCIAL EXTRAHOSPITALARIA EN HSJD-ALJARAFE**

**C. González Becerra<sup>1</sup>, R. Aparicio Santos<sup>1</sup>, I. Vallejo Maroto<sup>1</sup>, M. Benticuaga Martínez<sup>1</sup>, M. Álvarez Alcina<sup>1</sup>, C. Palmero Palmero<sup>1</sup>, J. Páez Pinto<sup>2</sup> y A. Fernández Moyano<sup>1</sup>**

<sup>1</sup>Servicio de Medicina. Hospital San Juan de Dios del Aljarafe. Bormujos, Sevilla. <sup>2</sup>Dirección Asistencial del Distrito Sanitario Aljarafe. SAS. Mairena del Aljarafe, Sevilla.

**Objetivos.** Describir la actividad asistencial de nuestro centro antes y después de la aplicación de un modelo de continuidad extrahospitalaria potenciando la figura del médico internista de referencia. Evaluar su actividad mediante análisis cuantitativo utilizando indicadores finales (nº de derivaciones a consultas, nº de ingresos en planta, nº de reingresos, estancia media e índice de rotación)

**Material y métodos.** Estudio observacional antes-después, de la actividad asistencial realizada en un período semestral previo al inicio del programa: Otoño-Invierno 2004/2005 (Fase-1), con el período semestral inicial de desarrollo del programa: Otoño-Invierno 2005/2006 (Fase-2). Análisis global y sectorizado por zonas básicas de salud (ZBS).

**Resultados.** La media de derivaciones mensuales a consultas en la fase-2 fue de 734 (DT: 113) frente a 833 (DE: 48) de la fase-1 (p < 0,05), siendo el promedio de la tasa global de primeras veces/1000 TAE > 14 años de 34.1(9.0) frente a 36.1 (6.7) respectivamente (p: ns). La tasa de ingresos y la de reingresos por cada 1000 TAE > 14 años fue de 9.7 (2.02) vs 10.2 (2.17) (p: ns) y de 0,88 (0,37) vs 1,29 (0,41) (p < 0,05) respectivamente. La estancia media depurada fue de 7.73 vs 7,61 (p: ns).

**Conclusiones.** La instauración del programa se ha asociado a un descenso en la tasa de derivación global y en el número dereingresos. La diferencias encontradas entre las ZBS podrían deberse a la variabilidad en las características sanitarias y demográficas de las distintas áreas. Consideremos que este modelo que potencia la continuidad asistencial está dotado de elementos que podrían atender las expectativas de los usuarios, aportando beneficios para el paciente y el sistema sanitario. Sería conveniente evaluar en nuevos estudios las causas que marcan las diferencias entre las distintas ZBS.

Tabla 1. Comparación de variables asistenciales entre la Fase 1 y la Fase 2.

	Fase 1 (DE)	Fase 2 (DE)	p
Nº primeras veces derivadas a consultas	833 (48)	734 (113)	0,04
Tasa primeras/1.000 TAES > 14 años	36,1 (6,8)	34,1 (9,0)	ns
Preferentes a consultas	50 (17)	12 (4)	0,003
Total hospitalizaciones (nº altas)	2122	2140	
Tasa altas/1.000 TAES > 14 años	10,2 (2,17)	9,7 (2,02)	ns
Total reingresos Hospitalarios	2,93	2,30	
Tasa reingresadores/1.000 TAES > 14 años	1,29 (0,41)	0,88 (0,37)	0,04
Estancia Media depurada	7,73	7,61	ns
Índice de rotación	3,75	4,4	0,05
Mortalidad	11,49	10,9	ns

**G-37**  
**CONSULTAS DE ALTA RESOLUCIÓN: CONSULTA DE ORIENTACIÓN DIAGNÓSTICA Y TERAPÉUTICA. GRADO DE SATISFACCIÓN DE LOS MÉDICOS DE ATENCIÓN PRIMARIA EN NUESTRA PROVINCIA**

**P. Rodríguez Ortega<sup>1</sup>, J. García Moreno<sup>1</sup>, E. Pujol de la LLave<sup>1</sup> y B. Barón Franco<sup>1</sup>**

<sup>1</sup>Medicina Interna. Hospital Juan Ramón Jiménez. Huelva.

**Objetivos.** Introducción: Desde el año 2000, en nuestra Area Sanitaria, venimos realizando 2 Internistas una labor diagnóstica extra-hospitalaria, en 2 Consultas Externas íntimamente relacionadas con atención primaria, ubicadas en un C.P.E. Globalmente nuestra experiencia es satisfactoria, hemos mantenido un acercamiento en cuanto a la Accesibilidad y la Comunicación con el primer nivel asistencial. Trabajando conjuntamente por el bien de los pacientes y mejorando la Coordinación entre niveles. Queríamos conocer el grado de aceptación de Atención Primaria con respecto a la labor realizada tras 5 años de experiencia.

**Material y métodos.** Los pacientes son remitidos para estudio por cualquier patología del área medica subsidiaria de estudio, pormenorizando los tiempos de demora en los casos ordinarios por la vía administrativa en un plazo de mínimo de 8 días-máximo de 14 días y priorizando los motivos de estudio preferentes-urgentes por la vía telefónica directa en el plazo máximo de 72 horas. Como objetivo final, nuestra función no es revisar a los pacientes, sino tras realizar la labor diagnóstica y terapéutica, damos de alta a su primer nivel, o bien, derivamos a un área especializada específica, o ingresamos de forma programada en los casos necesarios. La relación pacientes primera vista-visitas sucesivas es 1: 2. Existe un compromiso de informe clínico y un elevado porcentaje de pacientes con altas directas. Toda esta metodología ha sido valorada mediante encuesta de satisfacción realizada en los meses de Enero a marzo de 2006, realizada de forma anónima y distribuida en nuestro distrito sanitario, desde donde ha sido enviada a todos los Centros de nuestra provincia.

**Resultados.** La provincia de Huelva tiene una población de unos 150.000 habitantes. 27 zonas básicas de salud. En la capital existen 7 centros de Salud. Con un colectivo médico en plantilla actual de 90 médicos. Los resultados obtenidos son los siguientes: han respondido 30 médicos (33%) a las 8 cuestiones planteadas. En primer lugar, con respecto al grado de resolución de esta consulta el 90% de los encuestados está muy satisfecho o satisfecho con esta consulta y sólo 3 médicos (10%) está poco satisfecho. Con respecto a los tiempos de demora en el estudio diagnóstico de los pacientes, el 87% está muy satisfecho. Existe un 100% de confianza en los médicos de esta consulta. Cuando se le pregunta sobre la valoración en cuanto al acceso telefónico, el 90% consideran que muy bueno. El 87% contestan que se trabaja por la Comunicación entre los médicos de Atención primaria en esta consulta, frente al 13% en el resto. En cuanto a los informes emitidos al alta, el 85% disponían de los mismos. El 93% de los encuestados consideran que es un modelo de consulta eficaz y cuando se les pregunta sobre su impresión subjetiva con respecto al grado de satisfacción de los pacientes, esta es del 99%.

**Conclusiones.** 1) El grado de abstención es elevado. Existe creemos un alto grado de desmotivación en todo aquello que compete a la labor extraasistencial. 2) El grado de satisfacción con nuestro de modelo de consulta es elevado, muestra de ello es la permanente confianza en la derivación de los pacientes. 3) Debemos mejorar los cauces administrativos durante el tiempo de estudio y al alta, para optimizar la comunicación entre los 2 niveles.

**G-38**  
**ACTIVIDAD DEL INTERNISTA DE REFERENCIA EN LAS SESIONES COMPARTIDAS EN EL DISTRITO SANITARIO ALJARAFE**

**C. González Becerra<sup>1</sup>, R. Aparicio Santos<sup>1</sup>, I. Vallejo Maroto<sup>1</sup>, M. Benticuaga Martínez<sup>1</sup>, C. Escorial Moya<sup>1</sup>, R. Espinosa Calleja<sup>1</sup>, J. Páez Pinto<sup>2</sup> y A. Fernández Moyano<sup>1</sup>**

<sup>1</sup>Servicio de Medicina. Hospital San Juan de Dios del Aljarafe. Bormujos, Sevilla. <sup>2</sup>Dirección Asistencial del Distrito Sanitario Aljarafe. SAS. Mairena del Aljarafe, Sevilla.

**Objetivos.** Describir la actividad asistencial de nuestro centro antes y después de la aplicación de un modelo de continuidad extrahospita-

laría potenciando la figura del médico internista de referencia. Evaluar su actividad mediante análisis cuantitativo utilizando indicadores intermedios (nº de sesiones realizadas, nº de médicos asistentes, casos presentados, solicitud de pruebas complementarias y pacientes ingresados por zonas básicas de salud (ZBS).

**Material y métodos.** Estudio observacional antes-después, de la actividad asistencial realizada en un período semestral previo al inicio del programa: Otoño-Invierno 2004/2005 (Fase-1), con el período semestral inicial de desarrollo del programa: Otoño-Invierno del 2005/2006 (Fase-2). Análisis global y sectorizado por zonas básicas de salud (ZBS).

**Resultados.** En las sesiones compartidas el porcentaje de médicos asistentes fue del 57,5%. De estos, el 61% presentó algún caso clínico, siendo 1,95 (D 1,25) la media de pacientes a los que se les solicitó pruebas en cada sesión, y de 1,7 (DE 0,6) la media de pacientes que presentó cada médico. Esta actividad descrita, fue distinta para cada ZBS. Los pacientes de cada zona básica han ingresado en la planta a cargo de su internista de referencia en la mayoría de los casos.

**Conclusiones.** Hemos encontrado un aumento en el porcentaje de participación (32%), de los médicos de atención primariatras la implantación del programa. Este sistema ha dotado al médico de familia de una mayor autonomía en el manejo de los pacientes y en la gestión de exámenes complementarios. La gestión de las pruebas complementarias en dichas sesiones ha logrado una mayor eficiencia en la actividad conjunta desarrollada. Sería conveniente evaluar en nuevos estudios las causas que marcan las diferencias entre las distintas ZBS.

Tabla 1. Descripción de actividad en las sesiones compartidas.

	Programa de atención compartida (media y d. estándar o porcentaje)
Nº sesiones realizadas	78
% médicos asistentes	57,5%
Incremento relativo de asistencia (%)	32%
% médicos que presentan casos	61%
Nº casos presentados por médico	1,09 (0,5)
Nº casos presentados por médico que presenta	1,7 (0,6)
Nº pacientes a los que se les ha solicitado pruebas no disponibles en Primaria	1,95 (1,25)
Nº de pacientes a los que se les solicita prueba y no son citados en consulta	1,28 (0,69)
Nº de pacientes citados desde las sesiones compartidas a	1,71 (1,54)
Nº de llamadas por teléfono que se ha recibido desde el Centro de Salud	112
Actualizaciones realizadas en total	12

### G-39

#### SATISFACCIÓN DE LOS PROFESIONALES CON UN PROGRAMA DE ATENCIÓN CONTINUADA: EXPERIENCIA DEL DISTRITO ALJARAFE (SEVILLA)

M. Benticuaga Martínez<sup>1</sup>, A. Fernández Moyano<sup>1</sup>, J. Páez Pinto<sup>2</sup>, V. Ruiz Romero<sup>3</sup>, I. Vallejo Maroto<sup>1</sup>, C. González Becerra<sup>1</sup>, R. Aparicio Santos<sup>1</sup> y R. de la Rosa Morales<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Servicio de Medicina. Medicina Interna. Hospital San Juan de Dios del Aljarafe. Bormujos, Sevilla. <sup>2</sup>Dirección Asistencial Distrito Aljarafe. SAS. Distrito Aljarafe. Sevilla, Sevilla.

<sup>3</sup>Responsable Calidad Asistencial. Hospital San Juan de Dios del Aljarafe. Bormujos, Sevilla.

**Objetivos.** La valoración de la satisfacción de los profesionales en el desempeño de sus funciones se contempla como criterio del Modelo Europeo de Excelencia Empresarial EFQM (*European Foundation For Quality Management*) y se considera factor determinante en la calidad de la atención al paciente. Este estudio evalúa el grado de satisfacción de los profesionales implicados en el Programa de Atención Continuada (PAC) del Distrito Aljarafe: Médicos de Atención Primaria (MFyC) y especialistas de Medicina Interna (MI)

del Servicio de Medicina del Hospital San Juan de Dios del Aljarafe. Material y métodos. Se realizó una encuesta personal y anónima entre los profesionales que integran el programa. Ante la ausencia de encuesta validada para evaluar la satisfacción de MFyC y MI con PAC, elaboramos una propia, siguiendo las recomendaciones del modelo SERVQUAL (Service Quality). Investigamos las siguientes áreas: Continuidad Asistencial, Cooperación, Autonomía, Accesibilidad, Comunicación, Priorización, Competencia profesional, Capacidad de respuesta, Calidad asistencial y Cortesía-resolución de conflictos, con 19 preguntas siguiendo las respuestas una escala tipo Likert, con las distintas opciones para medir actitudes. Tratamiento estadístico con el paquete SPSS 14.0 para windows.

**Resultados.** La encuesta fue contestada por el 100% (n = 15) MI y por el 72% (n = 87) de MFyC. El 73% (n = 11) de los internistas estaba en acuerdo o total acuerdo con que el PAC mejora la calidad de la asistencia; el 60% (n = 9) estaba muy o bastante satisfecho con el desarrollo del programa, el 27% (n = 4) estaba poco o nada y 2 indicaron indiferencia ante el desarrollo del PAC considerando que no mejoraba la atención al paciente. Entre los MFyC, los resultados indicaron una alta satisfacción con el programa de colaboración (95% muy o bastante satisfecho), la mejora en la calidad asistencial (88%) y en la autonomía para el manejo de pacientes (82%). Fueron muy bien valoradas la cooperación con el Internista, su competencia clínica y resolutiveidad, mejora en la priorización de casos en sesión compartida y la información que aportaba de los pacientes. Para el 85% de MFyC y el 70% de MI la frecuencia de las sesiones era adecuada; para el 12% de los MC y C escasa, proponiendo el 50% de estos que fuera semanal. El 23% de los internistas consideró que era excesiva, proponiendo 1 ó 2 al mes.

**Discusión.** La satisfacción de los internistas es mayoritariamente buena o muy buena. Existe un 27% poco satisfecho, aunque ninguno nada satisfecho. Este dato, puede explicarse por el perfil de adhesión al programa de cada Centro de Salud y por otros elementos no evaluados (características intangibles de la sesión compartida, necesidad de autogestión de agenda...). Los MFyC tenían una satisfacción muy elevada, creemos que condicionada fundamentalmente por la mejora en la coordinación, y en la autonomía conseguida en el manejo de pacientes (consenso diagnóstico y terapéutico, solicitud de exámenes complementarios); con mejora final de la calidad en la atención a éstos. La frecuencia de las sesiones, mejora en la priorización de la atención, contacto telefónico, información aportada sobre los pacientes, el contenido de las actualizaciones y el consenso acerca de la competencia profesional de su Internista de referencia, son otros factores condicionantes de esta satisfacción.

**Conclusiones.** 1) Los MF y C están muy satisfechos con el PAC desarrollado. 2) Los MI están mayoritariamente satisfechos con el PAC. 3) El PAC contiene elementos de gestión que permiten contemplar las expectativas de los MFyC. 4) Debe identificarse las áreas débiles que condicionan insatisfacción y potenciar la que condicionan satisfacción.

### G-40

#### MOTIVOS DE INGRESO EN EL DEPARTAMENTO DE MEDICINA DE UN HOSPITAL COMARCAL

C. Morales Coca, J. Aligué Capsada, O. El Boutrouki, A. Otero Fernández, M. Pinazo Delgado, J. González Martínez, J. Barrios Sendra y R. Pérez Vidal

Medicina Interna. Fundación Althaia. Manresa, Barcelona.

**Objetivos.** Determinar los motivos de ingreso más frecuentes en el Departamento de Medicina de nuestro hospital.

**Material y métodos.** Estudio transversal en el que se recogieron todos los pacientes ingresados en el Departamento de Medicina entre el 21 de noviembre y el 20 de diciembre de 2005, evaluando la edad, sexo, lugar de procedencia, especialidad en la que ingresaron, estancia hospitalaria y motivo de ingreso.

**Resultados.** n = 408 (56,8% varones, 43,2% mujeres). Edad media 70,1 (IC 68-72). El 80% provienen de domicilio, el 11% de residencia y el 3,4% de Cuidados Intensivos. 232 pacientes (56,9%) ingresaron en Medicina Interna, 52 pacientes (12,7%) en Cardiología, 29 pacientes (7,1%) en Neumología, 25 pacientes (6,1%) en Oncología, 17 pacientes (4,2%) en Digestivo y el resto de pacientes (13%) en otras especialidades. Estancia media 9,4 días. Motivos de ingreso: EPOC y/o sobreinfección respiratoria 94 pacientes (23,03%), insu-



ficiencia cardíaca 36 (8,8%), AVC 34 (8,3%), neumonía 29 (7,10%), neoplasias 28 (6,8%), cardiopatía isquémica 22 (5,3%), infección urinaria 15 (3,6%), gastroenteritis aguda 10 (2,45%), síndrome febril sin foco 9 (2,2%), hepatopatía crónica descompensada 8 (1,96%), diabetes mellitus descompensada 8 (1,96%), arritmia 8 (1,96%), anemia 6 (1,4%).

**Discusión.** La edad avanzada y la mejor eficacia terapéutica implican una mayor cronicidad de las patologías. El internista, a través de una visión integral, debe ser capaz de valorar el aspecto clínico, funcional y cognitivo del enfermo.

**Conclusiones.** Las enfermedades respiratorias fueron el motivo de ingreso más frecuente en el Departamento de Medicina, seguidas de la insuficiencia cardíaca, el accidente cardiovascular y las neoplasias. El 56,9% de los pacientes ingresaron en el Servicio de Medicina Interna, mientras que el 40,1% requirieron hospitalización en alguna otra especialidad médica.

#### G-41

### ORIENTACIÓN DE UN SERVICIO DE MEDICINA INTERNA A LAS NUEVAS NECESIDADES DE LOS PACIENTES. 1. DOMICILIACIÓN DE PROCESOS HOSPITALARIOS MÉDICOS

**A. San José Laporte, J. Pérez López, C. Alemán Llansó, X. Pérez Morella, E. Tapia Melechón, A. Barrio Guirado, M. Gándara Sanz y M. Vélez Miranda**

Hospitalización Domiciliaria. Servicio de Medicina Interna. Hospital Universitario Vall d'Hebron. Barcelona.

**Objetivos.** Los cambios demográficos y epidemiológicos de la población obligan a una reorientación de los Servicios de Medicina Interna. Las alternativas a la hospitalización convencional, concretamente la domiciliación de procesos hospitalarios médicos, es una alternativa eficiente y bien aceptada por los pacientes. Abertura de una Unidad de Hospitalización a Domicilio para pacientes médicos con el objetivo de promocionar la domiciliación de procesos hospitalarios médicos, potenciando la evitación de ingresos hospitalarios y las altas precoces.

**Material y métodos.** Unidad integrada en un Servicio de Medicina Interna General que dispone además de una Unidad de Hospitalización Convencional, una Consulta de Atención Inmediata (alta resolución más diagnóstico rápido), Consultas Externas Convencionales, una Unidad Geriátrica de Agudos y un Equipo de Soporte Geriátrico. Se establecen y desarrollan acuerdos de colaboración y protocolización de patologías entre los servicios de medicina interna, urgencias, neumología, cardiología y enfermedades infecciosas. Patologías protocolizadas: EPOC, insuficiencia cardíaca, neumonía, infección del tracto urinario, celulitis, absceso hepático y renal. Acuerdos de colaboración con Atención Primaria de Salud del entorno hospitalario: comunicación al ingreso y alta, planificación de las altas en pacientes frágiles o con necesidad de curas y visitas conjuntas. Equipo formado por dos médicos y tres enfermeros (equipo de mañana, tarde y fin de semana). Se presentan los primeros pacientes atendidos de abril a junio de 2006.

**Resultados.** Se han realizado 72 episodios (66 pacientes) de hospitalización domiciliaria. 42 (56,7%) fueron alternativas a la hospitalización y 32 (43,2%) altas precoces, distribuyéndose de la siguiente forma: 32 episodios (43%) procedían de las Unidades de Hospitalización (75% de MI), 31 (42%) de Urgencias de Medicina, 4 (5,5%) de la Consulta de Atención Inmediata, 2 (2,7%) de CCEE, Hospital de Día y domicilio y 1 (1,3%) del gabinete de endoscopias. La edad media fue 66 (20) años (intervalo: 19-94); 54% mujeres y 46% varones. La estancia media fue de 10,2 (5,5) días. El motivo de ingreso fue de infecciones y antibioterapia por vía parenteral en 34 episodios (46%), EPOC descompensado en 13 (17,5%), insuficiencia cardíaca descompensada en 12 (16%) y cancer-cuidados paliativos en 5 (7%). De las infecciones 10 (29,5%) fueron neumonías, 10 (29,5%) ITU, 5 (14,7%) abscesos y 4 (11,7%) celulitis. El índice de Charlson medio fue de 2,2 (1,9) puntos (intervalo: 0-7) y el índice de Barthel medio fue de 81,5 (29) puntos (intervalo 0-100). Se realizaron 1,31 intervenciones de enfermería día, 0,67 intervenciones médicas día y 0,48 llamadas telefónicas día de control. 34 episodios (46%) fueron dados de alta a su equipo de Atención Primaria, 17 (23%) se derivaron a CCEE, 11 (14,8%) retornaron al hospital (5 de forma programada y 6 pasando por urgencias), 5 (

6,8%) se derivaron a la Consulta de Atención Inmediata y uno (1,3%) fue éxito. Se comunicó a la Atención Primaria de Salud vía email el 100% de las altas, en 44 episodios (59,5%) se activo el protocolo de planificación del alta vía enfermería de enlace, y en un paciente se realizó una visita de alta conjunta primaria y hospital.

**Conclusiones.** 1) La Unidad de Hospitalización Domiciliaria es una buena alternativa a la hospitalización convencional parapacientes médicos, tanto bajo el concepto de alta precoz como alternativa de ingreso hospitalario, permitiendo la domiciliación de procesos médicos que hasta ahora mayoritariamente eran ingresados en nuestro hospital. 2) El tratamiento antibiótico por vía parenteral fue el grupo más numeroso que se benefició de esta alternativa a la hospitalización convencional. 3) La mayoría de pacientes procedían de Las Unidades de Hospitalización de Medicina Interna y de la Unidad de Urgencias Médicas 4) Se ha desarrollado un sistema de comunicación con la Atención Primaria de Salud ágil y ajustado a las necesidades de los pacientes.

#### G-42

### DEMORA DIAGNÓSTICA EN UN SERVICIO DE MEDICINA INTERNA

**M. Belhassen García<sup>1</sup>, A. Carpio Pérez<sup>1</sup>, M. Alañá García<sup>2</sup>, J. Pardo Iledías<sup>1</sup> y A. Iglesias Gómez<sup>1</sup>**

<sup>1</sup>Medicina Interna III, <sup>2</sup>Neurología. Universitario. Salamanca.

**Objetivos.** Cuantificar el tiempo medio de espera entre la solicitud de una prueba diagnóstica habitual y el conocimiento del resultado en planta según los parámetros siguientes: a) Tiempo de espera desde la solicitud hasta realización (TER). b) Tiempo desde la realización de la prueba hasta su disposición en la historia clínica (TED). c) Demora diagnóstica (DD) = TER+ TED.

**Material y métodos.** Estudio prospectivo de los pacientes ingresados en el Servicio de Medicina Interna III y Neurología del Hospital Clínico Universitario de Salamanca. Se monitorizaron las pruebas diagnósticas más habituales: endoscopias, TAC, RMN y ecografías. El análisis de los datos se ha realizado con el paquete estadístico SPSS 12.1. Medidas de resultado - Duración de la hospitalización definida como la diferencia en días entre el ingreso y el alta. Demora diagnóstica (DD) definida como la suma de tiempo de espera en la realización de prueba diagnóstica (TER) + tiempo de espera en la recepción de resultados (TED).

**Resultados.** Hasta el momento se han recogido 48 historias clínicas de pacientes ingresados. La edad oscila entre los 16 y los 91 años. El grupo más numeroso es el incluido entre los 75 y los 85 años (19 pacientes). La distribución por sexos es prácticamente simétrica con 21 varones y 27 mujeres. El motivo de ingreso es similar a cualquier otro servicio de Medicina Interna o Neurología destacando ACVA, EPOC e infección respiratoria. Entre los antecedentes personales más prevalentes encontramos HTA (19 pacientes), DM (3), demencia senil (2) y CI. La mediana de la estancia media es de 13 días. Con un rango entre 4 y 30 días de ingreso hospitalario. Se han recogido 66 pruebas diagnósticas. De ellas destacamos 19 TAC, 11 RMN, 11 ecocardiogramas, 9 ecografías, 9 endoscopias digestivas y 7 ecodoppler. El carácter de la petición de las pruebas fue normal en 42 casos, preferente en 12 y urgente en 6 casos. Los días en espera de la realización (TER) de las pruebas oscilan entre 1 y 90 días. El grupo más numeroso está en 2 días (12 casos), 5 días (12 casos) y 4 días (11 casos). Desde la realización de la prueba hasta la recepción de los resultados (TED) pasan desde 0 a 12 días. La mayoría de los resultados se recibieron el mismo día de su realización (16 casos), o a los 2 días (12 casos). La demora diagnóstica (DD) oscila entre 1 y 90 días. Agrupadas por técnicas diagnósticas se observó: o TAC (cerebral, torácico y abdominal) se realizaron 19 pruebas, 13 normales, 4 preferentes y 2 urgentes con una DD de 8 días en las normales, 7,25 días en las preferente y 1,25 días en las urgentes. o Ecografías se realizaron 7 normales con una DD de 7,6 días, 1 preferente con una DD de 6,25 días y una urgente con una DD de 3 días. o Ecodoppler se realizaron 7 normales con una DD de 7,57 días. o Ecocardiografías se practicaron 6 normales con TER de 20,6 días, 4 preferentes con TER de 38,25 días y una urgente con TER 4 días. Todas las ecocardiografías se informaron el mismo día. o Endoscopias digestivas: se solicitaron 8 peticiones normales con un TER de 7,25 días y una endoscopia urgente realizada el día de la solicitud. Informadas todas en el día. o RMN cerebral y lumbar se prac-

ticaron 8 normales y 3 preferentes con una DD de 12,7 días en la preferente y 9,4 días en las normales

**Discusión.** Intentamos buscar posibles explicaciones de la demora. La más socorrida es la gran demanda de determinadas técnicas como Ecocardiografía que no tienen TED y son informadas en el día. Pero en otras pruebas, fundamentalmente en las solicitadas al Servicio de Radiología, hay retrasos en todos los pasos: citación, programación, información y remisión de resultados de las pruebas. En otras unidades como endoscopias digestivas no se tienen demoras informativas, pero se observan deficiencias similares respecto a la citación, solicitud y programación de las pruebas. Los resultados indican amplias posibilidades de mejora en la calidad y rapidez en la atención de los pacientes ingresados en una planta que conseguirían acortar las demoras diagnósticas y disminuir las complicaciones medicas innecesarias.

**Conclusiones.** El resultado de este estudio presenta un grupo heterogéneo de pacientes, con diversas patologías con un tiempo medio de ingreso de 12,6 días. El estudio presenta varias limitaciones siendo preciso un análisis diferenciado de cada prueba diagnóstica para poder conocer los problemas reales y las posibilidades de mejora.

#### G-43

### COMPLICACIONES MÉDICAS ASOCIADAS AL RETRASO EN LA REALIZACIÓN DE PRUEBAS DIAGNÓSTICAS

**M. Belhassen García, A. Carpio Pérez, J. Pardo Lledías, A. López Bernús y L. Fuentes Pardo**

Medicina Interna III. Universitario. Salamanca.

**Objetivos.** Analizar las complicaciones médicas acontecidas durante la demora diagnóstica que no eran el motivo del ingreso.

**Material y métodos.** Estudio prospectivo de los pacientes ingresados en el Servicio de Medicina Interna III y Neurología del Hospital Clínico Universitario de Salamanca. Centro de tercer nivel de la red de Castilla y León. Se monitorizaron las pruebas diagnósticas más habituales: endoscopias, TAC, RMN y ecografías. El análisis de los datos se ha reanalizado con el paquete estadístico SPSS 12.1. Medidas de resultado - Duración de la hospitalización definida como la diferencia en días entre el ingreso y el alta. Demora diagnóstica (DD) definida como la suma de tiempo de espera en la realización de prueba diagnóstica (TER) + tiempo de espera en la recepción de resultados (TED). Complicaciones por la demora definida como patología no asociada al motivo de ingreso que acontece durante la espera de resultados.

**Resultados.** Hasta el momento se han recogido 48 historias clínicas de pacientes ingresados. La edad de nuestros pacientes oscila entre los 16 y los 91 años. El grupo de edad más numeroso es el incluido entre los 75 y los 85 años (19 pacientes). La distribución por sexos es prácticamente simétrica con 21 varones y 27 mujeres. El motivo de ingreso es similar a cualquier otro servicio de Medicina Interna o Neurología. Destacando ACVA, EPOC e infección respiratoria. Entre los antecedentes personales más prevalentes encontramos HTA (19 pacientes), DM (3 pacientes), demencia senil (2) y Cardiopatía isquémica. La mediana de la estancia media es de 13 días con un rango entre 4 y 30 días de ingreso hospitalario. Se han contabilizado ocho complicaciones atribuibles a la demora diagnóstica con clínica diversa, que incluye descompensaciones de enfermedades de base, estables al ingreso y que no eran el motivo de su hospitalización como insuficiencia cardíaca y diabetes mellitus (ICC, DM). Dos episodios de infecciones del tracto urinario (ITU). Una flebitis. Un episodio de neuropatía y una hemorragia digestiva alta (HDA). 8 complicaciones de 48 ingresos suponen un 16,6%. En 6 ocasiones (75%) fue necesario un cambio en la terapéutica y en el 50% (4/8) de las complicaciones se realizó una prueba complementaria. Se consideran dos complicaciones como graves: un TEP y una HDA. Estas dos situaciones han supuesto un retraso del alta de 15 y 5 días respectivamente.

**Discusión.** Existe la sensación de que la mayoría los pacientes ingresados en nuestro Servicio tienen retrasos diagnósticos excesivos, fundamentalmente por la demora en la realización y la información de las distintas pruebas diagnósticas, con un incremento del tiempo de hospitalización y coste. Como problema adicional en el tiempo de espera pueden surgir complicaciones de distinta índole médica, que a su vez generan más estancia media y mayor gasto. Ante los escasos estudios realizados, intentamos responder a estas preguntas

¿Hay demasiado retraso en la realización de las pruebas diagnósticas y en su información? ¿Este retraso acarrea complicaciones médicas? Los resultados de nuestro estudio, con todas las deficiencias que encierran, responden afirmativamente a estas dos cuestiones por lo que nos planteamos realizar un estudio mejor diseñado y más completo.

**Conclusiones.** El resultado de este estudio presenta un grupo heterogéneo de pacientes, con diversas patologías con un tiempo medio de ingreso de 12,6 días. A pesar de las limitaciones del estudio y aunque es difícil valorar si la DD es excesiva según las diferentes pruebas, dado que implican a diferentes técnicas y unidades diagnósticas. Si podemos intuir una gran DD en general. Consideramos como un número importante la aparición de 8 complicaciones medicas (16,6% de los pacientes) aparecidas durante la espera de pruebas diagnósticas y/o resultados. El 4,1% se consideran graves. Estas complicaciones provocan cambios en el tratamiento en 6 pacientes (12,5%), y la realización de pruebas añadidas en 4 pacientes. Los retrasos en el alta atribuibles son de hasta 15 días, lo que supone un gasto importante para el hospital, así como mayores molestias al paciente.

#### G-44

### ESTUDIO DESCRIPTIVO DE PACIENTES REMITIDOS DESDE EL SERVICIO DE URGENCIAS A LA CONSULTA DE LA UNIDAD DE PLURIPATOLOGÍA

**B. Otero Perpiñá<sup>1</sup>, M. Odriozola Grijalba<sup>1</sup>, A. Moreno<sup>1</sup>, J. Rodríguez<sup>1</sup>, V. Gracia<sup>1</sup>, E. Mohedano<sup>2</sup>, I. Ghanem<sup>3</sup> y J. Medina<sup>1</sup>**

<sup>1</sup>Medicina Interna, <sup>2</sup>Alergia, <sup>3</sup>Oncología Médica. Hospital 12 de Octubre. Madrid.

**Objetivos.** La UPPAMI del Hospital 12 de Octubre contempló cuando se formó, entre otras funciones, la de evitar el ingreso de un número de pacientes que acude al Servicio de Urgencias con una patología que requiere un diagnóstico rápido pero por su estado general puede hacerse de forma ambulatoria. Hemos analizado 241 pacientes remitidos con este fin, especialmente desde el punto de vista del motivo de derivación y el diagnóstico demostrando la variedad de patologías estudiadas y el beneficio que supone para el paciente el poder ser diagnosticado de forma ambulatoria.

**Material y métodos.** Se han recogido los datos de 241 pacientes que fueron vistos en la consulta de UPPAMI procedentes de urgencias. Los datos se han almacenado en base de datos FileMaker.Pro y en el programa de informes del hospital HP-Doctor.

**Resultados.** De los 241 pacientes, la media de edad era de 60,30 años (57,72-62,87), el 60,59% eran varones. La media de días entre su visita al Servicio de Urgencias y la primera cita en la UPPAMI fue de 3,85 días (3,44-4,26). El índice de Barthel medio fue de 96,88 (95,61-98,14). El motivo por el que fueron derivados a nuestra consulta fue: un 20,81% (41) anemia a estudio, un 16,75% (33) síndrome constitucional, un 10,65% (21) dolor abdominal, un 6,09% (12) infección respiratoria, un 7,10% (14) fiebre sin foco, un 6,09% (12) alteración del perfil hepático, un 2,53% (5) edemas en miembros inferiores, un 4,56% (9) disnea, un 3,55% (7) dolor torácico, un 3,04% (6) dolor lumbar un 2,03% (4) adenopatías y un 16,24% (32) por otros motivos. Entre los diagnósticos más frecuentes destacan: 12 carcinomas colorrectales (6,15%), 12 gastritis crónicas (6,15%), 6 neoplasias de pulmón (3,07%), 5 neoplasias de páncreas (2,56%), 2 diagnósticos de VIH (1,02%), 7 cólicos biliares (3,58%), 8 carcinomas gástricos (4,10%), 7 síndromes mononucleósicos (3,58%), 6 insuficiencias cardíacas (3,07%), 7 dispepsias (3,58%), 5 mareos ortostáticos (2,56%), 2 síndromes mielodisplásicos, (1,02%) 2 linfomas (1,02%), 3 enolismos crónicos, 6 descompensaciones de hepatopatía crónica (3,07%), 2 enfermedades inflamatorias intestinales (1,02%), 9 anemias de trastornos crónicos (4,61%) y 16 tumores de diferente origen (8,20%). Citamos como anecdóticos una sífilis, una anisakiasis, una brucelosis, y una tuberculosis pulmonar activa. De estos pacientes remitidos requirió ingreso (la mayoría tras el proceso diagnóstico para realizar el proceder terapéutico) un 31,15% (62 pacientes). un 58,06% (36) fue ingresado en nuestra planta de hospitalización, un 29,03% (18) en la planta de cirugía, 1,61% (1) en oncología y el resto, un 11,29% (7) entre otras especialidades.

**Discusión.** Este grupo de pacientes derivado desde el Servicio de Urgencias a nuestra consulta ha podido ser valorado y diagnosticado de forma ambulatoria sin sufrir el perjuicio que supone un ingreso. Por otro lado como se evidencia de los resultados diagnósticos muchos de ellos presentan patología muy grave que se ha diagnosticado sin demora respecto al tiempo que hubiera sido necesario si hubieran estado ingresados. La mayoría de los ingresos fue necesario tras conocer el diagnóstico y para llevar a cabo la actitud terapéutica, aunque algunos de ellos lo requirieron por empeoramiento clínico o para acelerar la realización de algunas de las pruebas complementarias, en servicios con los que nuestra sección no tiene acuerdo de incluir a los pacientes en la lista de espera de los enfermos ingresados.

**Conclusiones.** A través de la consulta de la UPPAMI se ha conseguido evitar el ingreso de muchos pacientes que por su estado general no lo requieren o por sus circunstancias personales no pueden hacerlo sin que esto perjudique al tiempo y eficacia del diagnóstico enfermos con patología grave. Esto redundará en una mejor atención de los pacientes y una mejor distribución de los recursos evitando e importante gasto sanitario que supone una cama hospitalaria sin detrimento de la calidad asistencial.

#### **G-45 CENTROS COORDINADORES DE URGENCIAS Y EMERGENCIAS COMO PUERTA DE ENTRADA AL PROCESO ASISTENCIAL DE PCR**

**C. Martín-Castro<sup>1</sup>, F. Gómez Jiménez<sup>2</sup>, E. Gil Piñero<sup>1</sup>, V. Carreño Saz<sup>1</sup>, J. Montero Zuñiga<sup>1</sup>, F. Macías Rodríguez<sup>1</sup>, A. Reche Molina<sup>3</sup> y F. Miras Parra<sup>3</sup>**

<sup>1</sup>Empresa Pública de Emergencias Sanitarias. Unidad de Investigación 061. Granada. <sup>2</sup>Dto. Medicina. Universidad de Granada. Granada. <sup>3</sup>Medicina Interna. Hospital Clínico San Cecilio. Granada.

**Objetivos.** Los CCU constituyen una de las puertas de entrada al sistema sanitario andaluz en algunas ocasiones son las teleoperadoras/es la primera imagen que tiene el usuario del sistema sanitario andaluz. En los CCU son los protocolos validados la herramienta fundamental de trabajo para disminuir la variabilidad así como los falsos positivos y los falsos negativos y contar con adecuados valores predictivos. Los consejos sanitarios ante una PCR desde el CCU son fundamentales discriminar si hay uno o más intervinientes despejar la habitación deje la puerta abierta/hágale señales al EE si tiene h<sup>a</sup> clínica o informe del paciente téngalo a mano/antecedentes, voluntades anticipadas, posición de seguridad y ante todo transmitir seguridad. En los CCU es fundamental la colaboración entre todo el personal de sala para gestionar adecuadamente las demandas que a veces son múltiples y con recursos humanos limitados. En la PCR son fundamentales los consejos y la manera de transmitirlos y a través de ellos las teleoperadoras del CCU pueden salvar vidas. **Objetivos:** 1) Iniciar de manera formal la relación con el paciente. 2) Definir la respuesta adecuada, 3) Asignar el recurso. 4) Identificar los factores estructurales, organizativos, geográficos y sociales que condicionan la respuesta a las demandas asistenciales. 5) Análisis epidemiológico de la demanda sanitaria.

**Material y métodos.** Se ha realizado un estudio observacional en la Empresa Pública de Emergencias Sanitarias de Andalucía durante el año 2006. Instrumentalización: Como instrumentos de medida se han utilizado los protocolos de actuación (interrogatorio telefónico y consejos) utilizados habitualmente en los CCU. Se ha valorado la necesidad de: Optimización de los recursos, materiales y humanos. Adecuada información/consejos al usuario Formación. Necesidad de de personal capacitado. Consejos e información suministrada desde el CCU al usuario, al EE y al hospital receptor.

**Resultados.** Anualmente se recepcionan en las CCU andaluzas 2.324.581 llamadas: a) cada día son gestionadas 6.369 llamadas entrantes; b) demandas asistenciales 692.539 (30%); c) los equipos de emergencias 061 se activan en 59.016 al año en el (9%). La media diaria de activaciones de equipos de emergencias 061 registradas es de 161,7. Se atienden anualmente en Andalucía 10719 demandas asistenciales por pérdida de conocimiento y parada cardiorrespiratoria. 8%.

**Conclusiones.** 1) El objetivo fundamental del triaje de una PCR no es otro que el de regular y optimizar el tiempo de llegada del EE, e

iniciar maniobras de RCP lo más precoz posible (desde la propia sala de coordinación). 2) Se necesitan herramientas adecuadamente validadas con métodos objetivos, cuantificables y reproducibles que permitan hacer un adecuado uso de los recursos disponibles (protocolo telefónico) 3) Darle siempre al ciudadano el beneficio de la duda.

#### **G-47**

#### **ORIENTACIÓN DE UN SERVICIO DE MEDICINA INTERNA A LAS NUEVAS NECESIDADES DE LOS PACIENTES. 2 AMBULATORIZACIÓN DE PROCESOS HOSPITALARIOS MÉDICOS**

**A. San José Laporte<sup>1</sup>, F. Jiménez Moreno<sup>2</sup>, F. Sanpedro Jiménez<sup>2</sup>, E. Ruiz Ruiz<sup>2</sup>, F. Martínez Valle<sup>2</sup>, J. Barbé Gil-Ortega<sup>1</sup>, J. Fernández Cortijo<sup>1</sup> y L. Lu Cortez<sup>1</sup>**

<sup>1</sup>Servicio de Medicina Interna. Hospital Universitario Vall d'Hebron. Barcelona. <sup>2</sup>Servicio de Urgencias. Hospital Universitario vall d'Hebron. Barcelona.

**Objetivos.** Los cambios demográficos y epidemiológicos de la población obligan a una reorientación de los Servicios de Medicina Interna. Las alternativas a la hospitalización convencional, concretamente la ambulatorización de procesos médicos, es una alternativa eficiente y bien aceptada por los pacientes. Abertura de una Consulta de Atención Inmediata (CAI), con actividad de alta resolución y diagnóstico ambulatorio rápido, para pacientes médicos procedentes de la Atención Primaria de Salud o del Servicio de Urgencias del Hospital, con el objetivo de promocionar la ambulatorización de procesos hospitalarios médicos y disminuir la sobreutilización de las Urgencias Hospitalarias y la Hospitalización Convencional.

**Material y métodos.** Consulta integrada en un Servicio de Medicina Interna General que dispone además de una Unidad de Hospitalización Convencional, una Unidad de Hospitalización Domiciliaria, Consultas Externas tradicionales, una Unidad Geriátrica de Agudos y un Equipo de Soporte Geriátrico. Formada por dos consultas (una médica y otra de enfermería) y una sala de observación equipada para tres pacientes y tres acompañantes. Funciona como Unidad de Alta Resolución previo acuerdo con los servicios de radiología y bioquímica que permite la realización de radiología básica urgente y analítica urgente; y como Unidad de Diagnóstico Rápido previo acuerdo con los servicios de Radiología y Endoscopia Digestiva. Acuerdo de colaboración entre el Servicio de Medicina Interna y el Servicio de Urgencias que incluye la participación de médicos de ambos servicios, la protocolización de patologías a enviar desde urgencias y los circuitos para los pacientes y la comunicación entre médicos. Presentación de la Unidad de forma progresiva a los Centros de Salud del entorno. Prueba piloto con tres Centros de Salud. Protocolización de las patologías y circuitos para los pacientes y la comunicación entre médicos. Dispositivo de accesibilidad: un teléfono móvil corporativo, un busca, un email genérico y dos teléfonos fijos de acceso directo.

**Resultados.** Entre marzo y junio de 2006 se han atendido 214 pacientes (293 visitas). La edad media fue de 62 (19,5) años (intervalo: 17-91) y un 52,8% fueron mujeres. 153 pacientes (71,5%) procedían de urgencias, 40 (18,7%) de la Primaria y 11 (5%) de la Unidad de Hospitalización Domiciliaria. Los motivos de derivación más frecuentes fueron por orden decreciente: Control de neumonía o alteración radiológica, síndrome anémico o constitucional, poliadenopatías, EPOC, insuficiencia cardíaca, e infecciones del tracto urinario. En 139 pacientes (65%) se efectuó una visita, en 62 (29%) dos visitas, en 8 (3,7%) tres visitas, y en 5 (2,3%) cuatro. Se realizó una analítica urgente a 65 pacientes (30%), ECG urgente a 63 (29,5%), radiografía urgente a 76 (35,5%), TAC programado a 42 (19,5%), Endoscopia programada a 30 (14%), y analítica programada a 98 (45%). De los 180 pacientes que se finalizó el episodio en el momento de hacer el análisis 90 (50%) fueron dados de alta al Centro de Salud, 50 (27,8%) a las Consultas del Hospital, 15 (8,3%) a la Unidad de Hospitalización Domiciliaria, 14 (7,8%) ingresaron en el hospital, y 11 (6,1%) se derivaron al Servicio de Urgencias.

**Conclusiones.** 1) La Consulta de Atención Inmediata (CAI) es una buena alternativa que permite la atención hospitalaria en régimen ambulatorio de procesos médicos, evitando la sobreutilización de los Servicios de Urgencias y la Hospitalización Convencional. 2) La mayoría de pacientes procedían del Servicio de Urgencias, evitando

ingresos hospitalarios, visitas en urgencias o acelerando el proceso diagnóstico ambulatorio. 3) La mayoría de pacientes se resolvían en pocas visitas y la utilización de exploraciones complementarias ha sido ajustada. 4) Los médicos de familia han realizado una buena utilización de esta consulta durante la prueba piloto y ha habido una muy buena accesibilidad por parte de la CAI. Así pues, la CAI actúa de nexo entre la atención hospitalaria y primaria facilitando la interacción entre médicos internistas y familias.

#### G-48

##### ESTUDIO DEL PAPEL DEL INTERNISTA COMO INTERCONSULTOR

**J. Moreno Salcedo, P. García Más, A. Losa Palacios, M. Rodríguez Martín, V. Martínez Díaz, J. Calbo Mayo, L. Broseta Viana y F. Medrano González**

Medicina Interna. Complejo Hospitalario Universitario de Albacete. Albacete.

**Objetivos.** Conocer las características de las interconsultas solicitadas al Servicio de Medicina Interna. Analizar los factores que influyen en la evolución de los pacientes y su traslado a otros servicios.

**Material y métodos.** Estudio prospectivo de las 177 consultas solicitadas fundamentalmente por los servicios quirúrgicos al servicio de Medicina Interna de nuestro hospital desde el 1 de enero al 30 de junio de 2006. Se analizaron el sexo, la edad, gravedad de la enfermedad de base y comorbilidad del paciente, el servicio de origen, motivo de la petición, las exploraciones realizadas, la demora, duración y evolución de la atención, así como traslado a otros servicios. Para la valoración de la comorbilidad se utilizaron el índice de Charlson basal y ajustado por edad, y la definición de Pluripatología de la Junta de Andalucía.

**Resultados.** El 52,5% de los pacientes eran hombres con una mediana de edad 74 años (16-94). La mediana del índice de Charlson fue 2 (0-10), el ajustado por edad 5 (0-12) y el 40,1% de los pacientes eran pluripatológicos. Por servicios el 93,8% de las consultas procedían del área quirúrgica: Cirugía Vascular (25%), Cirugía General (21%) y Traumatología (19%). La mayoría de las interconsultas fueron solicitadas de forma urgente (76,8%) con un retraso medio en la atención de 0 días. Los motivos principales de consulta fueron: disnea (19,8%), fiebre (11,3%), comorbilidad (10,2%), dolor torácico (7,3%), trastornos hidro-electrolíticos (5,1%) edemas (4%), delirium (4%) e hipertensión arterial (4%). Se solicitaron exploraciones complementarias al 21% de los pacientes (Tomografía Computerizada en > 50% de los casos). La mediana de visitas fue de 3 (1-29) con un seguimiento medio de 6,5 días. En cuanto a la evolución; el 55% de los pacientes fueron dados de alta a domicilio, el 24% permanecieron ingresados una vez solucionado el motivo de consulta, un 9% se trasladaron a Medicina Interna (MI), y 8% lo hizo a otros servicios, mientras que sólo 4 pacientes (2,5%) fallecieron durante el tiempo de atención. La gravedad de la enfermedad de base se correlaciona de forma significativa ( $p < 0,05$ ) con la definición de pluripatología Odds Ratio (OR) 26,7 y con el traslado a MI OR 4. En el análisis multivariante encontramos como factores relacionados con el traslado a MI: la edad OR 0,9 y sobretudo la pluripatología OR 82,7.

**Discusión.** Presentamos un estudio que muestra las características de los pacientes atendidos como interconsulta solicitadas en su mayoría por los servicios quirúrgicos. Estas características son superponibles a las de otras series, aunque con un número inferior de consultas procedentes de Traumatología al existir en nuestro hospital una unidad de atención programada al paciente con fractura de cadera. Incluimos índices estandarizados que miden la comorbilidad de los pacientes que nos muestran un alto nivel de pluripatología similares a la de los pacientes que ingresan en MI. La mayor parte de las interconsultas recibidas son de carácter urgente, sin embargo el retraso en la atención fue prácticamente nulo, la resolución rápida y con un escaso porcentaje de exploraciones complementarias. Además, debido al escaso número de pacientes fallecidos no se pueden analizar factores de mortalidad. El traslado de pacientes a MI está relacionado con la edad y la comorbilidad, siendo la definición de Pluripatología de la Junta de Andalucía la más útil como predictor. La valoración subjetiva del médico de la gravedad de la enfermedad subyacente está también relacionada con factores como la comorbi-

lidad (Charlson ajustado por edad y Pluripatología) y condiciona una mayor solicitud de pruebas complementarias.

**Conclusiones.** 1) El análisis exhaustivo de las interconsultas recibidas por MI permite obtener datos fiables que pueden resultar muy útiles para la mejora de la calidad en la atención prestada sobretudo a servicios quirúrgicos. 2) El índice de comorbilidad y de pluripatología de nuestra muestra es elevado y su medición constituye una herramienta adecuada para predecir qué pacientes tienen mayor riesgo de presentar complicaciones y requerir traslado a MI. 3) La valoración clínica por parte del médico de la gravedad de la enfermedad se correlaciona bastante bien con la comorbilidad de los pacientes y el posterior consumo de recursos.

#### G-49

##### OBSERVACIÓN PARTICIPANTE COMO MÉTODO PARA CONOCER LA CALIDAD PERCIBIDA EN UN SERVICIO DE URGENCIAS HOSPITALARIO: ACOMPAÑAR A UN PACIENTE Y FAMILIARES

**D. García Gil<sup>1</sup>, C. Ruiz Barbosa<sup>2</sup>, F. Brun Romero<sup>1</sup>, J. López Álvaro<sup>3</sup>, B. Domínguez Fuentes<sup>3</sup>, M. Montes de Oca<sup>1</sup>, M. Huertos Ranchal<sup>2</sup> y J. Egido Ambrosi<sup>3</sup>**

<sup>1</sup>Urgencias Medicina Interna, <sup>2</sup>Docencia, <sup>3</sup>Urgencias, <sup>4</sup>Medicina Interna. SAS Puerto Real. Cádiz.

**Objetivos.** Conocer los aspectos positivos y negativos en la atención prestada al paciente y familiares en el Servicio de Urgencia Hospitalario. Incorporar en la formación del médico residente la vivencia del paciente y/o cuidador en el proceso asistencial de urgencias.

**Material y métodos.** Se seleccionaron 6 médicos (usuarios ficticios) en su primer año de formación especializada, con perfiles diferentes y sin contacto profesional previo con el Sistema Sanitario. Con el consentimiento del paciente y/o cuidador principal, a cada médico se le asignó aleatoriamente un paciente que demandaba atención urgente, actuando como un familiar más en todo el acto asistencial. Para lograr una adecuada observación, la iniciativa no era conocida por los profesionales del SUH ni por otros residentes. Los médicos participantes disponían de un cuaderno de campo en el que se anotaban los diferentes aspectos del sistema (circuitos del paciente, circuitos del familiar, información que reciben, profesionales que intervienen, duración del proceso, impresiones/valoraciones sobre el proceso, aspectos tangibles, vivencia del paciente/familiares/observador, sugerencias y mejora). Posteriormente se realizó una sesión conjunta con los residentes de primer año, responsables de urgencias, docencia y del Hospital, para el análisis de resultados y propuestas de mejora.

**Resultados.** Se agruparon según las dimensiones del modelo SERQUAL y la información se trianguló. Los aspectos tangibles negativos se relacionaban con la señalización de las diferentes dependencias del SUH, limpieza de la sala de espera y presencia conjunta de pacientes pediátricos/adultos. Los demás aspectos fueron positivos. La calidad científico-técnica fue evaluada como positiva por todos los pacientes y cuidadores. En la accesibilidad se valoró negativamente el tiempo de espera y la "barrera geográfica". En cuanto a la información/comunicación, la identificación de los profesionales, la intimidad y la falta de una información "pautada" fueron los aspectos más negativos. Durante la comunicación se ofrecerán fragmentos de vídeo en el que los residentes exponen las vivencias del proceso.

**Discusión.** Este método de observación participante puede permitir mejorar aspectos negativos que son comunes en los SUH del país, especialmente en lo referente a comunicación-accesibilidad, información y tiempos de espera. En definitiva, una mejora actuando desde la perspectiva de ciudadano que demanda atención urgente. Todos los participantes iniciaron posteriormente su actividad asistencial en el SUH y enfatizaron en la diferente visión que se tiene del SUH como profesional y como paciente o cuidador. Como profesional el SUH brinda una asistencia global de calidad que no es percibida como cuando actúan desde la perspectiva de usuario o paciente.

**Conclusiones.** La observación participante es una herramienta útil para valorar la calidad de un SUH y los aspectos que pueden mejorarse. Además, la vivencia del residente desde la perspectiva del usuario o paciente es enriquecedora en muchos aspectos de la formación, tanto médica como humana.

**G-50****GRADO DE AUTOCONOCIMIENTO DEL ESTADO DE SALUD DE PACIENTES INGRESADOS EN UN SERVICIO DE MEDICINA INTERNA****V. Giner, G. Cortell, M. Esteban, S. Sabarte, R. Beltrán, R. Gírbés, T. Marco y J. Morant***Medicina Interna. Verges dels Liris. Alcoi, Alacant.*

**Objetivos.** Existen datos del beneficio de la participación del paciente en la toma de decisiones, lo que exige un suficiente conocimiento de la enfermedad por el paciente. La pluripatología y edad de los pacientes ingresados en un Servicio de Medicina Interna (SMI) dificultan esta estrategia, si bien no hay información. El estudio analiza el grado de conocimiento del Estado de Salud (ES) de pacientes ingresados en un SMI.

**Material y métodos.** Estudio transversal de 90 pacientes (78,7 ± 3,2 años, 59,5% varones, 3,7 ± 2,0 enfermedades crónicas de base, toma diaria de 5,9 ± 2,3 principios activos en 8,5 ± 3,2 dosis diarias). Los pacientes que quisieron respondieron una encuesta dirigida con los apartados: datos demográficos, conocimiento motivo ingreso (Mtl), conocimiento enfermedades crónicas (ECr). Se estableció la concordancia con la información del informe de alta del episodio, expresándolo cualitativamente para el Mtl (Sí/No) y de forma porcentual para las ECr.

**Resultados.** La encuesta fue respondida en un 55,3% de ocasiones por el acompañante. La distribución porcentual de la población según grado de estudios fue: 31,6 sin estudios, 65,8 Primaria, 2,6 Secundaria, 0 Universitarios). La distribución (%) por profesiones fue: 34,3 Servicios, 28,6 Industria, 25,7 Agricultura, 11,4 Ama de casa. En un 50% de entrevistados concordaba el Mtl con el expresado en el informe, sin diferencias al considerar edad, sexo, nivel de estudios, profesión, presencia de deterioro cognitivo, entrevistado (paciente o familiar) o número de ECr. El conocimiento del motivo de ingreso fue mayor en presencia de deterioro cognitivo (66,7 vs 48,6%, p 0,500), mayor estancia hospitalaria (6,7 ± 2,5 vs 5,4 ± 2,7 días, p 0,144) y tratamientos crónicos más sencillos (Nº principios activos: 5,7 ± 3,2 vs 6,6 ± 4,9, p 0,453). Número de tomas diarias: 6,3 ± 4,9 vs 9,9 ± 6,0, p 0,160). La concordancia (media ± desviación típica) al comparar conocimiento de las enfermedades crónicas fue el expresado en el gráfico, con una media de 38,9 ± 29,9%. Los pacientes con concordancia igual o mayor al 50% fueron mayores (81,4 ± 6,2 vs 77,5 ± 6,2 años, p 0,064), con menor deterioro cognitivo (33,3 vs 50,0%, p 0,521), en mayor proporción respondía a la encuesta un familiar (57,1 vs 37,5%, p 0,197) y tenían mayor conocimiento del motivo de ingreso (55,6 vs 42,1%, p 0,313).

**Discusión.** Es llamativo el pobre grado de autoconocimiento del ES de pacientes en un SMI, sin que existan factores explicativos aparentes que permitan establecer un "perfil de riesgo".

**Conclusiones.** Es necesaria mayor información sobre el ES de pacientes atendidos en un SMI dirigido también a sus cuidadores antes de plantearse estrategias de corresponsabilización.

**G-51****VALORACIÓN DEL INFORME DE ALTA HOSPITALARIA (IAH) POR PACIENTES INGRESADOS EN UN SERVICIO DE MEDICINA INTERNA.****V. Giner, S. Sabarte, G. Cortell, P. Lafuente, P. Cortés, C. Calabuig, T. Marco y J. Morant***Medicina Interna. Verges dels Liris. Alcoi, Alacant.*

**Objetivos.** Los pocos estudios que han analizado la calidad de los IAH se han fijado siempre en la perspectiva de los profesionales. El presente estudio analiza las expectativas y valoración que de un IAH realizado según criterios de calidad tienen los pacientes ingresados en un Servicio de Medicina Interna.

**Material y métodos.** Estudio transversal de 60 pacientes ingresados en un SMI comarcal (79,3 ± 7,2 años, 60,5% varones, 3,4 ± 1,7 enfermedades crónicas, toma diaria de 6,2 ± 2,6 fármacos en 8,3 ± 5,5 dosis diarias). Los pacientes (o acompañantes) que libremente quisieron respondieron una encuesta con preguntas sobre las expectativas y forma en que estas son cubiertas por un IAH expresamente realizado siguiendo criterios de calidad.

**Resultados.** Los IAH tuvieron una extensión media de 461 ± 89 palabras, 38 ± 9 párrafos y 7,7 ± 0,5 apartados diferenciados. El apartado más frecuente (90,2%) y extenso (92,2 ± 46,2 palabras) fue "Antecedentes Personales", y el menos frecuente (87,5%) y corto (12,4 ± 14,0 palabras) "Control al alta". Un 43,2 y un 5,4% dijeron "entender con dificultad" o "no entender nada" del IAH, un 82,4% por "palabras raras" (82,4%), siendo otras razones: "tratamiento no inteligible", "análisis no comprensibles" y "abreviaturas". Los que "entendieron perfectamente" presentaron mayor porcentaje de mujeres (47,8 vs 57,1%, p 0,417), de familiar entrevistado (40,0 vs 64,7%, p 0,121), y de deterioro cognitivo (66,7 vs 50,0%, p 0,521), y menor concordancia en el conocimiento de las enfermedades crónicas (32,5 ± 27,5 vs 44,6 ± 32, p 0,238) y tomas diarias de fármacos (7,5 ± 4,6 vs 9,0 ± 7,5, p 0,160). Entender el IAH se asoció a informes con mayor nº de Apartados (7,9 ± 0,2 vs 7,5 ± 0,7, p 0,028), extensión de "Exploraciones Complementarias" (74,4 ± 42,2 vs 57,8 ± 41,0, p 0,241) y especificaciones sobre el control post-alta ("médico responsable": 53,1 vs 40,0%, p 0,473. "Lugar": 63,2 vs 38,9%, p 0,126. "Fecha": 66,7 vs 40,9%, p 0,114. "Cita programada": 66,7 vs 50,0%, p 0,521), y menor extensión de "Antecedentes Personales" (85,4 ± 39,1 vs 95,4 ± 56,3 palabras, p 0,573). El 73,6% considera que el IAH sirve para "saber que me pasado" y/o "saber qué tomar". Sin embargo, tras la lectura del IAH sólo un 48,6% entiende el tratamiento, y un 21,6% del total de pacientes (61,5% de aquellos con dudas) que persiste con dudas sobre el tratamiento y/o diagnóstico (Gráfico). Cuando se pregunta "qué hará con el IAH" el 47,4% "lo guardará y llevará a cabecera", el 23,7% "lo guardará", y el 7,9% "lo llevará a su cabecera".

**Discusión.** Cerca de la mitad de pacientes no entiende el IAH, siendo la dificultad principal el uso de tecnicismos. Del IAH los pacientes esperan obtener información sobre el diagnóstico y tratamiento, que son los apartados menos especificados y sobre los que más dudas persisten.

**Conclusiones.** Los IAH no responden a las expectativas planteadas por los pacientes, que no tienen claro además qué hacer con ellos.

**G-52****ANÁLISIS, A TRAVÉS DEL CONJUNTO MÍNIMO BÁSICO DE DATOS (CMBD), DE LOS INGRESOS Y DE LA MORTALIDAD INTRAHOSPITALARIA DE PACIENTES CON INFECCIÓN POR EL VIH****B. Escolano Fernández<sup>1</sup>, A. Valiente Méndez<sup>1</sup>, M. Rico Lucena<sup>1</sup>, A. Montilla Burgos<sup>1</sup>, B. Gutiérrez Gutiérrez<sup>1</sup>, A. Domínguez Castellano<sup>2</sup>, J. Rodríguez Baño<sup>2</sup> y M. Aguayo Canela<sup>1</sup>***<sup>1</sup>Medicina Interna A, <sup>2</sup>Unidad de Gestión Clínica de Enfermedades Infecciosas. Universitario Virgen Macarena. Sevilla.*

**Objetivos.** Evaluar, a través de la explotación del CMBD del hospital, la morbilidad y mortalidad hospitalaria de pacientes con infección VIH, como indicadores indirectos del estado de salud de estos pacientes en el momento actual.

**Material y métodos.** Del CMBD del año 2005 del hospital Virgen Macarena (centro sanitario tipo I, con mil camas y máximo desarrollo de especialidades médicas y quirúrgicas) se han seleccionado aquellas altas en las que constaba como diagnóstico (principal o secundario) el código 042 de la CIE-9-MC, correspondiente a "enfermedad por el VIH". De cada registro se han analizado descriptivamente múltiples variables demográficas (edad, género), clínicas (diagnósticos, procedimientos) y sanitarias (tipo de ingreso y alta, estancia, servicio médico, etc.). Se excluyeron las altas interservicios (traslados internos). Un paciente puede tener más de un ingreso en el período de estudio, y más de un diagnóstico (incluso del mismo proceso o enfermedad).

**Resultados.** En el año analizado hubo 275 altas que cumplían el criterio de selección, lo que representa el 0,71% de las altas totales del hospital. Un total de 89 (32,3%) fueron reingresos a lo largo del período analizado, por lo que la muestra estaba constituida por 186 pacientes. Por sexos había predominio de hombres (80,7%) y la edad media era de 40,83 años (sólo había un caso pediátrico). Por servicios responsables fué la Unidad de Infecciosas la que se hizo cargo de la mayoría de los casos (41,5%), seguida de Medicina Interna (23,3%), otras Especialidades Médicas (13,5%) y el servicio

de Psiquiatría (9,8%). La tasa de mortalidad intrahospitalaria fue de 10,2% y la estancia media de los ingresos fue de 11,93 días (rango entre 1 y 105 días). Dejando aparte los trastornos mentales y los diagnósticos relacionados con el abuso de drogas y/o tóxicos, la comorbilidad más prevalente era la hepatitis viral (43,6%). Entre los diagnósticos relacionados con la infección VIH los más frecuentes fueron neumonías (27), tuberculosis pulmonar (16), tuberculosis extrapulmonar (12), candidiasis (11), toxoplasmosis (10), linfomas (8), neumocistosis (5), leucoencefalopatía multifocal progresiva (4); y diferentes cánceres: de ORL (3), de aparato digestivo (2) y de mama (2). Tenían algún proceso definitorio de caso SIDA 61 pacientes (22,18%).

**Discusión.** En la era de los tratamientos antiretrovirales de alta eficacia (TARGA), las hospitalizaciones de los pacientes infectados por el VIH se han reducido notablemente. En la muestra analizada se encuentran hallazgos similares a los comunicados por el CNE-Instituto de Salud Carlos III en el Boletín Epidemiológico Semanal 5-6/2005 sobre el período 1999-2002, esto es, una mayor proporción de hospitalizaciones por procesos no definitorios de SIDA, y - en los ingresos por procesos definitorios de caso- una mayor frecuencia de aquellas enfermedades oportunistas que aparecen en individuos menos inmunocomprometidos, como las neumonías bacterianas y la tuberculosis. Es notable el número de hospitalizaciones por problemas mentales o asociados al consumo de tóxicos, y los ingresos, como en el resto de población no infectada, por patología quirúrgica o traumatológica.

**Conclusiones.** A pesar de las limitaciones del CMBD y de los códigos de la Clasificación Internacional de las Enfermedades (CIE-9) para identificar con precisión la patología asociada a la infección por el VIH, su explotación sistemática en los centros hospitalarios permite conocer aspectos epidemiológicos y clínicos de los pacientes. En el momento actual, las TARGA están haciendo que la enfermedad se cronifique y que los individuos infectados puedan requerir hospitalizaciones por patologías no relacionadas con su enfermedad principal, destacando los problemas mentales y las hepatitis virales y sus consecuencias a largo plazo.

## INSUFICIENCIA CARDÍACA

### IC-1

#### LA INSUFICIENCIA CARDÍACA EN GALICIA. ESTUDIO GALICAP

**J. Fernández Villaverde<sup>1</sup>, G. Allut Vidal<sup>1</sup>, M. Lado López<sup>1</sup>, G. Domínguez López<sup>1</sup>, V. Parga García<sup>1</sup>, J. Gómez Vázquez<sup>1</sup>, A. Fernández Seoane<sup>2</sup> y J. Blanco Rodríguez<sup>2</sup>**

<sup>1</sup>CAP Ribeira, <sup>2</sup>CAP Boiro. SERGAS. Ribeira, La Coruña.

**Objetivos.** Se pretende conocer las características clínicas y terapéuticas de pacientes con insuficiencia cardíaca (ICC) atendidos por médicos de Atención Primaria (AP).

**Material y métodos.** Estudio descriptivo, transversal y multicéntrico, en el que participaron, de forma randomizada, 149 médicos de AP, registrando, mediante cuestionario uniformado, las características de 1195 pacientes con diagnóstico hospitalario de ICC.

**Resultados.** Pacientes (48% varones) con edad media de 75.8 años, significativamente mayor en mujeres (78.2 vs 73.2,  $p < 0,001$ ). Presentan antecedentes de hipertensión arterial (75%), dislipemia (46%), diabetes (32%), fibrilación auricular (46%), valvulopatía (35%) y cardiopatía isquémica (31%). Los valores medios de presión arterial sistólica y diastólica fueron, respectivamente, 131.4 y 75.5 mm Hg, estando controlada (&#8804;130/80) en el 47% de los pacientes. El 67% tienen estudio ecocardiográfico y, entre éstos, el 61% tienen función sistólica preservada. Al 48% de los pacientes con cardiopatía isquémica se les realizó coronariografía, siendo este porcentaje el doble en hombres que en mujeres. Los diuréticos fueron las drogas más prescritas (82%); seguidas de IECAS (49%), digoxina (38%) ARAII (29%), y betabloqueantes (27%). En los pacientes con función sistólica deprimida había una mayor prescripción de betabloqueantes ( $p < 0,001$ ), IECAS ( $p < 0,01$ ) y digoxina ( $p < 0,05$ ).

Durante el último año, el 55% de los pacientes tuvieron algún ingreso hospitalario, el 44% de ellos, por causa cardiovascular.

**Conclusiones.** La ICC está mayoritariamente asociada con hipertensión arterial, siendo el control de la presión muy limitado. En pacientes con cardiopatía isquémica, el sexo determina la realización de coronariografía. La prescripción recomendada de fármacos no parece ser la óptima y hay importantes diferencias entre áreas sanitarias. Es necesario promover estrategias para mejorar el cuidado de estos pacientes.

### IC-2

#### ¿CÓMO SE MANEJA LA INSUFICIENCIA CARDÍACA EN EL PACIENTE ANCIANO?

**F. Marcos Sánchez, M. Albo Castaño, S. Casallo Blanco, D. Joya Seijo, P. Del Valle Loarte y M. Martín Barranco**  
Medicina Interna. N<sup>o</sup> S<sup>o</sup> del Prado. Talavera de la Reina, Toledo.

**Objetivos.** Analizar el empleo de fármacos en el tratamiento de la insuficiencia cardíaca en pacientes ancianos, ingresados en un servicio de Medicina Interna de un hospital del grupo 2. Dado que la tolerancia y la eficacia de los betabloqueantes en pacientes ancianos con insuficiencia cardíaca es similar a la que se obtiene en pacientes más jóvenes, nos propusimos estudiar si el empleo de éstos fármacos alcanza niveles similares a los que se observan en otros estudios.

**Material y métodos.** En el servicio de Medicina Interna de un hospital del grupo 2, durante un período de 6 meses se ingresaron un total de 80 pacientes con insuficiencia cardíaca como diagnóstico principal. Analizamos el sexo, edad, comorbilidades y tratamientos indicados al alta hospitalaria.

**Resultados.** Las edades oscilaban entre 75 y 91 años, con una edad media de 80 años. 42 eran mujeres (52,5%). Las patologías que presentaban eran: hipertensión arterial en 54 pacientes (67,5%), diabetes mellitus en 39 (48,75%), fibrilación auricular en 29 (36,25%), vasculopatía periférica en 17 (21,25%), miocardiopatía dilatada en 16 (20%), enfermedad pulmonar obstructiva crónica en 14 (17,5%) y cardiopatía isquémica crónica en 11 casos (13,75%). El tratamiento indicado al alta, con respecto a la insuficiencia cardíaca, consistió en diuréticos de asa (torasemida y furosemida) en 72 pacientes (90%), inhibidores de la enzima de conversión de la angiotensina (IECA) en 48 (60%), digoxina en 36 (45%), dicumarínicos en 35 (43,75%), bloqueantes de la angiotensina en 19 (23,75%), betabloqueantes (carvedilol, bisoprolol o atenolol) en 16 (20%), nitratos tópicos en 15 (18,75%), espironolactona en 14 (16,4%) y calcioantagonistas en 14 pacientes (16,4%). Dado que se emplearon los betabloqueantes únicamente en 16 pacientes, vamos a analizar el porqué de su no utilización en los otros 64 pacientes. Las principales razones serían: vasculopatía periférica en 17 casos, la enfermedad pulmonar obstructiva crónica en otros 14; lo que representa un total del 48,4% con respecto a los 64 pacientes a los que se podía haber indicado. Con respecto a los otros 33 casos de no empleo de betabloqueantes no podemos precisar porqué no se indicó dicho tratamiento. Destacamos que en nuestro hospital los pacientes afectados de cardiopatía isquémica crónica, ingresan mayoritariamente en el servicio de Cardiología y no en el de Medicina Interna. Por nuestra parte, los 11 pacientes con antecedentes de cardiopatía isquémica crónica recibieron tratamiento con betabloqueantes.

**Discusión.** La edad media de nuestros pacientes fue muy elevada (80 años), lo que explica un poco el número muy elevado de enfermos en que se indicó tratamiento con diuréticos y digoxina. Más de la tercera parte de los mismos presentaban una fibrilación auricular y un 20% miocardiopatía dilatada, por lo que el tratamiento con anticoagulantes orales, también se indicó en una elevada proporción de pacientes (43,75%). Se trataron con fármacos inhibidores de la enzima de conversión de la angiotensina y/o con medicamentos inhibidores de los receptores de la angiotensina un 83,75% de los enfermos. El porcentaje de pacientes que a su alta se indica tratamiento con betabloqueantes es escaso (20%) y claramente inferior al que se ha observado en otros estudios españoles recientemente presentados y que oscila entre el 40 y el 60% de los enfermos, aunque en algún estudio español el porcentaje ha sido mucho menor (13%).

**Conclusiones.** Los pacientes ancianos con insuficiencia cardíaca constituyen un grupo muy difícil, dado que tienen múltiples comorbilidades y con cierta frecuencia presentan problemas de tolerancia a

los fármacos, pero resulta evidente que debemos indicar con mucha mayor frecuencia tratamiento con betabloqueantes y con espironolactona.

### IC-3 PREVALENCIA DE ANEMIA EN PACIENTES CON INSUFICIENCIA CARDÍACA

**F. Marcos Sánchez, M. Albo Castaño, F. Árbol Linde, S. Casallo Blanco, P. del Valle Loarte, D. Joya Seijo, L. De Matías Salces y M. Martín Barranco**  
Medicina Interna. N<sup>o</sup> S<sup>a</sup> del Prado. Talavera de la Reina, Toledo.

**Objetivos.** Analizar la prevalencia de la anemia en un grupo de pacientes ancianos diagnosticados de insuficiencia cardíaca. Los más novedosos del estudio es que excluimos a los pacientes diagnosticados de insuficiencia renal crónica, hernia de hiato, úlcus gastroduodenal, procesos hematológicos u oncológicos, diversos cuadros reumatológicos que cursan con anemia y pacientes diagnosticados de anemia de cualquier causa.

**Material y métodos.** En el servicio de Medicina Interna de un hospital del grupo 2, durante un período de 6 meses se ingresaron un total de 80 pacientes diagnosticados de insuficiencia cardíaca como diagnóstico principal. Excluimos los enfermos diagnosticados de insuficiencia renal crónica, hernia de hiato, úlcus gastroduodenal en tratamiento activo, procesos hematológicos u oncológicos, diversos cuadros reumatológicos que cursan frecuentemente con anemia y pacientes diagnosticados previamente de anemia de cualquier causa. También excluimos a los pacientes diagnosticados de enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC), debido a que frecuentemente presentan poliglobulia, que constituiría un factor de confusión en nuestro estudio. El grupo final estaba constituido por un total de 46 pacientes. Analizamos la edad, sexo y valor medio de la hemoglobina.

**Resultados.** El grupo de estudio estaba constituido por un total de 46 pacientes, 26 mujeres y 20 varones, con edades comprendidas entre 61 y 97 años, con una edad media de 78,8 años. El valor medio de la hemoglobina fue de 12,9 gramos/dl. Tenían anemia, definida como un valor de la hemoglobina inferior a 12 gramos/dl en las mujeres y de 13 gramos/dl en los varones, un total de 14 pacientes (30,4%). La edad media de estos 14 pacientes fue de 75,8 años, por lo tanto ligeramente inferior a la global del grupo. No podemos precisar por no constar en el informe del alta en todos los casos, la clasificación de la gravedad de la insuficiencia cardíaca en grados de la NYHA.

**Discusión.** La anemia tiene una elevada prevalencia (15-30%) en los pacientes diagnosticados de insuficiencia cardíaca, incrementándose según la gravedad de la misma, desde un 9% para la clase I de la NYHA, hasta el 79% en la clase IV. La insuficiencia cardíaca puede contribuir al desarrollo de la anemia y a su vez la anemia en el paciente que tiene insuficiencia cardíaca, constituye un factor de mal pronóstico para la mortalidad. La anemia de la insuficiencia cardíaca congestiva tiene un origen multifactorial y puede deberse a: 1) Déficit de hierro por disminución del aporte, malabsorción o pérdidas crónicas. 2) Disminución de la producción de eritropoyetina (EPO) por la insuficiencia renal crónica y por la toma de fármacos de la familia inhibidores de la enzima de conversión de la angiotensina (IECA). 3) Pérdida urinaria de eritropoyetina y de transferrina, debido a la proteinuria. 4) Inhibición de la eritropoyesis, debido al factor de necrosis tumoral alfa que se encuentra elevado en estos pacientes. 5) Hemodilución, por el incremento del volumen plasmático existente. El tratamiento de la anemia, básicamente con hierro y eritropoyetina, tiene una efectividad bien documentada en los pacientes diagnosticados de insuficiencia cardíaca. Lo novedoso de nuestro estudio es que excluimos del mismo a los pacientes que podían tener alguna causa que facilitase u originase la anemia, por lo que en el grupo de estudio, estimamos que en la mayoría de los casos, la anemia se debe exclusivamente a la insuficiencia cardíaca.

¡ Una vez excluidas las causas más frecuentes productoras de anemia, la tercera parte de los pacientes diagnosticados de insuficiencia cardíaca presentan anemia, lo que sin duda puede constituir un factor de mal pronóstico. Deberíamos dar más importancia al tratamiento de la anemia en los pacientes diagnosticados de insuficiencia cardíaca.

### IC-4 IMPACTO ECONÓMICO DE LA UTILIZACIÓN DE EPLERENONA EN UN HOSPITAL ESPAÑOL DE REFERENCIA

**J. Fernández de Bobadilla<sup>1</sup> y M. García Vargas<sup>2</sup>**

<sup>1</sup>Departamento de Investigación de resultados en Salud. Pfizer I+D+I. Alcobendas, Madrid. <sup>2</sup>Departamento de IRS y Farmacoconomía. Euroclin Institute. Madrid.

**Objetivos.** Eplerenona, un nuevo fármaco indicado para reducir la morbimortalidad por todas las causas en el paciente con insuficiencia cardíaca post infarto agudo de miocardio (IC postIAM), ha demostrado disminuir el número de hospitalizaciones por IC así como el número de días de estancia, en caso de que el paciente tenga que ser hospitalizado. El objetivo del estudio es evaluar el impacto económico anual que resultaría de introducir Eplerenona en el formulario de un gran hospital en España.

**Material y métodos.** Se realizó análisis de costes desde la perspectiva del hospital (2005) con un horizonte temporal de 1 año. Para ello se estimó el número de altas anuales con IC postIAM en el hospital (422) a partir del número de altas anuales del hospital (62.391) y datos de porcentaje de altas postIAM y altas postIAM con signos clínicos de IC obtenidos a partir de una revisión bibliográfica. Se ha supuesto una duración media del tratamiento en la primera hospitalización de 15 días. Las tasas de rehospitalización por IC postIAM y el número medio de días de ingreso se obtuvieron del estudio EPHEUS. Se incluyeron únicamente costes directos: costes de adquisición del fármaco (PVL) y costes de hospitalización. Se calculó el coste anual total esperado para todas las hospitalizaciones (coste de las rehospitalizaciones y coste del tratamiento con Eplerenona) y el coste total incremental. Se realizó un análisis de sensibilidad teniendo en cuenta los valores extremos de coste y estancia media para hospitales españoles.

**Resultados.** El coste medio anual esperado para todas las hospitalizaciones fue de 128.373 € (coste de Eplerenona: 12.817 €) para los pacientes tratados con Eplerenona y de 176.022 € para los no tratados. La reducción del gasto derivada de la utilización de Eplerenona fue de 47.649 € anuales, lo que representaría un ahorro del 27% respecto al gasto total en estos pacientes. En el grupo de tratamiento activo, el coste de Eplerenona es compensado parcialmente por el menor número de rehospitalizaciones y una menor estancia media. Los resultados del análisis de sensibilidad muestran un ahorro anual que oscila entre 23.274 € y 102.932 €.

**Conclusiones.** Utilizando una simulación de lo que ocurriría en un gran hospital en España y asumiendo una estancia media de 10,7 días y una tasa de reingresos por IC similares a las del EPHEUS, la utilización de Eplerenona representaría una reducción del gasto hospitalario total en estos pacientes.

Tabla 1. Resultados.

	Sin Eplerenona	Con Eplerenona
Coste derivado de la hospitalización por IC post-IAM	176.022 €	115.556€
Coste hospitalario del tratamiento con Eplerenona	0 €	12.817 €
Gastos totales hospitalarios	176.022 €	128.373 €
Impacto financiero total:		
Ahorro hospitalario, €		47.649 €
Ahorro hospitalario,%		27,1%

### IC-5 VALOR PRONÓSTICO DE LA CISTATINA C, EL NT-PROBNP Y LA PCR-ULTRASENSIBLE EN PACIENTES DE EDAD AVANZADA CON DESCOMPENSACIÓN DE INSUFICIENCIA CARDÍACA CRÓNICA

**M. Méndez Bailón<sup>1</sup>, N. Muñoz Rivas<sup>1</sup>, C. Román Romero<sup>2</sup>, P. Blanco Soto<sup>2</sup>, J. Mantecas<sup>2</sup>, P. Conthe<sup>1</sup>, C. Pérez de Oteyza<sup>1</sup> y L. Audibert Mena<sup>1</sup>**

<sup>1</sup>Medicina Interna IB, <sup>2</sup>Departamento de Bioquímica. HGU Gregorio Marañón. Madrid.

**Objetivos.** Conocer si la determinación de cistatina C, el NT-proBNP y la PCR ultrasensible es de utilidad pronóstica para predecir el reingreso o descompensación leve de pacientes ancianos con IC.

**Material y métodos.** Se incluyeron en el estudio 45 pacientes mayores de 75 años con el diagnóstico de insuficiencia cardíaca crónica (ICC) descompensada que requirieron ingreso en el servicio de medicina interna del Hospital General Gregorio Marañón durante los meses de enero a marzo de 2006. Se analizaron las características clínicas analíticas y ecocardiográficas. Todos los pacientes fueron seguidos en un programa multidisciplinar para insuficiencia cardíaca en hospitalización de día o con seguimiento telefónico. Durante el ingreso se les determinó NT-proBNP, cistatina C y PCR ultrasensible. Posteriormente se realizó un seguimiento prospectivo de su IC a 90 días desde el alta para evaluar la frecuencia de reingreso hospitalario por IC o descompensación leve de IC tratada de forma ambulatoria. Se ha evaluado con la prueba de t de student la asociación de reingreso con las medias de cistatina C, PCR ultrasensible y log NT-proBNP. Por último hemos realizado un análisis de regresión logística con las variables que adquirieron significación estadística ( $p < 0,05$ ).

**Resultados.** La edad media de los pacientes incluidos fue de  $77,83 \pm 7,43$  años y el 54% eran mujeres con una FEVI media de  $42,27 \pm 16,18\%$ . Un 68% se encontraba en clase funcional III-IV de la NYHA. El 44% reingresaron o tuvieron descompensación leve por IC con necesidad de empleo de diuréticos parenterales. En la tabla quedan reflejadas las diferencias de las características basales dentro de los dos grupos de estudio (reingreso por IC /no reingreso por IC). Se han obtenido diferencias estadísticamente significativas entre los pacientes que reingresaron por IC y presentaron valores de PCR, cistatina C, creatinina y NT-proBNP más elevados con respecto a los pacientes sin descompensación ni reingreso por IC ( $p < 0,05$ ). En el análisis de regresión logística los valores de NT-proBNP fueron los que mantuvieron significación estadística (OR 4,2; IC 0,19-5,58;  $p = 0,0403$ ) en comparación con el resto de variables evaluadas (cistatina C, creatinina y PCR ultrasensible).

**Conclusiones.** Los valores elevados de cistatina C, creatinina, PCR ultrasensible y NT-proBNP se asocian a reingreso y/o descompensación leve en pacientes ancianos con IC. El NT-proBNP es un marcador de reingreso independiente en pacientes de edad avanzada con IC.

Tabla 1. Características basales de los pacientes incluidos con y sin reingreso por IC.

	Reingreso IC (N = 20)	No reingreso IC (N = 25)	$p < 0,05$
Edad	79,40	76,76	0,244
Sexo	13	7	0,135
FEVI	39,52	43,62	0,415
Creatinina	1,5	1,07	0,007
PCR	3,9	1,51	0,019
CistatinaC	1,99	1,44	0,008
Log NT-proBNP	3,54	2,88	0,001
Tension arterial sistolica	128,18	123,53	0,713

## IC-7

### PERFIL CLÍNICO DEL PACIENTE REINGRESADOR PRECOZ POR INSUFICIENCIA CARDÍACA

L. Ceresuela Eito<sup>1</sup>, J. Camacho García<sup>1</sup>, S. Pintado Lalueza<sup>1</sup>, E. Homs Espinach<sup>2</sup> y P. Armario García<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Medicina Interna, <sup>2</sup>Cardiología. Hospital General de L'Hospitalet. L'Hospitalet Llobregat, Barcelona.

**Objetivos.** Definir el perfil del paciente que reingresa precozmente por insuficiencia cardíaca.

**Material y métodos.** Analizamos de forma retrospectiva los pacientes con insuficiencia cardíaca (IC) y que reingresan precozmente (antes de 30 días) en nuestro servicio por descompensación de la misma durante el año 2004. Se valora la edad, etiología de la IC, clase funcional NYHA, fracción de eyección, alteraciones de ECG, comorbilidad por escala Charlson, presencia de anemia y/o insuficiencia renal así como el tratamiento farmacológico.

**Resultados.** Durante el año 2004 se constataron 307 ingresos por IC en nuestro servicio. De éstos 104 se produjeron antes de los 30 días del alta, estos 104 ingresos correspondían a 30 pacientes. Estos enfermos tenían una edad media de  $83,5 \pm 5,4$  años, siendo mujeres 57%. Presentaban una puntuación media de 3,71 puntos en la escala de charlson, el 50% padecían EPOC, se constata anemia en el 60%, e insuficiencia renal en el 56%. El 53,4% de pacientes se encuentran en clase funcional NYHA III/IV, presentando fibrilación auricular en el ECG el 56,7% de los casos, y Bloqueo de rama en el ECG el 40% de los casos. Según etiología la más frecuente es la cardiopatía isquémica 43,3%, hipertensiva 33,3% valvular 20%. El 29% presenta disfunción diastólica en el ecocordio. El 70% de paciente tomaban iECAS o ARAII y el 7% pacientes tomaban betabloqueantes.

**Discusión.** En relación con los estudios realizados en los servicios de medicina interna de nuestro país sobre insuficiencia cardíaca, vemos que estos pacientes reingresadores de forma precoz son más ancianos, presentan una elevada comorbilidad y mayor peso de la cardiopatía isquémica. Así mismo en estos pacientes se realiza una menor utilización de los fármacos que mejoran la morbimortalidad posiblemente por la edad y la comorbilidad (insuficiencia renal, hipertenсия, EPOC) que condicionan la no utilización de los iECAS, ARAII o betabloqueantes.

**Conclusiones.** Los pacientes más ancianos, con elevada comorbilidad, e IC secundaria a cardiopatía isquémica pueden tener más riesgo de reingreso precoz. En estos pacientes están infrutilizados fármacos que mejoran la morbimortalidad. Creemos por todo ello que podría ser útil realizar en estos enfermos, un seguimiento precoz post alta, así como una optimización terapéutica exhaustiva.

## IC-8

### RELACIÓN ENTRE ANEMIA Y EVOLUCIÓN DE LA ICC

J. Casado Cerrada, P. Sánchez Molini, J. Herrero Martínez y C. Suárez Fernández

Medicina Interna. Hospital La Princesa. Madrid.

**Objetivos.** La identificación de factores de riesgo que puedan influir en la evolución de la insuficiencia cardíaca puede ayudar a una mejora en el manejo clínico de dicha patología. La prevalencia de anemia e ICC es varía desde un 15% hasta un 55%, demostrándose una relación directa entre cifras de hemoglobina y pronóstico. Hay pocos estudios que identifiquen y determinen la prevalencia de las diferentes causas de anemia en pacientes con ICC. En este estudio tratamos de determinar la prevalencia de la anemia en pacientes con ICC ingresados en nuestro servicio de Medicina Interna, así como identificar la causa de la anemia siempre que sea posible, estimar la relación de las cifras de hemoglobina plasmática con diversos parámetros demográficos, clínicos, analíticos y terapéuticos y objetivar en qué medida las cifras de hemoglobina condicionan la evolución clínica del paciente durante el período de seguimiento.

**Material y métodos.** Estudio prospectivo de todos los pacientes ingresados por ICC en el Servicio de Medicina Interna de un Hospital terciario durante los meses de mayo a diciembre del 2004. Se incluyeron aquellos pacientes con cifras de Hb menores de 12 g/dl. En todos los pacientes incluidos se evaluaron las cifras de reingreso y mortalidad a los tres y seis meses. Para el análisis de los datos se establecieron tres grupos de pacientes en función de sus niveles de hemoglobina: cifras menores de 8 g/dl, entre 8 y 10 g/dl y entre 10 y 12 g/dl.

**Resultados.** Entre mayo y diciembre de 2004 ingresaron en el Servicio de Medicina Interna 310 pacientes con el diagnóstico de ICC como motivo principal de ingreso. De ellos presentaban cifras de Hb menor de 12 g/dl 126 pacientes (40,64%). La edad media fue de 81 años (DE: 8,4) con un rango de entre los 57 y los 100. El 63% eran mujeres. El 10% de los presentaban cifras de Hb menores de 8g/dl, el 45% cifras entre 8 y 10 g/dl y el 45% restante cifras de Hb entre 10 y 12 g/dl. Las proporciones de los diferentes tipos de anemia fueron: ferropénica 18%, déficit de vitamina B12 1%, déficit de ácido fólico 2%, trastornos crónicos 31%, hemolítica intravascular 1% y anemia de etiología mixta 13%. En el 34% de los pacientes no se pudo identificar un tipo concreto de anemia al no ajustarse a los parámetros analíticos definitorios. El 30% con cifras de Hb menores de 8 g/dl falleció dentro del hospital, frente al 17,7% con cifras de Hb entre 8 y 10 g/dl y el 11,1% con cifras de Hb entre 10



y 12 g/dl ( $p = 0,307$ ). El 30% con cifras de Hb menores de 8g/dl falleció a los tres meses, frente al 17,8% de los pacientes con Hb entre 8 y 10 g/dl y el 4,5% con Hb entre 10 y 12 g/dl ( $p = 0,045$ ). A los seis meses de seguimiento no se demostró relación significativa entre los mismos parámetros. Tampoco se encontraron diferencias significativas en la evolución a los tres y seis meses en función del tipo de anemia.

**Discusión.** Las características clínicas y demográficas de los pacientes coinciden con las realizadas previamente, al predominar sexo femenino y fracción de eyección conservada. El origen de la anemia en la ICC es multifactorial, en relación con la enfermedad, pero también puede ser debida a otras patologías. Hay pocos estudios que identifiquen la prevalencia de las diferentes causas de anemia en pacientes con ICC. En la mayoría se objetiva que la causa más frecuente de anemia en la ICC es la de trastornos crónicos, al igual que sucede en nuestro estudio. En este trabajo también se cuantifican las otras causas de anemia. Esta diferenciación entre anemia de trastornos crónicos y otras causas de anemia en el seno de la ICC, plantea la cuestión de si la evolución de la propia ICC es diferente en uno y otro grupo. En nuestro trabajo, el seguimiento a los tres y seis meses no mostró diferencias según el tipo de anemia en la mortalidad, los reingresos por ICC, o la necesidad de acudir a Urgencias por descompensación.

**Conclusiones.** Existe una elevada prevalencia de anemia entre los pacientes con ingresan en medicina interna por ICC, y si bien es cierto que la anemia por trastornos crónicos representa una proporción importante, no es la única etiología de la anemia en estos pacientes, existiendo otras causas en una proporción considerable. Sin embargo, no parecen existir diferencias en la evolución de la ICC según el tipo de anemia del paciente, siendo la severidad de la anemia lo que más condiciona dicha evolución.

#### IC-9

##### PAPEL DE LA FUNCIÓN RENAL EN LA COMORBILIDAD POR INSUFICIENCIA CARDÍACA

**S. Castellanos Viñas, M. Ledo Laso, M. Liñán Alonso, F. Mourad, A. Morán Blanco, J. Guerra Laso, A. Martínez Gonzalez y J. Herrera Rubio**

Medicina Interna. Complejo Asistencial de León. León.

**Objetivos.** Evaluar como la insuficiencia renal incide como factor pronóstico negativo en la evolución de la insuficiencia cardíaca en pacientes ingresados.

**Material y métodos.** Se han analizado los pacientes que ingresaron durante los meses de febrero y marzo de 2006 en el Servicio de Medicina Interna del Hospital de León (Edificio Monte San Isidro). Se definió como insuficiencia renal una urea  $> 50$  mg/dl y/o una creatinina  $> 1,1$  mg/dl, de acuerdo con los valores de referencia de nuestro laboratorio. Se realizó la determinación al ingreso.

**Resultados.** En el período del estudio ingresaron 434 pacientes de los cuales 74 lo fueron por insuficiencia cardíaca y en estos hubo alteración en la función renal en 44 (59,4%). Un 36% de los pacientes tiene una creatinina superior a 1,5 mg/dl y de estos solo un 14% están por encima de los 2,5 mg/dl. El 61,4% eran varones. La edad media fue de 76,5 años para los varones y 84,9 para las mujeres. La estancia media fue de 7,5 días (la global de 8,1 días). El 64% de los pacientes son hipertensos y el 23% diabéticos. El 27% presentan disfunción sistólica (FE  $< 45\%$ ). El 48% están en fibrilación auricular. En la tabla adyacente se muestra el tratamiento al momento del ingreso y al alta.

**Discusión.** La insuficiencia renal se asocia a edades avanzadas, fibrilación auricular, cardiopatía isquémica e hipertensión arterial y a factores de riesgo para el desarrollo de insuficiencia cardíaca. Se conoce que el deterioro moderado de la función renal es un factor de riesgo de mal pronóstico en pacientes con insuficiencia cardíaca, infarto de miocardio y cirugía cardiovascular. Los mecanismos son desconocidos. Un estudio reciente (Circulation 2004) demuestra que los IECAS en insuficiencia cardíaca con disfunción ventricular disminuyen la mortalidad independientemente de edad, sexo, raza y nivel de creatinina, además establecieron que la elevación de la creatinina fue el predictor más importante de fallo en la prescripción (cuando se usaron dosis bajas). En nuestra serie hay una alta prevalencia de insuficiencia renal al momento del ingreso, en grado leve en la mayoría de los casos y son pacientes que no permanecen más días hospitali-

zados. No se asocia a más complicaciones ni más mortalidad durante la hospitalización.

**Conclusiones.** Alta prevalencia de insuficiencia renal leve al ingreso. La insuficiencia renal no incide en una mayor estancia media ni en más complicaciones o mortalidad. Prescripción de IECAS/ARA II hasta en el 70% de los casos.

Tabla 1.

Fármacos	Ingreso	Alta
Diuréticos	82%	93,2%
IECA/ARA II	66%	70%
Betabloqueantes	29,5%	45,4%
Digoxina	18%	31,8%
Espironolactona	9%	13,6%
Antiagregantes	27%	20%
Anticoagulantes	34%	45,4%

#### IC-10

##### ESTUDIO FAMILIAR DE UNA MIOCARDIOPATÍA NO COMPACTADA (VINC)

**F. García Gutiérrez, E. Sánchez Haya, M. Álvarez Frías, I. Arruabarrena Echeverría, F. Vivanco Martínez y G. Zubillaga**

Medicina Interna. Donostia. San Sebastián, Guipúzcoa.

**Objetivos.** Utilidad de las pruebas de imagen: Ecocardiografía y RMN cardíaca, en el screening de VINC en una familia de 4 miembros con un caso índice.

**Material y métodos.** Se presentan 4 miembros de una misma familia con un caso índice de miocardiopatía dilatada con insuficiencia cardíaca con disfunción sistólica, al cual se le realizó estudio RMN cardíaca ante la sospecha de VINC por Ecocardiografía, que confirmó la patología. Todos los miembros de 1º línea, todos hombres, fueron sometidos a RMN cardíaca.

**Resultados.** Ninguno de los miembros de 1º línea tuvo una prueba de imagen con un caso índice de VINC.

**Discusión.** El ventrículo izquierdo no compactado (VINC) Ventrículo izquierdo hipertrabeculado, es un tipo poco frecuente de cardiomiopatía, caracterizado por un cese del proceso de compactación del ventrículo izquierdo durante la embriogénesis temprana (de la quinta a octava semana fetal). Aunque es congénita, a menudo el inicio de los síntomas cardíacos se retarda hasta la vida adulta  $> 60$  años. El diagnóstico de VINC se realiza habitualmente con Ecocardiografía. Otras pruebas de imagen como RMN cardíaca tienen mayor sensibilidad y especificidad a la hora del diagnóstico. Los criterios diagnósticos de VINC con Ecocardiografía descritos por Jenni R et al son: - No coexistencia de anomalías cardíacas. Engrosamiento segmentario de la pared del ventrículo consistente en 2 capas: una capa epicárdica compacta, y una muy engrosada capa endocárdica, con prominentes trabeculaciones y profundos recesos. Un ratio entre capa no compacta y el miocardio compactado es  $> 2$ : 1 en fase final sístole con engrosamiento de la pared del miocardio, es considerado diagnóstico de VINC, con alta especificidad y sensibilidad. La delimitación de las 2 capas se visualiza mejor en eje paraesternal corto. Localización predominante de la patología en zona apical, medio lateral, y medio inferior del ventrículo izquierdo. La mayoría de los segmentos no compactados son hipoquinéticos. El ecodoppler color evidencia flujo en la profundidad de los recesos intertrabeculares. \*Dichos criterios han sido prospectivamente validados y al estar sólo basados en la morfología, pueden ser aplicados a la RMN cardíaca. En el caso de nuestro paciente presentó una RMN informada con hallazgos compatibles con VINC que afecta a los tres segmentos cardíacos (basal, medio y apical) respetando el septo, con afectación llamativa antero-lateral basal, su FE VI% era del 23%, con cavidades izquierdas dilatadas e hipoquinesia ventricular izquierda generalizada. Se decidió hacer un estudio familiar, con pruebas de imagen, en sus tres hijos, todos varones. Las RMN cardíacas, realizadas por radiólogos con experiencia amplia en la técnica y en la patología, no evidenció patología cardíaca alguna compatible con VINC. Los estudios

de screening solo deberían hacerse ante la aparición de un caso índice. Su valor potencial se describió en un estudio sobre parientes sanos de una serie de 45 pacientes con VINC, de los cuales 8 de 32 parientes asintomáticos, tenían anomalías que incluían VINC, VINC con disfunción sistólica, y dilatación del VI sin VINC. La RMN cardíaca es capaz de darnos imágenes de alta calidad diagnóstica y siempre reproducibles sin la intervención del observador, y posiblemente sea la mejor prueba para el diagnóstico de esta patología.

**Conclusiones.** La verdadera prevalencia de la VINC aún está por determinar, ya que tiene una larga fase asintomática. Creemos idóneo realizar estudios de screening familiares ante la presencia de toda VINC, dado que un alto porcentaje parientes asintomáticos muestran alteraciones morfológicas compatibles con VINC. Proponemos el uso en primer lugar de ecocardiografía ante la sospecha clínica, y en segundo lugar la RMN cardíaca para confirmación. Posiblemente en el futuro observaremos un incremento en la incidencia de VINC con la mejora de las técnicas de imagen y el mayor conocimiento de la misma por los médicos.

### IC-11

#### CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS DE LOS PACIENTES CON INSUFICIENCIA CARDÍACA EN MEDICINA INTERNA

**M. Liñan Alonso, F. Mourad, A. Morán Blanco, J. Guerra Laso, A. Martínez González, J. Herrera Rubio, B. Blanco Iglesias y J. Santos Calderón**

*Medicina Interna. Complejo Asistencial de León. León.*

**Objetivos.** Estudio descriptivo de los pacientes que ingresan en Medicina Interna con diagnóstico de insuficiencia cardíaca. Atendiendo especialmente a las características epidemiológicas y comorbilidad.

**Material y métodos.** Se han incluido en el estudio todos los enfermos ingresados, en los meses de febrero y marzo de 2006, con el diagnóstico de insuficiencia cardíaca en el Servicio de Medicina Interna III (Edificio Monte San Isidro) de Hospital de León.

**Resultados.** Se analizan 74 pacientes que suponen el 17% del total de los ingresos. El 57% son mujeres con una media de edad de 81,4 años respecto a 73,4 para los varones. El 69% tiene más de 75 años. No hay diferencias entre el medio rural y urbano. La estancia hospitalaria es de 7,7 días para los varones y 8,5 para las mujeres, resultando las estancias más prolongadas para pacientes de ámbito rural. El 67,5% de los pacientes permanecen ingresados menos de 8 días. El 28,4% son diabéticos (62% son mujeres) y el 55,4% hipertensos (66% son mujeres). Y el 23% son diabéticos e hipertensos. La cardiopatía predominante es la hipertensiva con un 39% seguida de la isquémica 23% y valvular 17,5%. El 17,5% no tiene realizado estudio ecocardiográfico, ni antes ni durante el ingreso. El 24% de las cardiopatías son por disfunción sistólica (FE inferior al 45%). El 63,5% (47) están en fibrilación auricular. 38 pacientes (51,3%) tienen al momento del ingreso alteración en la función renal, el 21% en grado severo. En cuanto al tratamiento antes del ingreso tomaban IECAS el 50% de los pacientes, ARA II el 17,5% y betabloqueantes el 27% y al alta el 54%, 23% y 47,2%, respectivamente. El 54% están anticoagulados. La mortalidad fue del 2,7%.

**Discusión.** Es bien conocido que la insuficiencia cardíaca es un problema sanitario de primer orden en especial por su elevada morbi-mortalidad y el alto coste que supone. En nuestra serie con bastantes similitudes en comparación con el Registro nacional SEMI-IC del grupo de trabajo de IC de la SEMI supone el 17% del total de los ingresos en ese período, notablemente alto. Predomina una población anciana con gran comorbilidad asociada. En más del 60% se corresponden a etiología hipertensiva o isquémica. El 58,5% tienen función sistólica conservada. Destaca la alta prevalencia de fibrilación auricular y de pacientes con anticoagulación, así como el uso de ciertos fármacos como IECAS/ARA II y betabloqueantes. En otro orden de cosas la estancia media fue de 8,1 días, inferior a la general para el mismo período de tiempo que fue de 9,6 días, en parte facilitado por la derivación ambulatoria para la realización de los estudios ecocardiográficos.

**Conclusiones.** 1) Supone el 17% de todos los ingresos, con una estancia hospitalaria inferior a la media general para el mismo período. 2) Predomina en mujeres, por encima de los 75 años e hipertensión arterial. 3) Insuficiencia cardíaca con función sistólica conservada en el 58,5%. 4) Alta prevalencia de fibrilación auricular. 5) Importante utilización de IECAS/ARA II y betabloqueantes.

### IC-12

#### ECOCARDIOGRAFÍA EN PACIENTES CON INSUFICIENCIA CARDÍACA QUE INGRESAN EN MEDICINA INTERNA

**M. Liñan Alonso, F. Mourad, A. Morán Blanco, J. Guerra Laso, A. Muela Molinero, J. Borrego Galán y L. Quiroga Prado**

*Medicina Interna. Complejo Asistencial de León. León.*

**Objetivos.** Analizar la existencia de estudio ecocardiográfico previo o al alta en pacientes con insuficiencia cardíaca y que son ingresados en Medicina Interna.

**Material y métodos.** Se estudian los pacientes con diagnóstico de insuficiencia cardíaca que ingresan en una planta de Medicina Interna. **Resultados.** Durante los meses de febrero y marzo de 2006 han sido ingresados un total de 434 pacientes, el 17% lo fueron con el diagnóstico de insuficiencia cardíaca. El 57% son mujeres. La media de edad fue 77,4 años. Más del 85% tienen una edad superior a los 65 años. El 65% de los pacientes ya tenía una ecocardiografía realizada previamente al ingreso y al 32,4% se les efectuó durante el mismo. A un 11% que ya tenía estudio ecocardiográfico se repitió durante la hospitalización para reevaluación de su situación. Un 16,2% de los pacientes fueron dados de alta sin ecocardiografía ni antes ni durante el ingreso, en todos los casos estaba pendiente de realizarla de forma ambulatoria. El motivo de esta circunstancia en la mayoría de los casos fue para acortar la estancia hospitalaria. La media de días de ingreso de los pacientes a los que se les hizo una ecocardiografía fue de 9,2 días respecto a los 7 días de aquellos a los que no se les efectuó durante la hospitalización.

**Discusión.** La insuficiencia cardíaca es la primera causa de ingreso hospitalario en el adulto. La ecocardiografía juega un papel importante en la valoración de la insuficiencia cardíaca. Su aportación no debe quedar limitada al diagnóstico pues debe ayudar a valorar el pronóstico y optimizar la terapéutica. Es una técnica barata e incruenta, que se recomienda en todos los pacientes con insuficiencia cardíaca. Y es necesario establecer las prioridades para su realización. En nuestra serie vemos como un alto porcentaje de los pacientes ya tiene efectuado el estudio previamente y como lo disponen en más del 80% al alta. La dependencia de otros servicios, en este caso Cardiología para la realización de la prueba determina la derivación ambulatoria siempre que se considera posible para acortar la estancia hospitalaria.

**Conclusiones.** 1) Más del 60% de los pacientes ya tienen ecocardiografía previa al ingreso, en nuestro medio. 2) Más del 80% de los pacientes con insuficiencia cardíaca tienen efectuada una ecocardiografía al momento del alta. 3) A la mayoría de los pacientes con primer episodio de insuficiencia cardíaca se les realiza el estudio ecocardiográfico de forma ambulatoria. 4) La estancia media de los pacientes a los que no se les realiza la ecocardiografía durante el ingreso es menor en dos días.

### IC-13

#### ANGINA DE PECHO REFRACTARIA. NEUROESTIMULACIÓN MEDULAR COMO ÚLTIMA OPCIÓN TERAPÉUTICA. CINCO AÑOS DE SEGUIMIENTO

**L. Calvo<sup>1</sup>, C. Glucksmann<sup>6</sup>, A. Guerrero<sup>3</sup>, R. Guerra<sup>6</sup>, M. Iruirita<sup>2</sup>, R. Chirino<sup>4</sup>, J. Fuentes<sup>5</sup> y C. Culebras<sup>2</sup>**

<sup>1</sup>Medicina Interna, <sup>2</sup>Cardiología, <sup>3</sup>Anestesiología y Reanimación, <sup>4</sup>Fisiología, <sup>6</sup>Nefrología. Hospital Universitario Insular.

*Las Palmas. <sup>5</sup>Medicina Intensiva. Perpetuo Socorro. Las Palmas.*

**Objetivos.** Cada vez es más frecuente encontrar a pacientes con cardiopatía isquémica crónica o aguda con angina no controlable. Angina de pecho refractaria (APR) se define como aquella angina grave e invalidante, que no es controlable con tratamiento convencional farmacológico o de revascularización. **Objetivo.** Estudiar a pacientes con APR a los que se les coloca un neuroestimulador medular (NEM) para control de su angina. Seguimiento de los mismos durante 5 años y análisis de variables clínicas y funcionales, de calidad de vida y su morbi-mortalidad

**Material y métodos.** Estudiamos 50 pacientes con APR y NEM. **Características:** 54% varones, edad media 70 años, hipertensos 97%, dislipémicos 81%, diabéticos 78%, con insuficiencia renal 43%, enfermedad de tres vasos 94%, revascularizados mecánica o quirúrgicamente 72%.

**Resultados.** Siempre comparando datos medios báseles y tras cinco años con NEM. Clínicos-funcionales: clase funcional NYHA basal 3.2 tras NEM 2.6 (p 0.001), clase canadiense basal 3.3 tras NEM 2.1 (p 0.001), fracción de eyección basal 36% tras NEM 44% (p 0.03), ergometría basal 2.2 minutos tras NEM 4.2 (p 0.001), nitroglicerina sublingual semanales basal 12.1 tras NEM 4.6 (p 0.001). Calidad de vida (Euroqol): movilidad basal 2.6 tras NEM 2.2 (p 0.01), dolor basal 2.9 tras NEM 1.7 (p 0.0001), actividad cotidiana basal 2.1 tras NEM 1.8 (p 0.0001), cuidados personales basales 2.1 tras NEM 1.6 (p 0.0001), valoración personal basal 3.2 tras NEM 2.6 (p 0.001) Morbi-mortalidad: Durante el seguimiento, 8 fallecieron (18,1%), 13 pacientes ingresaron por problemas cardíacos y fueron dados de alta (29,5%, p 0,005).

**Conclusiones.** La neuroestimulación medular es una buena técnica antiálgica para los pacientes con angina de pecho refractaria, con ella se logra solo una mejoría clínica, también funcional y en la calidad de vida de estos pacientes, sin aumento de su morbimortalidad quizás una leve disminución.

#### IC-14

##### INTERLEUQUINA 6 COMO MARCADOR PRONÓSTICO EN PACIENTES CON INSUFICIENCIA CARDÍACA DESCOMPENSADA

**F. Ruiz Ruiz<sup>1</sup>, J. Morales Rull<sup>2</sup>, Á. Flamarique Pascual<sup>2</sup>, M. Sánchez Marteles<sup>2</sup>, P. Lasierra Díaz<sup>3</sup>, P. Sampérez Legarre<sup>2</sup>, F. Ruiz Laiglesia<sup>2</sup> y J. Pérez Calvo<sup>2</sup>**

<sup>1</sup>Servicio de Urgencias, <sup>2</sup>Servicio de Medicina Interna, <sup>3</sup>Servicio de Inmunología. Hospital Clínico Universitario. Zaragoza.

**Objetivos.** Diferentes estudios han demostrado el valor de la interleuquina 6 (IL-6) como predictor de muerte, reingreso y necesidad de trasplante cardíaco en pacientes con insuficiencia cardíaca (IC) avanzada. Nuestro objetivo fue evaluar la utilidad pronóstica de los niveles plasmáticos de IL-6 en pacientes que ingresan con IC descompensada. **Material y métodos.** Se realizó un estudio prospectivo con 111 pacientes ingresados de forma consecutiva en un Servicio de Medicina Interna. En ellos se evaluó la mortalidad y reingresos por IC durante un periodo de 21 meses. Se obtuvo una muestra sanguínea al ingreso para determinación de la IL-6.

**Resultados.** La concentración media de IL-6 fue de  $90,09 \pm 115,96$  pg/ml (rango entre 1,54 y 743,66 pg/ml). No se identificaron diferencias en función de la edad, sexo o etiología del fallo cardíaco. Durante el seguimiento fallecieron 22 pacientes (19,82% del total de la muestra) por causas directamente relacionadas con la insuficiencia cardíaca, y 54 (48,6% del total) precisaron reingreso por nuevas descompensaciones. Se realizó un análisis de regresión logística que identificó como predictores independientes de mortalidad la presencia de disfunción sistólica, diagnóstico previo de IC y la coexistencia de diabetes mellitus. No se observaron variaciones en la evolución en dependencia de los niveles de IL-6 al ingreso. No se identificaron predictores para reingresos.

**Discusión.** La participación de la IL-6 en el proceso fisiopatológico de la IC ha llevado a evaluar, en diferentes estudios el valor pronóstico de la IL-6. En nuestro estudio, la complejidad de los pacientes incluidos (reflejo del paciente con insuficiencia cardíaca que ingresa en los Servicios de Medicina Interna) hacen que el valor de la IL-6 se vea limitado.

**Conclusiones.** Nuestro estudio sugiere que una determinación aislada de IL-6 al ingreso, en pacientes que ingresan por descompensación en un Servicio de Medicina Interna, carece de utilidad pronóstica a medio plazo.

#### IC-15

##### VALOR PRONÓSTICO DEL PÉPTIDO NATRIURÉTICO Y DE LOS DATOS CLÍNICOS EN PACIENTES CON INSUFICIENCIA CARDÍACA

**F. Ruiz Ruiz<sup>1</sup>, D. Sáenz Abad<sup>1</sup>, Á. Flamarique Pascual<sup>2</sup>, J. Orales Rull<sup>2</sup>, B. Amores Arriaga<sup>2</sup>, R. Nuviala Mateo<sup>3</sup>, F. Ruiz Laiglesia<sup>2</sup> y J. Pérez Calvo<sup>2</sup>**

<sup>1</sup>Servicio de Urgencias, <sup>2</sup>Servicio de Medicina Interna, <sup>3</sup>Servicio de Bioquímica. Hospital Clínico Universitario. Zaragoza.

**Objetivos.** Los péptidos natriuréticos han demostrado en diferentes estudios su valor diagnóstico y pronóstico en pacientes con insufi-

ciencia cardíaca (IC). Nuestro objetivo fue valorar la capacidad predictiva de mortalidad del NT-proBNP y su correlación con los hallazgos clínicos en pacientes que ingresan en un Servicio de Medicina Interna.

**Material y métodos.** Se seleccionaron 52 pacientes ingresados con sospecha clínica de IC descompensada, atendiendo a los criterios recogidos en las escalas de Framingham y Boston. Al ingreso se realizó (para una evaluación posterior) la determinación de NT-proBNP.

**Resultados.** El valor medio en las concentraciones de NT-proBNP al ingreso fue de 2567.35 pg/ml (rango entre 43.5-17155 pg/ml). Solo 3 pacientes presentaron una concentración inferior a 100 pg/ml. Se objetivó una correlación positiva entre las concentraciones de NT-proBNP y la puntuación obtenida de acuerdo a la escala de Boston ( $r = 0.496$ ,  $p < 0,001$ ) y de Framingham ( $r = 0.272$ ,  $p = 0,06$ ). La concentración de NT-proBNP demostró ser un predictor independiente mortalidad para un valor de 5000 pg/mL (OR: 4,92 IC 95%: 1,27-18,86  $p = 0,02$ ) según el modelo de riesgos proporcionales de Cox. Para una concentración de 1000 pg/ml, demostró una sensibilidad y especificidad de 84,3% y 43,6% (AUC: 0,705  $p = 0,02$ ), respectivamente, para predecir mortalidad.

**Discusión.** A pesar de la ausencia de recomendaciones en el momento actual acerca del valor de los péptidos natriuréticos en pacientes con IC aguda, en nuestro estudio los valores de NT-proBNP mostraron un valor pronóstico en la predicción de mortalidad, a medio plazo, para IC. Un hecho a destacar es la heterogeneidad de la muestra presentada, ya que recogía pacientes con disfunción sistólica y con fracción de eyección conservada, así como con comorbilidad asociada.

**Conclusiones.** La determinación de NT-proBNP al ingreso tiene valor pronóstico en pacientes con IC descompensada que ingresan en un Servicio de Medicina Interna.

#### IC-16

##### CONSIDERACIONES EN EL TRATAMIENTO DE LA INSUFICIENCIA CARDÍACA EN MEDICINA INTERNA

**F. Mourad, M. Liñan Alonso, A. Morán Blanco, J. Guerra Laso, A. Martínez González, J. Herrera Rubio, B. Blanco Iglesias y J. Santos Calderón**

Medicina Interna. Complejo Asistencial de León. León.

**Objetivos.** Establecer las diferencias en el tratamiento de los pacientes con insuficiencia cardíaca al momento del ingreso y al alta. Valorar las pautas de tratamiento de la insuficiencia cardíaca con función sistólica preservada.

**Material y métodos.** Se analizaron los enfermos ingresados por insuficiencia cardíaca en el Servicio de Medicina Interna III (Edificio Monte San Isidro) de Hospital de León, que consta de 81 camas, durante los meses de febrero y marzo de 2006.

**Resultados.** De un total de 434 pacientes ingresados, el 17% (74) lo fueron con el diagnóstico de insuficiencia cardíaca. El 57% fueron mujeres. La edad media fue 77,4 años (81,4 años para las mujeres y 73,4 para los varones), el 69% por encima de los 75 años. El 58,5% de los pacientes con estudio ecocardiográfico tienen función sistólica preservada. El 24% una fracción de eyección inferior al 45%. Y el 17,5% restante no la tiene medida. El 39% de las cardiopatías son de origen hipertensivo.

**Discusión.** La insuficiencia cardíaca supone una de las primeras causas de morbimortalidad y de ingreso hospitalario, por tanto la finalidad del tratamiento será aliviar los síntomas y reducir la mortalidad. En nuestra serie al alta toman IECAS/ARA II hasta un 77% y beta-bloqueantes casi la mitad, cifras que consideramos óptimas si tenemos en cuenta la infrautilización que se suele describir respecto a las indicaciones de las guías. Se puede explicar por la alta prevalencia de hipertensos (el 55,4%) y diabéticos (28,4%). La digoxina se usa en un tercio de los pacientes, mayoritariamente en aquellos que tienen función sistólica preservada por la mayor presencia de fibrilación auricular. Y son estos pacientes en los que más se ha indicado un betabloqueante al alta hospitalaria. La espironolactona se prescribe en un cuarto de los casos. Están anticoagulados más de la mitad de los pacientes.

**Conclusiones.** 1) Uso de IECAS/ARA II en más de dos tercios de los pacientes. 2) Casi la mitad tiene un betabloqueante. 3) Alto porcentaje de anticoagulación.

Tabla 1. Tratamiento al ingreso y al alta.

Fármacos	Ingreso	Alta
Diuréticos	82,4%	94,5%
IECA/ARA II	50%/17,5%	54%/23%
Betabloqueantes	27%	47,2%
Digoxina	26%	34%
Espironolactona	11%	20,3%

Tabla 2. Tratamiento con función sistólica preservada.

Fármacos	Ingreso	Alta
Diuréticos	84,5%	93,1%
IECA/ARA II	48,2%/17,2%	53,4%/20,7%
Betabloqueantes	25,8%	43,1%
Digoxina	31%	36,2%
Espironolactona	10,3%	18,9%

### IC-17

#### LA FIBRILACIÓN AURICULAR EN LA INSUFICIENCIA CARDÍACA

**F. Mourad, M. Liñan Alonso, A. Morán Blanco, J. Guerra Laso, A. Muela Molinero, J. Borrego Galan y L. Quiroga Prado**

Medicina Interna. Complejo Asistencial de León. León.

**Objetivos.** Ver la prevalencia de fibrilación auricular en los enfermos con insuficiencia cardíaca.

**Material y métodos.** Se evalúan los pacientes con insuficiencia cardíaca que ingresan en una planta de hospitalización de Medicina Interna durante los meses de febrero y marzo de 2006.

**Resultados.** En total fueron 74 pacientes con insuficiencia cardíaca (17%), de los cuales 48 (65%) presentan fibrilación auricular. El 60% fueron mujeres y la media de edad fue de 78.3 años. La estancia media de los pacientes que tienen fibrilación auricular respecto a los que no es de 8.3 vs. 7.9 días. Las cardiopatías de base predominantes fueron la hipertensiva en el 42%, las valvulopatías en el 18,8% y la isquémica en el 21%. En el 14,6% fue desconocida. El 73% tienen función sistólica preservada. En cuanto al tratamiento destacar el uso exclusivo de digoxina en los pacientes con fibrilación auricular respecto a los que no la tienen y el mayor empleo de betabloqueantes (48% vs. 23%). Los IECAS/ARA II se usan en el 79,2% y la amiodarona en el 10%. Están anticoagulados casi el 80%, con un 20% de nuevas indicaciones. Un tercio aproximadamente de los pacientes con fibrilación auricular tienen deterioro en la función renal.

**Discusión.** La fibrilación auricular tiene gran importancia pues es un predictor de mortalidad por todas las causas en la insuficiencia cardíaca (SOLVD y V-HeFT). Es frecuente su asociación, particularmente en el anciano. Comparten causas y se relacionan recíprocamente, pudiendo cada una predisponer a la otra. En el registro nacional SEMI-IC del grupo de trabajo de IC de la SEMI la prevalencia de fibrilación auricular en pacientes con insuficiencia cardíaca es del 46%. En nuestra serie la prevalencia es muy alta y es mayor en el grupo de pacientes con función sistólica preservada. Destacar respecto al tratamiento el uso de IECAS/ARA II en casi el 80% y de betabloqueantes en el 50%. El motivo fundamental de la no anticoagulación fue no poder asegurar un control adecuado.

**Conclusiones.** 1) Alta prevalencia de fibrilación auricular en pacientes con insuficiencia cardíaca (65%). 2) Predominio en pacientes con función sistólica preservada (73%). 3) Mayor uso de digoxina, betabloqueantes y anticoagulantes. 4) Los pacientes con fibrilación auricular no prolongaron mucho más la estancia hospitalaria.

### C-18

#### DIFERENCIAS GEOGRÁFICAS LOCALES EN LAS ALTAS POR INSUFICIENCIA CARDÍACA EN ANCIANOS EN UN ÁREA DE GALICIA

**J. Montes-Santiago<sup>1</sup>, G. Rey García<sup>2</sup> y A. Mediero Domínguez<sup>2</sup>**

<sup>1</sup>Medicina Interna, <sup>2</sup>Documentación Clínica. Complejo Hospitalario Universitario de Vigo-Meixoeiro. Vigo, Pontevedra.

**Objetivos.** La insuficiencia cardíaca (IC) constituye el primer diagnóstico de alta en los pacientes mayores de 65 años hospitalizados y su prevalencia continúa en aumento. Galicia se sitúa a la cabeza de las Comunidades Autónomas Españolas por número de muertes por IC. En este trabajo se describe el patrón epidemiológico de la hospitalización por IC en ancianos en el área sanitaria de Pontevedra-Sur, con el objetivo de detectar posibles diferencias geográficas locales que puedan traducirse en una mejor distribución de los recursos destinados a su asistencia.

**Material y métodos.** Durante el periodo 2002-2004 se contabilizaron todas las altas con el diagnóstico principal de IC en pacientes mayores de 75 años (Grupos de Diagnóstico relacionados -GDRs- 127 y 544) en el Complejo Hospitalario Universitario de Vigo-Meixoeiro. Dicho hospital constituye el centro sanitario de referencia del área sur de la provincia de Pontevedra y atiende a una población protegida de 163420 personas mayores de 14 años y a 21.816 mayores de 75 años. Para dichas altas se anotaron la edad, sexo, letalidad por IC y municipio de procedencia de los pacientes. Se calculó la tasa anual de altas de IC por 1000 habitantes > 75 años de población protegida por tarjeta sanitaria (con fecha del 31/12/2003).

**Resultados.** En el área de Pontevedra-Sur se produjo un incremento absoluto de altas del 12% en el trienio 2002-04, con respecto al periodo 1999-2001 (1035 altas frente a 924). El 64% de las altas anuales por IC ocurrieron en > 75 años y el 78% de las muertes por IC se produjo en este grupo de edad. En el periodo 2002-04 se produjo una tasa global anual de altas de 9,8/1000 habitantes > 75 años (intervalo confianza al 95%: 8,4-11,0%). El 64% de este grupo etario fueron mujeres y la letalidad por IC en dicho grupo fue del 16,0%. En 2 de los 18 municipios pertenecientes al área geográfica de hospitalización se observó una tasa de altas/1.000 habitantes > 75 años significativamente superior: Pontearreas (18,5) y Tomiño (21,3), respectivamente. En otros 3 municipios en contigüidad geográfica con los anteriores también se observó una tendencia a un mayor número de altas hospitalarias por IC, aunque sin alcanzar diferencias estadísticamente significativas.

**Discusión.** Se aprecian significativas diferencias en las tasas de altas hospitalarias por IC en diversas zonas geográficas locales correspondientes al mismo área de hospitalización. El conocimiento de esta realidad puede ayudar para diseñar estrategias de abordaje y distribución de recursos para el manejo de esta entidad en dicha área geográfica.

**Conclusiones.** Se observan diferencias significativas en la distribución geográfica de las altas por IC en pacientes > 75 años en el área sanitaria de Pontevedra-Sur. Tales diferencias parecen delimitar áreas geográficas determinadas con una mayor prevalencia de esta patología.

### IC-19

#### INSUFICIENCIA CARDÍACA ATENDIDA EN UNA UNIDAD DE HOSPITALIZACIÓN A DOMICILIO. COMPARACIÓN CON LA HOSPITALIZACIÓN CONVENCIONAL

**J. Montes-Santiago<sup>1</sup>, L. Amador-Barciela<sup>2</sup>, I. Benito<sup>2</sup>, M. Carnero<sup>2</sup>, G. Rey-García<sup>3</sup> y A. Mediero-Domínguez<sup>3</sup>**

<sup>1</sup>Medicina Interna, <sup>2</sup>Urgencias-Hospitalización a Domicilio, <sup>3</sup>Documentación Clínica. Complejo Hospitalario Universitario de Vigo-Meixoeiro. Vigo, Pontevedra.

**Objetivos.** La elevada morbimortalidad y consumo de recursos asociados a la hospitalización por insuficiencia cardíaca (IC) ha motivado la búsqueda de nuevas alternativas asistenciales, configurándose la Hospitalización a domicilio (HADO) como una de ellas. Presentamos una comparativa de los pacientes con IC seguidos en dicha Unidad con los ingresados en una Unidad de Hospitalización en Medicina Interna (MI).

**Material y métodos.** Se tabularon las características de los 118 pacientes remitidos a HADO con el diagnóstico principal de IC en el período 2002-04 (10% de los pacientes totales atendidos por dicha Unidad) y se compararon con una cohorte prospectiva de 110 pacientes ingresados en MI en dos períodos distintos (años 2000-01-02), seguidos tras su ingreso (constituyeron el 14% de ingresados en MI en dicho período).

**Resultados.** En la tabla figuran las características de ambos grupos. Los pacientes en HADO presentaron mayor edad y grado de dependencia y peor capacidad funcional que se tradujo en una menor supervivencia. La etiología de la cardiopatía fue similar (isquémica e hipertensiva 24% y 27% (MI) y 30 y 29% (HADO), respectivamente). En MI se empleó más espironolactona (57% vs 24%), digoxina (32% vs 19%) e IECA-ARAI (55% vs 25%) pero no betabloqueantes (5% en ambos).

**Discusión.** Aunque la mortalidad de los pacientes con IC atendidos en HADO es mayor, debido al mayor deterioro de este tipo de pacientes esta modalidad asistencial puede constituirse en una aceptable alternativa.

**Conclusiones.** Los pacientes atendidos por una unidad de HADO son de mayor edad y con mayor deterioro funcional que los ingresados en MI. Ello se traduce en una mayor mortalidad a los 12 meses. Sin embargo, debido a su alto grado de dependencia, HADO constituye una razonable alternativa asistencial a la hospitalización clásica.

Tabla 1.

Período	MI 2000-02	HADO 2002-04	p
Edad (+ SD)	74 + 11	81 + 7	< 0,01
Mujer (%)	51	54	NS
Incapacidad física (%)	50	83	< 0,01
Incapacidad mental (%)	27	29	NS
NHYA III-IV (%)	64	86	< 0,01
HTA (%)	41	47	NS
EPOC (%)	47	37	NS
F. auricular	46	42	NS
Estancia	11 + 9	17 + 14	
Nº fármacos	5 + 3	8 + 3	< 0,01
Reingreso 12 meses (%)	42	32	NS
Supervivencia 12 meses (%)	64	37	< 0,01

## IC-20

### EXPERIENCIA DE UNA CONSULTA DE INSUFICIENCIA CARDÍACA DESDE LA MEDICINA INTERNA DE UN HOSPITAL COMARCAL

**M. Ribell<sup>1</sup>, E. Ferrer<sup>1</sup>, S. Scribano<sup>2</sup>, B. Consola<sup>1</sup>, M. Mijana<sup>1</sup>, R. Guitart<sup>1</sup>, J. Mercader<sup>3</sup> y S. Montull<sup>1</sup>**

<sup>1</sup>Servei de Medicina Interna, <sup>2</sup>Medicina de Família i Comunitària, <sup>3</sup>Unitat de Cardiologia. Hospital General de Granollers. Granollers, Barcelona.

**Objetivos.** Descripción de una consulta monográfica de insuficiencia cardíaca en un hospital comarcal con los siguientes objetivos: 1) Establecer diagnóstico de insuficiencia cardíaca y su etiología. 2) Conocer las características clínicas, epidemiológicas y terapéuticas de los pacientes incluidos. 3) Adherencia terapéutica y de seguimiento de dichos pacientes. 4) Determinar que factores condicionan la descompensación y el reingreso hospitalario.

**Material y métodos.** Seguimiento prospectivo de los pacientes atendidos en la consulta con diagnóstico de insuficiencia cardíaca desde su implantación en enero del año 2001 hasta diciembre del 2005.

**Resultados.** Se incluyen en el seguimiento un total de 136 pacientes con diagnóstico de IC (68% hombres), de edad media de 65 ± 13 años (21-89). Sólo un 30% de los pacientes incluidos tenía diagnóstico previo de insuficiencia cardíaca. El 52% eran fumadores; y presentaban como factores de comorbilidad (35% HTA, 33% dislipemia, 15% diabetes mellitas, 15% MPOC, 21% cardiopatía isquémica, 9% enfermedad vascular cerebral y 11% neoplasia). El 76% de

los pacientes fueron diagnosticados de Miocardiopatía Dilatada (30% hipertensiva, 27% isquémica, 16% valvular, 9% enófica, 6% idiopática, 6% por toxicidad quimioterápica). El 15% de ellos se diagnosticaron de SAHS asociado. El 57% de los pacientes incluidos iniciaron el seguimiento tras su ingreso en planta de medicina interna por insuficiencia cardíaca, el 36% tras el ingreso hospitalario por otros motivos y el 7% procedieron de atención primaria para estudio. Un 50% de los pacientes se encontraban en clase funcional I de la NYHA, un 30% en clase II, un 13% en clase III y un 7% en clase funcional IV; con disfunción sistólica en el 77% de los casos (53% con FE < 35%) al inicio del seguimiento. La infección respiratoria, la cardiopatía isquémica y los trastornos del ritmo cardíaco fueron las causas de descompensación más frecuentes. En un 33% no se llegó a conocer la causa. El 80% de los pacientes llevaban tratamiento con IECAS-ARA II, 78% con diuréticos, 66% betabloqueantes y el 45% antialdosterónicos. Un 54% recibían tratamiento antiagregante y un 15% anticoagulación. En 14 casos los pacientes precisaron revascularización coronaria, y en dos casos trasplante cardíaco. Un total de 93 pacientes (68%) completaron de forma regular el seguimiento (controles cada 3 meses), 15 (11%) fueron éxitos y 27 pacientes (23%) se perdieron durante el seguimiento. En los pacientes con seguimiento superior a 24 meses, la FE fue < 35% en el 24% de los enfermos y entre el 35-55% en un 32%. El reingreso hospitalario tuvo lugar en un 20% de los pacientes; con edad media 66 años, diagnóstico previo de IC en un 80% de los casos y FE < 35% en todos los casos.

**Discusión.** Las características generales de nuestra población a estudio difieren de la mayoría de estudios y experiencias, en cuanto a muestra incluida (N pequeña), situación clínica previa (número de pacientes asintomáticos, ausencia de diagnóstico previo) y edad (servicio propio de geriatría en nuestro hospital); siendo los resultados poco extrapolables a la población real que ingresa en la mayoría de servicios de medicina interna.

**Conclusiones.** 1) La consulta especializada permite un seguimiento eficaz de los pacientes con insuficiencia cardíaca, en cuanto a posibilidad de ofrecer una asistencia integral al paciente, basada en el diagnóstico, la detección de descompensaciones, el cumplimiento terapéutico y la prevención del reingreso hospitalario. 2) Los diagnósticos etiológicos, factores de comorbilidad y descompensación son similares a los hallados en otras series, aunque nuestra población es más joven respecto a otros trabajos. 3) La tasa de reingreso es del 20%, y ocurre en pacientes con diagnóstico previo de IC y con FE inicial < 35%.

## IC-21

### PERFIL DE PACIENTES SEGUIDOS EN UNA CONSULTA INTEGRAL DE ICC

**J. Cerqueiro González, A. Justo Alonso, D. Ibáñez Alonso, A. Pazos Ferro, C. González Louzao, M. Rivas Bande, M. Peña Zems y A. González Tarazona**

Medicina Interna-B. Xeral-Calde. Lugo.

**Objetivos.** 1) Analizar el perfil de población que asiste a la consulta de ICC. 2) Analizar la cardiopatía más frecuente y el tipo de disfunción. 3) Analizar la implementación terapéutica.

**Material y métodos.** En una consulta de seguimiento integral y continuado a pacientes con ICC, realizamos una recogida retrospectiva de los datos demográficos, comorbilidad, tipo de ICC, y tratamiento.

**Resultados.** En 6 meses de consulta atendimos a 81 pacientes, de edad media de 78 a (53-90 a), mujeres 46 (58%). La mayoría son hipertensos (61), fundamentalmente las mujeres (42); 29 son diabéticos y 24 obesos. 21 pacientes cumple criterios de EPOC, 7 con obstrucción grave, y 4 presentan SAOS con CPAP nocturna. 23 pacientes presentan I. renal, y 7 anemia de Tx crónico. La IC isq está presente en 10 pacientes previo al seguimiento en consultas, Claudicación intermitente en 11 y antecedentes ACV antiguo en 7. También señalar la presencia de 24 pacientes con alteraciones tiroideas (17 con tirotoxicosis, 7 con hipotiroidismo) La FEVI está conservada en 50 pacientes, fundamentalmente mujeres (35 mujeres frente 15 hombres). Las mujeres tienen con más frecuencia el VI normal (27) o hipertrófico (11) que los hombres; mientras que estos tienen con más frecuencia VI dilatado (13 varones frente a 8 mujeres) y deteriorada de la FEVI. La mayoría (61%) tienen disfunción diastólica y, entre los que tienen disfunción sistólica, en 12 casos es

severa. La causa de ICC con más frecuencia fue la Cardiopatía HTA (75%), seguida de las Valvulopatías severas (37%), la C Isq (20%) y las miocardiopatías dilatadas de dudoso origen (8%). Señalar que 37 pacientes están en FAc En el momento del corte del seguimiento 54 pacientes reciben BBloq (44 carvedilol, 10 bisoprolol), solo 5 toleran dosis máxima, y la mayoría (25) toleran dosis medias. La causa más frecuente de suspensión (13 casos) del Bbloq fue la bradicardia y el broncoespasmo. Señalar que 21 están tomando broncodilatadores inhalados y 9 de estos toleran B Bloq. 28 pacientes consumen IECAs y 30 ARAII, encontrando intolerancia a IECAS en 8 casos, fundamentalmente por tos seca e hipotensión sintomática. Solo 16 pacientes toman espironolactona, en 7 casos hubo que suspenderla por deterioro renal e hiperpotasemia fundamentalmente. Desde el seguimiento 19 pacientes tuvieron que reingresar por IC y 13 acudieron a urgencias por el mismo motivo al menos 1 vez.

**Conclusiones.** En los 6 meses desde que comenzó la consulta, podemos decir que existe un perfil definido por pacientes ancianos (78%), algo más mujeres, con importante comorbilidad asociada. Donde la cardiopatía HTA es la causa subyacente más frecuente, y llama la atención el alto nº de valvulopatías severas y la baja incidencia de C Isq. Un 66% de pacientes reciben B Bloq y el 71% IECAS/ARA-II, aunque la optimización terapéutica es difícil logrando en pocos casos las dosis máxima. Destacar la poca utilización de espironolactona y su intolerancia.

## IC-22

### IMPACTO DE UN PROGRAMA DE HOSPITALIZACIÓN DE PACIENTES ANCIANOS CON INSUFICIENCIA CARDÍACA DESCOMPENSADA EN UNA UNIDAD DE CORTA ESTANCIA DE SOPORTE A URGENCIAS: ESTUDIO COMPARATIVO CON LA HOSPITALIZACIÓN CONVENCIONAL

D. Chivite Guillén<sup>1</sup>, R. Pujol Farrions<sup>1</sup>, A. Salazar Soler<sup>2</sup> y J. Alonso<sup>3</sup>

<sup>1</sup>Medicina Interna, <sup>2</sup>Urgencias. Hospital Universitari de Bellvitge. L'Hospitalet de Llobregat, Barcelona. <sup>3</sup>Institut Municipal d'Investigació Mèdica. Parc de Recerca Biomèdica, Barcelona, Barcelona.

**Objetivos.** Comparar el proceso de atención hospitalaria y la evolución a corto-medio plazo de pacientes ancianos atendidos por insuficiencia cardíaca descompensada (ICD) en una Unidad de Corta Estancia de Urgencias (UCEU) con relación a pacientes de las mismas características atendidos en Hospitalización Convencional Servicio de Medicina Interna (HC-SMI).

**Material y métodos.** Estudio observacional aleatorizado. Los pacientes de > 65 años atendidos en Urgencias del Hospital Universitari de Bellvitge con clínica de ICD y criterios de ingreso en UCEU (cardiopatía no complicada, estabilidad clínica, comorbilidad y discapacidad moderadas, bajo riesgo social) fueron distribuidos de forma aleatorizada en el momento del ingreso entre la UCEU y el SMI. Se recogieron durante el ingreso los datos basales de los pacientes y los del proceso asistencial, y posteriormente se efectuó un seguimiento evolutivo de ambas cohortes a lo largo de un año, evaluando la morbimortalidad, la situación funcional, la capacidad de esfuerzo, la calidad de vida y el grado de control y conocimiento de la enfermedad. Se analizó también el gasto asociado al ingreso índice y el relacionado con el seguimiento posterior.

**Resultados.** En un periodo de 10 meses 140 pacientes (UCEU = 70, HC-SMI = 69) fueron incluidos en el estudio; no existían diferencias significativas relevantes en su situación basal (datos demográficos, antecedentes de la IC, comorbilidad, situación funcional y cognitiva) ni en las características del episodio de ICD (desencadenantes, clínica al ingreso, complicaciones, estabilidad al alta, mortalidad intrahospitalaria), a excepción de la práctica de un mayor número de exploraciones complementarias en los pacientes ingresados en el SMI. Al alta la estancia media de los pacientes ingresados en la UCEU era significativamente inferior a la observada en el SMI (4.04 vs 8.97 días,  $p < 0,05$ ), así como el coste global de la estancia en el hospital (633.48 vs 2081.28,  $p < 0,05$ ) En el seguimiento posterior se constató una mayor tendencia al reingreso, significativa tan solo a los seis meses, en los pacientes atendidos durante el ingreso índice en la UCEU (proporción de pacientes con uno o más reingresos: 16% a los 28 días, 29% a los 3 meses, 41% a los 6 meses y 46% al año vs 10, 23, 30 i 39% en el HCSMI, respectivamente), sin diferencias significativas en

la tasa de mortalidad extrahospitalaria, la calidad de vida, la situación funcional, la capacidad de esfuerzo, la adecuación del tratamiento (en caso de disfunción sistólica), la especialidad encargada del control médico, el conocimiento por parte del paciente de la enfermedad, o el gasto sanitario a lo largo del año de seguimiento.

**Conclusiones.** A igualdad de condiciones (pacientes con ICD no complicada y situación sociosanitaria no compleja), el ingreso de los pacientes ancianos con ICD en la UCEU se muestra segura y coste-efectiva, y puede considerarse un complemento válido al ingreso en HC-SMI.

## IC-23

### VALOR DEL BNP EN EPISODIOS DE DESCOMPENSACIÓN DE INSUFICIENCIA CARDÍACA EN ANCIANOS

L. Medina González<sup>1</sup>, L. Cornide Santos<sup>2</sup>, E. Rojas Muñoz<sup>2</sup>, J. Fresneda Moreno<sup>2</sup>, J. Zamora<sup>3</sup>, J. Del Rey Sánchez<sup>1</sup>, E. Ripoll Sevillano<sup>1</sup> y L. Manzano Espinosa<sup>2</sup>

<sup>1</sup>S. Bioquímica Clínica, <sup>2</sup>Unidad de IC del Anciano.

<sup>3</sup>S. Medicina Interna, <sup>3</sup>Unidad de Bioestadística.

H. Universitario Ramón y Cajal. Madrid.

**Objetivos.** Comprobar la utilidad del BNP para el diagnóstico de episodios de descompensación de insuficiencia cardíaca (IC) en ancianos.

**Material y métodos.** Se estudiaron 37 pacientes ancianos con IC seguidos ambulatoriamente en nuestra Unidad. En cada visita, tanto en episodios de descompensación como de estabilidad clínica, se determinó la concentración plasmática de BNP por ensayo inmunoenzimático (AxSYM-Abbott®). Así mismo, se recogieron datos epidemiológicos, clínicos, analíticos, radiográficos y ecocardiográficos de los pacientes. El diagnóstico de los episodios de reanudación fue realizado por un equipo de médicos expertos en IC sin conocer el valor de BNP. Para estudiar los cambios relativos de las concentraciones de BNP se utilizó un modelo GEE (Generalized Estimating Equation) que permite analizar datos obtenidos en los mismos pacientes en distintos momentos de su evolución, a través del programa estadístico STATA vs 9.0.

**Resultados.** La media de edad fue de  $80,1 \pm 5,89$  años, con un rango entre 70-91 años. El 56% eran mujeres. La mayoría eran pacientes pluripatológicos; cabe destacar que el 75,7% padecían hipertensión arterial, el 62,2% fibrilación auricular, el 32% diabetes mellitus, el 27% enfermedad cerebrovascular, el 21,6% EPOC y el 21% cardiopatía isquémica. En cuanto a la función renal, el 45,3% presentaba una creatinina plasmática  $< 1,20$  mg/dl, el 28,3% entre 1,20-1,60 mg/dl, el 9,5% entre 1,60-2,00 mg/dl y el 9,3% entre 2,00-3,00 mg/dl. El 69,4% de los pacientes tenía una fracción de eyección conservada ( $FE > 50\%$ ). Recibían tratamiento con IECA el 52%, con ARA-II el 24% y con betabloqueante el 64%. La media de BNP en episodios de descompensación fue de 969,74 pg/ml. La diferencia de concentración de BNP entre episodios de estabilidad clínica y de descompensación fue estadísticamente significativa ( $p = 0,000$ ), observándose un incremento del 84% en la concentración de BNP en los episodios de reanudación.

**Discusión.** El diagnóstico de la insuficiencia cardíaca en el paciente anciano es con frecuencia un reto clínico complejo de resolver a consecuencia de la dificultad para la interpretación de los datos semiológicos en estos pacientes. En este estudio hemos comprobado que la modificación de la concentración plasmática de BNP puede ser una herramienta de extraordinaria utilidad para el diagnóstico de las reanudaciones de IC.

**Conclusiones.** Un incremento del 84% en la concentración plasmática de BNP con respecto a la concentración en situación de estabilidad clínica, tiene una alta correlación con los episodios de descompensación de IC en pacientes ancianos.

## IC-24

### INSUFICIENCIA CARDÍACA: PERFIL DE LOS PACIENTES Y TRATAMIENTO SEGÚN ESPECIALISTAS

R. Torres-Gárate, L. Mao Martín, E. Álvarez-Rodríguez, B. Valle Borrego, M. Serrano Cazorla, F. Baquedano, R. Del Río y E. Calvo Manuel

Medicina Interna I. Hospital Clínico San Carlos. Madrid.

**Objetivos.** La insuficiencia cardíaca (IC) tiene una elevada incidencia y prevalencia en la actualidad, sobretudo en edades avanzadas. Se ha

observado que no existe consenso en el tratamiento de la insuficiencia cardíaca entre los distintos especialistas y países. Los Objetivos principales de este estudio son analizar el perfil de los pacientes que ingresan por IC en los servicios de Medicina Interna (MI), Cardiología y Geriátrica del Hospital Clínico San Carlos a través de sus historias clínicas y comparar las características de los pacientes en los distintos servicios.

**Material y métodos.** Se ha realizado un estudio recogiendo los datos de las historias clínicas de los pacientes ingresados por IC en los Servicios de Medicina Interna (MI), Cardiología y Geriátrica. En total se han analizado 435 pacientes, de los que se han recogido datos referentes a su patología asociada, edad, etiología de la IC, motivos de descompensación y tratamiento.

**Resultados.** De los 435 pacientes el 29,9% (130) correspondían a MI, el 32,6% (142) a Cardiología y el 37,5% (163) a geriatría. La edad media de los pacientes fue de 80,83 ( $\pm$  10,1) años. Por servicios fue en MI 80,51 ( $\pm$  9,6) años, en cardiología 73,39 ( $\pm$  9,1) años y en geriatría 87,58 ( $\pm$  5,9) años. La clase de la *New York Heart Association* (NYHA) más frecuente en MI y en Geriátrica fue la clase 3, mientras que en Cardiología fue la 1, y estas diferencias fueron estadísticamente significativas. ( $p < 0,01$ ) El motivo de descompensación más frecuente fue la infección en MI (54,6%) y en Geriátrica (49,7%), mientras que en cardiología fue la cardiopatía isquémica (47,2%). La etiología más frecuente en los tres servicios fue la cardiopatía isquémica con un 36,9% en MI, un 67,6% en cardiología y un 41,7% en geriatría. En los hallazgos del ecocardiograma, el 57,4% de los pacientes tenían fracción de eyección del ventrículo izquierdo (FEVI) conservada, y el 15,3% tenían disfunción sistólica severa. Por servicios, la mayoría de los pacientes con FEVI conservada se encuentran en geriatría y medicina interna. Los pacientes con disfunción sistólica severa se encuentran en cardiología, lo cual es estadísticamente significativo ( $p < 0,01$ ). Al alta, el tratamiento más frecuente son los diuréticos en MI y geriatría (82,3% y 71% respectivamente). En cardiología los Inhibidores de la enzima convertidora de angiotensina (IECA), son los más prescritos al alta, en un 72,1% de los pacientes. Los betabloqueantes se utilizaron al alta en el 41,9% de los pacientes ingresados en cardiología, en el 7,1% de los ingresados en MI y en el 3,2% de los ingresados en geriatría ( $p < 0,01$ ).

**Discusión.** Los pacientes ingresados en los servicios de MI y geriatría tienen una mayor comorbilidad y peor estado funcional que aquellos que ingresan en cardiología. Además padecen en su mayoría, IC diastólica. Los pacientes ingresados en cardiología son más jóvenes y presentan descompensaciones en relación a cardiopatía isquémica.

**Conclusiones.** El perfil de los pacientes es muy distinto en los tres servicios lo cual podría explicar las diferencias en cuanto a tratamiento de su insuficiencia cardíaca.

## IC-25 UN AÑO DE INSUFICIENCIA CARDÍACA EN UN SERVICIO DE MEDICINA INTERNA

**D. García Escrivá, R. Benítez Bermejo, M. Gomis Mascarell, R. Oropesa Juanes, P. Sorní Moreno, F. Pedro de Lelis y A. Herrera Ballester**

Medicina Interna. Consorcio Hospital General Universitario. Valencia.

**Objetivos.** Nuestro Servicio asume el ingreso de los pacientes con Insuficiencia cardíaca (IC) ancianos o pluripatológicos a mediados de 2004, siendo 2005 el primer año completo de esta actividad. El objetivo del presente estudio es describir el perfil clínico, uso de recursos, manejo y evolución de los pacientes con IC de nuestro servicio.

**Material y métodos.** Se han seleccionado todos los ingresos del 2005 con diagnóstico principal de IC al alta, aplicando el formulario utilizado por el Grupo de Trabajo de Insuficiencia cardíaca de la Sociedad Española de Medicina Interna. Para el estudio estadístico se ha utilizado el programa SPSS 12.0.

**Resultados.** Se han recogido 187 episodios, 41,2% varones y 58,8% mujeres. Habían acudido por petición propia el 81,3%. El 67,4% vivían con la familia. La edad media fue de 81,18 años. En cuanto a la incapacidad por la escala de la Cruz Roja, el 43,3% tenían puntuaciones de 0 a 2 y el 38% de 3 a 5. La puntuación para la

incapacidad mental fue de 0 a 2 puntos en el 65,2% y de 3 a 5 en el 14%. El seguimiento previo corría a cargo de Atención Primaria en el 31%, Cardiología en el 42,2%, Medicina Interna en el 8%, y sin seguimiento en el 18,7%. Como comorbilidad asociada más importante destaca HTA (75,9%), diabetes mellitus (43,9%), enfermedad respiratoria (18,7%), insuficiencia renal crónica (19,3%), hepatopatía (3,2%), patología del SNC (11,8%), hipercolesterolemia (14,4%), obesidad (15%) y tabaquismo (9,6%). La clase funcional basal era II (45,5%) o III (39,6%), y la cardiopatía estaba filiada en el 72,7% de los casos, con ingresos en los 3 meses previos en un 45,5% de los casos (23,9% el último mes). La medicación domiciliar antes y después del ingreso fue: diuréticos (75,4% vs 84,5%), espirolactona (23,5% vs 32,1%), IECA a dosis bajas (26,7% vs 25,1%), IECA a dosis plenas (9,1% vs 9,6%), nitratos (35,3% vs 37,4%), ARA-II (12,3% vs 17,6%), amiodarona (19,3% vs 19,8%), digoxina (19,8% vs 23%), amlodipino (15% vs 12,3%), otros calcioantagonistas (8,6% vs 4,3%), anticoagulación (36,4% vs 32,1%) y betabloqueantes (27,8% vs 36,4%). La causa desencadenante más frecuente fue la infección (40,9%), seguida de engorramiento de la cardiopatía isquémica (13,4%), mal control del tratamiento (12,9%), arritmias (12,9%) y anemia (7,5%). La cardiopatía más prevalente fueron la hipertensiva (59,9%), la isquémica (42,2%) y la valvular (20,9%), con ecocardiografía realizada en este ingreso en el 42,8%. De éstos, el 54,43% tenían fracción de eyección normal. La fibrilación auricular fue la alteración del ECG más frecuente (54,5%), de los que 50,82% recibieron anticoagulación al alta. La estancia media fue de 10,26, con un 13,9% de éxitos.

**Discusión.** Hay un predominio de mujeres, ancianas, con comorbilidad asociada importante, en clase funcional basal II-III, con un alto índice de reingresos precoces. El tratamiento domiciliario se sigue basando en el uso de diuréticos. La causa más frecuentemente identificada de descompensación es la infección. El diagnóstico de insuficiencia cardíaca se sigue basando en criterios clínicos, con uso bajo de la ecocardiografía, predominando las exploraciones con fracción de eyección normal. La cardiopatía fue hipertensiva o isquémica, con un considerable porcentaje de cardiopatías valvulares. El destino más frecuente fue el domicilio, con un aumento del uso de diuréticos y betabloqueantes al alta, sin incrementos significativos de los IECA, pese a la falta de contraindicaciones.

**Conclusiones.** Los datos obtenidos son similares a los publicados por la SEMI-IC, demostrando un perfil de pacientes significativamente diferente que los ingresados en Cardiología, con una complejidad elevada derivada de la edad y comorbilidad de los mismos, alejándose de las características descritas en los grandes estudios cardiológicos lo que puede explicar que la implementación de las guías de tratamiento sea escasa. Consideramos indispensable continuar estudios con población de edad avanzada y función sistólica conservada para su mejor manejo.

## IC-27 ADHERENCIA AL TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO EN INSUFICIENCIA CARDÍACA. ESTUDIO ATICA

**J. Casado Cerrada<sup>1</sup>, E. Visus<sup>2</sup>, J. Recio Iglesias<sup>3</sup>, M. Sánchez-Ledesma<sup>4</sup>, M. Chimeno Viñas<sup>5</sup>, B. Roca<sup>6</sup>, P. Cónthe Gutiérrez<sup>2</sup> y Grupo ATICA**

<sup>1</sup>Medicina Interna. La Princesa. Madrid. <sup>2</sup>Medicina Interna. Gregorio Marañón. Madrid. <sup>3</sup>Medicina Interna. Valle Hebrón. Barcelona. <sup>4</sup>Medicina Interna. Clínico de Salamanca. Salamanca. <sup>5</sup>Medicina Interna. Virgen de la Concha. Zamora. <sup>6</sup>Medicina Interna. Hospital de Castellón. Castellón.

**Objetivos.** Evaluar el grado de cumplimiento del tto. en pacientes con ICC. También identificar los factores de riesgo de deficiente adherencia y valorar si los pacientes con deficiente adherencia presentan diferencias en reingresos.

**Material y métodos.** Seguimiento prospectivo iniciado con el ingreso en la planta de Medicina Interna con diagnóstico de ICC. Se realizarán visitas de seguimiento a los 3, 6, 9 y 12 meses, en las revisiones se realiza entrevista sobre el cumplimiento del tratamiento pautado. En el estudio se recogieron datos de un total de 586 pacientes, mostrando solo los de los que han completado la visita de los seis meses, al no estar completada la base de datos por el momento del total de las visitas.

**Resultados.** El 42% de los pacientes eran hombres y 58% mujeres. La media de edad de los hombres fue 76 años y la de las mujeres 78. Más de la mitad de los pacientes tiene FE conservada. El número de pacientes que ha completado los seis meses de seguimiento es de 282. De ellos el 62% tenían buena adherencia al tratamiento frente al 38% que tenía mala. No existieron diferencias significativas entre buena y mala adherencia y apoyo familiar. En el grupo de mala adherencia había una mayor proporción de analfabetos con respecto al grupo de buena adherencia (12% vs 5%) y una menor proporción de universitarios (1% vs 4%),  $p = 0,147$ . Se objetivó una menor tasa de reingresos a los seis meses en el grupo de buena adherencia con respecto al de mala (10% vs 22%),  $p < 0,005$ . Entre las causas de mala adherencia la desmotivación apareció en un 22%, seguida de efectos secundarios: 16%.

**Discusión.** La mayoría de nuestros pacientes son mujeres con edad media avanzada y predomina la FE conservada, contrastando con la mayoría de los estudios que se han desarrollado clásicamente en pacientes con ICC. Una de las limitaciones fundamentales es la pérdida de pacientes, ya que solo cerca de la mitad de ellos completaron la visita de los seis meses, poniendo de manifiesto la complejidad y dificultades sociales de los pacientes que ingresan en los servicios de Medicina Interna que dificulta seguimientos en consultas externas.

**Conclusiones.** La adherencia al tratamiento es una pieza fundamental para una evolución satisfactoria de la enfermedad como demuestra este estudio al objetivarse una menor tasa de reingresos en aquellos pacientes que demostraron tener buena adherencia.

#### IC-28 NIVELES DE INTERLEUKINAS Y ANEMIA EN LA IC DESCOMPENSADA

**M. Femenias<sup>1</sup>, M. Villalonga<sup>1</sup>, R. Vidal<sup>1</sup>, J. Pons<sup>2</sup> y J. Forteza-Rey<sup>1</sup>**

<sup>1</sup>Medicina Interna, <sup>2</sup>Inmunología. Hospital Universitario Son Dureta. Palma de Mallorca, Baleares.

**Objetivos.** En los últimos años, la anemia del paciente con insuficiencia cardíaca (IC) es motivo de atención por su frecuencia, la controversia en su etiología y los mecanismos implicados así como su importancia en el pronóstico. La anemia de trastornos crónicos es la forma más frecuente asociada a la IC. En este tipo de anemia se han implicado las interleukinas como mediadores de la misma. En este estudio se relacionan los niveles de interleukinas con la presencia de anemia en pacientes con I.C.

**Material y métodos.** Se analizaron 32 pacientes ingresados en el Servicio de Medicina Interna de un Hospital Terciario por descompensación de Insuficiencia cardíaca. Como controles sanos se utilizaron sueros de 10 individuos de edad similar. Tras el consentimiento se almacenaron los sueros obtenidos en las primeras 72h a-70 °C. Los niveles de citokinas (Il-1.?, Il-6, Il-8, Il-10, Il-12 y TNF-???) se determinaron por citometría de flujo (CBA, Becton Dickinson). Se consideró anemia en función de los valores que indica la OMS. A todos los pacientes se les practicó Ecocardiaco y se recogieron las variables del estudio SEMI-IC (Med Clin 2002) Al no tener una distribución normal los niveles de interleukinas, para la comparación de medias de utilizaron test no paramétricos.

**Resultados.** La edad media de los 32 casos era de 81,62 años (DS 6,9) y 17 eran varones. Trece (40,6%) tenían anemia. Los niveles de Il-6 e Il-8 fueron significativamente más elevados en los pacientes con anemia e IC que en los que no tenían anemia y que los controles. Se encontró asociación estadísticamente significativa de los niveles de Il-6 e Il-8 con la presencia de anemia y los niveles de NT-ProBNP, creatinina y filtrado glomerular (calculado por MDRD). No hubo diferencias en cuanto a sexo y presencia de diabetes o EPOC. Tampoco hubo correlación entre la edad y los niveles de interleukinas.

**Discusión.** La etiología de la anemia en la IC no está bien establecida y difiere según las series, probablemente porque en los ancianos con IC no se siguen los protocolos de estudio de anemia que se aplican en anemias de origen desconocido. Algunas de estas preguntas probablemente puedan tener respuesta con el estudio de la anemia en IC (GESAIC) que está realizando el grupo de la SEMI. No hemos encontrado en la literatura estudios que hagan referencia a los niveles de interleukinas en relación a la presencia de anemia en pacien-

tes con IC. Nuestros pacientes se encontraban en fase de descompensación severa de su IC lo que hace que desconozcamos que ocurre con las citokinas en fase de estable así como cual es la Hb en esta situación.

**Conclusiones.** Los niveles elevados de Il-6 y Il-8 (dos citokinas proinflamatorias) se asocian a la presencia de anemia inclusive en ausencia de la alteración de la función renal. Estos hallazgos apoyan la hipótesis de la mediación de mecanismos inflamatorios en el desarrollo de la anemia en la IC. Se precisan estudios prospectivos que demuestren que las citokinas se elevan en la IC antes de que aparezca la anemia.

#### IC-29 ¿QUÉ REPRESENTA LA INSUFICIENCIA CARDÍACA EN LA CASUÍSTICA DE UN HOSPITAL GENERAL?

**J. Serrano Carrillo de Albornoz, R. Fernández Ojeda, M. Soriano Pérez, I. Marín Montín, A. Valiente Méndez, M. Camacho Fernández, P. Retamar Gentil y M. Aguayo Canela**

Medicina Interna A. Universitario Virgen Macarena. Sevilla.

**Objetivos.** Describir el impacto de la insuficiencia cardíaca en la casuística de ingresos de un hospital general universitario, y el papel que juega la especialidad de medicina interna en el manejo clínico de los pacientes afectados.

**Material y métodos.** Se ha analizado el CMBD (Conjunto Mínimo Básico de Datos) del hospital Universitario Virgen Macarena de Sevilla correspondiente a la totalidad de sus altas del año 2005 (N = 38.558), identificando aquellos ingresos con un diagnóstico (principal o secundario) correspondiente al código 428 de la CIE-9-MC (insuficiencia cardíaca) o alguno de sus códigos menores (428.0: insuficiencia cardíaca congestiva; 428.1: insuficiencia cardíaca izquierda). De cada registro así seleccionado se obtuvieron diversas variables demográficas del paciente (edad, sexo) y clínicas (estancia hospitalaria en días, tipo de alta y servicio médico responsable). Se excluyeron las altas del servicio de pediatría y las altas "internas", por traslado interservicios. La estadística realizada es de tipo descriptivo simple, y para su confección se ha utilizado el programa SPSS 14.0.

**Resultados.** En el año 2005 un total de 1.710 altas de pacientes no pediátricos tenían un diagnóstico codificado de insuficiencia cardíaca, lo que representa el 9,4% del total de altas con GRD final no quirúrgico, y el 4,4% del total de ingresos hospitalarios. Había predominio de mujeres (55,7%) y la edad media de estos pacientes fue de 74,76 años (rango entre 21 y 97). La tasa de letalidad intrahospitalaria fue del 18,7%. La estancia media fue de 10,02 días (rango entre 0 y 173), generando estos ingresos un total de 17.131 estancias (el 5,52% del total de estancias del hospital). El 76,3% de estas altas fueron realizadas por medicina interna, un 11,1% por cardiología (incluida la unidad de cuidados intensivos coronarios) y el 12,6% restante por otros servicios y especialidades. Los pacientes a cargo de internistas tenían una mayor edad media (76,44 años), una estancia media de 9,84 días y una mortalidad intrahospitalaria del 15,9%.

**Discusión.** Según los datos de la encuesta de morbilidad hospitalaria 2004, la insuficiencia cardíaca era el diagnóstico principal del 1,82% de las altas hospitalarias a nivel estatal y del 1,48% a nivel autonómico, representando un 2,42% de las estancias hospitalarias generadas. En nuestro análisis hemos querido conocer no sólo el papel de la insuficiencia cardíaca como motivo principal del ingreso (diagnóstico principal) sino también en la comorbilidad (diagnósticos secundarios), encontrando cifras muy superiores, muy probablemente debido al perfil de los pacientes que atendemos en régimen de hospitalización, con edades medias muy avanzadas y gran carga de patologías crónicas. A destacar la carga asistencial que soporta nuestra especialidad en este síndrome, aunque es posible un sesgo de sobrediagnóstico vinculado a la exhaustividad de los informes de alta que solemos hacer los internistas. En sentido contrario, una limitación de estos datos es que no se han incluido los diagnósticos de insuficiencia cardíaca secundaria a cardiopatía hipertensiva (códigos 402.01, 402.11 y 402.91), por lo que la prevalencia global del síndrome "insuficiencia cardíaca" podría ser aún mayor en la casuística de nuestro hospital.

**Conclusiones.** 1) El diagnóstico de insuficiencia cardíaca (código 428 de la CIE-9) es uno de los más prevalentes en los informes de alta de nuestro hospital, estando presente en uno de cada diez



pacientes ingresados por un motivo no quirúrgico. 2) La presencia de este diagnóstico sindrómico se asocia a una tasa de mortalidad intrahospitalaria muy elevada (18,7%). 3) La especialidad de medicina interna es la encargada de manejar clínicamente a los 3/4 partes de estos pacientes, la mayoría ancianos (más de la mitad tienen una edad superior a 78 años).

**IC-30  
DIFERENCIAS EN EL TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO DE LA INSUFICIENCIA CARDÍACA ENTRE 2003 Y 2005 EN UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL**

**E. Guisado Espartero<sup>1</sup>, P. Salamanca Bautista<sup>1</sup>, C. Sepúlveda Bajo<sup>1</sup>, T. Monserrat García<sup>1</sup>, J. Jiménez del Valle<sup>2</sup>, Ó. Aramburu Bodas<sup>1</sup>, J. Arias Jiménez<sup>1</sup> y R. Pérez Cano<sup>1</sup>**

<sup>1</sup>Servicio de Medicina Interna B, <sup>2</sup>Servicio de Cuidados Intensivos. Hospital Universitario Virgen Macarena. Sevilla.

**Objetivos.** Valorar los cambios en el tratamiento farmacológico de los pacientes ingresados por Insuficiencia Cardíaca en los diferentes Servicios (Medicina Interna -MI-, Cardiología y Unidad de Corta Estancia) y según el tipo de disfunción cardíaca que presentan, entre los años 2003 y 2005.

**Material y métodos.** Recogida de los informes de alta de 453 pacientes ingresados en 2003 y de 197 pacientes ingresados durante el primer semestre de 2005, con diagnóstico principal de insuficiencia cardíaca. Elaboración de una base de datos con el tratamiento farmacológico al alta según el Servicio de ingreso y el tipo de disfunción cardíaca. Análisis estadístico con el programa SPSS v13.0.

**Resultados.** El 90% de los pacientes se encontraban en Clase III-IV de la NYHA. El tratamiento con Diuréticos no presentó diferencias significativas entre Servicios. El uso de Espironolactona aumentó considerablemente en el Servicio de Cardiología. En MI, la prescripción de IECAs disminuyó, aumentando el uso de ARA-II y Betabloqueantes (ver tabla). En cuanto a los fármacos utilizados según el tipo de disfunción cardíaca, cabe destacar un aumento en el uso de Espironolactona, Betabloqueantes y ARA-II en la disfunción sistólica. En los pacientes con función sistólica preservada se objetivó un descenso en el uso de IECAs a favor de los ARA-II. Aumentó la utilización de Digoxina en MI y Cardiología, sin relación con el tipo de disfunción.

**Discusión.** El uso de fármacos que mejoran los síntomas de la IC fue similar en todos los Servicios, hecho que no ocurre con las drogas que mejoran la supervivencia. Esto puede ser motivado por el diferente perfil clínico de los pacientes ingresados en MI (mayor edad, diabetes, pluripatología, disfunción diastólica...) que podría explicar el incremento de uso de ARA-II en sustitución de los IECAs. También las diferencias pueden responder a una menor implantación de las Guías de Práctica Clínica en MI. No obstante se ha producido un significativo incremento en el uso de Betabloqueantes en MI y no en Cardiología, pero con cifras aún muy bajas en su prescripción. La Digoxina se sigue utilizando en elevada proporción a pesar de que otros fármacos han demostrado mayor utilidad.

**Conclusiones.** 1) El tratamiento farmacológico de la IC ha sufrido pocas variaciones en los últimos 2 años, y dista mucho de ser el indicado por las Guías de Práctica Clínica. 2) El porcentaje de utilización de ARA-II ha aumentado en Medicina Interna a pesar de ser los IECAs fármacos de primera elección. 3) Se ha mejorado en el uso de Betabloqueantes. 4) Se mantiene la sobreutilización de la digital.

Tabla 1. Porcentaje de prescripción de medicación por Servicios.

	MI 2003/2005	CARDIO 2003/2005	UEC 2003/2005
Diuréticos	93,8/92,7	92,6/97,1	96,8/95
Espironolactona	43,3/43,7	50/74,3	45,2/35
IECA	65/45,7	61,1/62,9	27,1/15
Betabloqueantes	10,6/17,9	24,1/20	11,3/20
ARA-II	5,2/15,9	11,1/8,6	8,1/5
Digoxina	44,8/50,3	33,3/48,3	62,9/45

**IC-31  
VALOR DE LA HEMOGLOBINA EN PACIENTES INGRESADOS POR INSUFICIENCIA CARDÍACA (ESTUDIO GRUPO SEMI-IC) Y SU VALOR PRONÓSTICO**

**M. Villalonga<sup>1</sup>, E. Sánchez<sup>2</sup>, L. Manzano<sup>3</sup>, M. Martínez Celada<sup>4</sup>, A. Rodríguez<sup>5</sup>, J. Grau<sup>6</sup>, R. Jordana<sup>7</sup> y J. Casademont<sup>8</sup>**

<sup>1</sup>Medicina Interna. Hospital Son Dureta. Palma de Mallorca, Baleares. <sup>2</sup>Medicina Interna. Hospital Donostia. San Sebastian, Guipúzcoa. <sup>3</sup>Medicina Interna. Hospital Ramón y Cajal. Madrid. <sup>4</sup>Medicina Interna. Hospital General de Asturias. Oviedo, Asturias. <sup>5</sup>Medicina Interna. Hospital Nicolas de Vigo. Vigo. <sup>6</sup>Medicina Interna. Hospital Municipal de Badalona. Barcelona. <sup>7</sup>Medicina Interna. Hospital Parc Taulí. Sabadell, Barcelona. <sup>8</sup>Medicina Interna. Hospital Clínic. Barcelona.

**Objetivos.** Valorar la cifra de hemoglobina (Hb) en pacientes ingresados por episodio de insuficiencia cardíaca descompensada, su relación con la fracción de eyección y su valor pronóstico.

**Material y métodos.** Sujetos: pacientes consecutivos que voluntariamente decidieron participar en el estudio, durante el periodo comprendido entre el 1 de enero del 2003 y el 31 de marzo del 2003 ingresados en los Servicios de Medicina Interna de 14 Hospitales españoles (estudio NT-proBNP-SEMI). Criterios de Inclusión: Sujetos ingresados con el diagnóstico de descompensación aguda de IC que a los 3 meses de seguimiento fueron reevaluados. Criterios de Exclusión: Sujetos a los que no se pudiera realizar un seguimiento posterior, a los que no se pudiera realizar el ecocardiograma, que la extracción sanguínea fuera posterior a las 72 horas del ingreso y con diagnóstico previo de IC con función sistólica deprimida. Variables clínicas: Las variables contenidas en el registro SEMI. Se solicitó IMC, hemoglobina y cifra de creatinina. Ecocardiograma de rutina Determinación del NT-proBNP en las primeras 72 horas del ingreso por inmunoensayo quimioluminiscente "ECLIA" en el analizador automático Elecsys (Roche Diagnostics).

**Resultados.** Se incluyeron 270 pacientes en el periodo de tiempo comprendido entre el 1 de enero del 2003 y el 30 de marzo del 2003, con una media de edad de 79,58 años  $\pm$  8,41, predominio de mujeres 147 (54,4%), con FE < 45 en 63 casos (23,3%) FE 45-55 en 65 casos (24,1%) y FE > 55 en 142 (52,6%). La cifra media de Hb fue 12,47 g/dl (4,5-19,4) Se encontró una correlación negativa estadísticamente significativa ( $p > 0,008$ ) entre cifra de hemoglobina y valor de NT-ProBNP con una  $r = -0,160$ . No existe relación significativa entre la cifra de la hemoglobina y la mortalidad con un área bajo la curva de 0.44 (0.35-0.54).

**Discusión.** Las características generales de nuestra población a estudio, no difieren de las descritas en el registro de la SEMI lo que permite extrapolar nuestros resultados a la población "real" que ingresa en los servicios de Medicina Interna. A destacar que en nuestro estudio solicitamos en vez de la presencia o no de anemia, la cifra de hemoglobina, por lo que hemos podido constatar que en 45 varones (36,6%) y en 58 mujeres (39: 5%) tenían una cifra de hemoglobina inferior a 12 g/dl por lo que no es, como ya describen los estudios recientes un hallazgo poco frecuente, aunque cabe destacar que la cifra de hemoglobina se recogió en el momento de descompensación aguda, y que no sabemos si esta cifra es una consecuencia de la IC o bien un factor precipitante de la descompensación de la IC.

**Conclusiones.** La cifra de hemoglobina presenta una correlación negativa con la cifra de NT-proBNP como se ha descrito en estudios previos, pero, en nuestro estudio no se objetiva relación con la mortalidad como si se ha descrito en otros estudios y tal vez la explicación pueda ser que el seguimiento tan sólo fue de 3 meses.

**IC-32  
PREVALENCIA DE LA INSUFICIENCIA CARDÍACA CON FUNCIÓN VENTRICULAR PRESERVADA: VARIABLES DE ASOCIACIÓN**

**J. Carrasco Sánchez, M. Franco Huerta, A. Escalera Zalvide, C. Borrachero Garro y E. Pujol de la Llave**  
Medicina Interna. Hospital Juan Ramón Jiménez. Huelva.

**Objetivos.** La Insuficiencia cardíaca (IC) con función ventricular sistólica preservada es una entidad clínica controvertida. Sin embargo, numerosos pacientes presentan clínica de IC y cuando medimos su

FEVI esta resulta estar dentro de los límites de la normalidad. Los objetivos de nuestro trabajo son: cuantificar su dimensión (estimando su prevalencia) y determinar la asociación a variables de interés clínico. *Material y métodos.* Estudio de prevalencia (cross-sectional), con una muestra aleatoria de los pacientes ingresados durante el año 2005 en nuestro centro y cuyo diagnóstico principal al alta fue el de IC. Para el diagnóstico de FEVI preservada el punto de corte se estableció en el 50%. Se describen los subgrupos y se formula una hipótesis de igualdad de los mismos, mediante una T-Student y U-Mann-Whitney (variables cuantitativas) y el estadístico  $\chi^2$  (variables cualitativas), ambos con un nivel de significación ( $p < 0,05$ ). En aquellas variables que hemos rechazado la hipótesis de igualdad hemos calculado la Razón de Prevalencia (RP) para estimar el tipo y grado de asociación. *Resultados.* A un total de 166 pacientes [77,2% (IC 0,828-0,716)], de los 215 estudiados se les practicó una ecocardiografía. La prevalencia de IC con FEVI preservada fue del 66,9% (IC 0,740-0,597). La edad media fue 73,08 años (DS 8,05) con un predominio de mujeres (61,7%). La presencia de FRCV fue: HTA (79,1%), DM (43,5%), dislipemia (38,3%), tabaquismo (33,9%). Etiologías prevalentes, cardiopatía hipertensiva (67,9%) y cardiopatía isquémica (32,1%). Presentación en forma de EAP (14,8%), ingreso en UCI (5,2%) y estabilización en observación (42,6%). La presencia de BCRHH (7%) y una AI dilatada (73%). Otras variables: FA (52,2%), anemia (34,8%), IR [creatinina  $> 1,8$  mg/dl] (4,3%) y un Charlson [Me 4(3-4)]. Tratamientos: IECAS (58,3%), BB (36,5%), ARA II (20,9%), espironolactona (14,8%), diuréticos (88,7%), digoxina (26,1%), amiodarona (18,3%), antiagregantes (44,3%), anticoagulantes (43,5%), nitritos (40%), estatinas (36,5%) y ningún paciente había sido subsidiario de TRC-D. La situación funcional NYHA I-II (67,8%) y III-IV (32,2%). La estancia media fue de 11,9 días (DS 7,25), y la proporción de reingresos del 28,7%, con una Me 60 días (20,5-150). La mortalidad intrahospitalaria fue del 1,7% (IC 0,238-0,102). Se rechaza la hipótesis de igualdad, ( $p < 0,05$ ), en las siguientes variables, (se calcula la RP). Para la variable género (mujer) RP [5,86(2,72-12,62)], tabaquismo RP[0,35(0,18-0,70)], BCRHH RP[0,13(0,05-0,34)], EAP RP[0,31(0,14-0,68)], FA RP[2,38(1,19-4,78)], Irenal RP[0,16(0,05-0,50)], para los tratamientos (IECAS RP[0,29(0,13-0,67)], BB RP[0,15(0,07-0,34)], espironolactona RP[0,29(0,13-0,62)], antiagregantes RP[0,30(0,14-0,61)]y estatinas RP[0,40(0,20-0,79)]) y la cardiopatía hipertensiva RP[5,32(2,49-12,25)].

*Discusión.* La IC con FEVI preservada es una entidad clínica con elevada frecuencia. Destacar las variables que se asocian de forma muy positiva como el género femenino, la cardiopatía hipertensiva (causa conocida de disfunción diastólica) y la presencia de FA (fuertemente asociada a la descompensación clínica). Así como las variables con NO asociación como el tabaquismo (podría explicarse por menos enfermedad coronaria) y francamente interesante el menor uso de determinados tratamientos sin evidencia sistemática de utilidad en la IC con FEVI preservada. También resaltar como las variables de mortalidad, estancia media, reingresos y grado de disnea de la NYHA, mayor severidad, presentan una igualdad de asociación en los dos grupos, indicando la NO benignidad de esta entidad clínica.

*Conclusiones.* La IC con FEVI preservada es un grupo numeroso de pacientes con un peso específico propio, tanto en volumen como en complejidad. Las mujeres, la cardiopatía hipertensiva y la FA son las situaciones dónde fuertemente se asocia este proceso. Los clínicos aún infrutilizamos el arsenal terapéutico disponible probablemente por la menor evidencia científica del mismo.

### IC-33

**ELEVADA PREVALENCIA DE ANEMIA EN PACIENTES GERIÁTRICOS INGRESADOS CON INSUFICIENCIA CARDÍACA**  
**B. Escolano Fernández, R. Fernández Ojeda, M. Camacho Fernández, A. Valiente Méndez, M. Merino Rumín, M. Rey Rodríguez, J. Reveriego Blanes y J. Rubio Rubio**  
 Medicina Interna A. Hospital Universitario Virgen Macarena. Sevilla.

*Objetivos.* Valorar la prevalencia de anemia en pacientes geriátricos ingresados con insuficiencia cardíaca en un servicio de Medicina Interna, y describir diferentes características clínico-epidemiológicas. *Material y métodos.* En un estudio transversal, se recogen durante un período de 6 meses (enero a junio 2006), a todos los pacientes

ingresados en el servicio, mayores de 65 años y con indicios de fragilidad clínica, y que cumplen los criterios clínicos de Framingham de insuficiencia cardíaca. Se excluyeron aquellos con neoplasia sólida o leucemia. Se definió anemia como cifras de hemoglobina al ingreso inferiores a 12 g/dl. Se recogieron múltiples variables con información demográfica, características antropométricas, perfiles de síntomas y signos, analíticas y exámenes de imágenes, y datos sobre medicación prescrita y de atención sanitaria recibida. Se ha realizado una estadística descriptiva con la ayuda del programa SPSS 13.0. *Resultados.* Se incluyeron durante el período de análisis 60 pacientes, de los cuales 33 eran mujeres (55%) y 27 eran hombres (45%). La edad media fue 76,4 años (rango de 65 a 97). Presentaban anemia 33 pacientes (56,9%), 20 mujeres (60,6% del total de mujeres) y en 13 hombres (39,4% del total de hombres). En la tabla adjunta se muestran diferentes índices resumen de algunas variables en los dos grupos establecidos, tanto las estimaciones puntuales como las interválicas, sin contrastar asociación o diferencias estadísticas.

*Discusión.* La prevalencia de anemia entre los pacientes con insuficiencia cardíaca es mayor que en la población general, si bien, existe una variabilidad comunicada en diferentes estudios entre el 4 y el 56%. La etiología de la anemia en la insuficiencia cardíaca es multifactorial, y su presencia se relaciona con mayores tasas de reingresos, proponiéndose por diversos autores las cifras de hemoglobina en sangre como parámetro pronóstico en esta población. La elevada tasa de anemia detectada en este trabajo podría estar relacionada con la senilidad y la comorbilidad que caracterizan a nuestra cohorte, aunque el estudio -limitado por su diseño transversal y escasa potencia estadística- no permiten sacar conclusiones en este sentido. *Conclusiones.* Detectamos niveles de hemoglobina por debajo de 12 mg/dl en más de la mitad de los pacientes geriátricos hospitalizados por insuficiencia cardíaca. Creemos que ello se relaciona con la senilidad y con la comorbilidad que tienen nuestros pacientes, la mayoría de los cuales pueden considerarse "pluripatólogicos" y están polimedicados.

### IC-34

**FACTORES PREDICTORES DE LARGA ESTANCIA HOSPITALARIA EN PACIENTES ANCIANOS INGRESADOS POR INSUFICIENCIA CARDÍACA**

**A. Riera<sup>1</sup>, F. Formiga<sup>1</sup>, D. Chivite<sup>1</sup>, N. Manito<sup>2</sup> y R. Pujol<sup>1</sup>**

<sup>1</sup>Servicio de Medicina Interna, <sup>2</sup>Servicio de Cardiología. Hospital Universitari de Bellvitge. L'Hospitalet de Llobregat, Barcelona.

*Objetivos.* Conocer los factores predictores de larga estancia hospitalaria (LEH), definida como ingreso  $> 4$  días, presentes al ingreso por Insuficiencia Cardíaca (IC) en pacientes mayores de 65 años.

*Material y métodos.* Se trata de un estudio prospectivo con inclusión de los pacientes mayores de 65 años ingresados por IC en un hospital terciario durante un período de 16 meses. Se recogieron datos demográficos, clínicos y de laboratorio al ingreso. Se realizó un análisis multivariante para definir los factores de LEH comparando las variables de los pacientes con una estancia de 4 o menos días, respecto los pacientes que requirieron una estancia mayor.

*Resultados.* Se estudiaron un total de 324 pacientes, de los cuales el 59% eran mujeres. La edad media fue de  $78,6 \pm 7,1$  años y un 72% eran mayores de 75 años. El 69,1% eran hipertensos, el 20% tenían alguna valvulopatía, un 34,6% presentaban coronariopatía, un 40,7% eran diabéticos, el 17,3% presentaba insuficiencia renal crónica, un 4,6% había sufrido un accidente vascular cerebral previo, el 24,7% tenía una enfermedad pulmonar obstructiva crónica, el 40,1% presentaba fibrilación auricular y un 47% tenía anemia (hematocrito  $< 36\%$ ). En la valoración de la situación basal de los pacientes, un 10,8% presentaba demencia, la media del Índice de Barthel fue de  $87,4 \pm 18,5$ , del Índice de Charlson fue de  $2,6 \pm 1,4$  y de la Evaluación Mini Nutricional de  $10,6 \pm 2,4$  puntos, respectivamente. En cuanto a la historia de la IC de los pacientes, en un 29,3% era el debut de IC, el 45,3% había ingresado previamente por IC y un 22,2% lo había hecho en los últimos 3 meses, el 96% presentaban signos de IC en la radiografía de tórax y un 61,7% edema periférico; el 76,9% estaba en Clase Funcional (CF) IV de la NYHA, un 17% en CF III y un 6,2% en CF II. Un 50% presentó una estancia hospitalaria mayor de 4 días, mientras que la otra mitad tuvo una estancia menor. Se realizó un estudio bivariante comparativo de ambos grupos, los cuales presentaban una distribución homogénea

de las variables estudiadas. En el posterior estudio de regresión logística, resultaron factores predictores de LEH el sexo femenino (OR: 1.645; IC 95%: 1.04-2.58) y estar en una CF avanzada (OR: 1.69; IC95%: 1.13-2.54).

**Conclusiones.** En nuestra cohorte de pacientes > 65 años ingresados por IC, el sexo femenino y presentar una CF avanzada constituyen factores predictores independientes de LEH.

**IC-35**

**¿ES POSIBLE PREDECIR DISFUNCIÓN SISTÓLICA EN PACIENTES INGRESADOS POR INSUFICIENCIA CARDÍACA EN BASE A LOS CRITERIOS DE FRAMINGHAM?**

**R. Fernández Ojeda, M. Camacho Fernández, B. Escolano Fernández, A. Valiente Méndez, E. Peral Gutiérrez de Ceballos, J. Rubio Rubio, A. Millán Rodríguez y M. Aguayo Canela**

*Medicina Interna "A". Hospital Virgen Macarena. Sevilla.*

**Objetivos.** Describir la prevalencia de los clásicos criterios clínicos de Framingham en pacientes ingresados por insuficiencia cardíaca en un servicio de medicina interna y evaluar su relación con la existencia o no de disfunción sistólica determinada por ecocardiografía.

**Material y métodos.** En un estudio transversal que está realizando el servicio sobre pacientes seniles ingresados con insuficiencia cardíaca (actualmente una muestra de 60 pacientes, 33 mujeres y 27 hombres, con una edad media de 74,6 años y un rango entre 65 y 97), se realizó estudio ecocardiográfico convencional a 45 individuos. Se estableció la presencia de disfunción sistólica en aquellos pacientes que mostraban una Fracción de Eyección del Ventrículo Izquierdo (FEVI) < 50%. Se registraron sistemáticamente los síntomas y signos clínicos al ingreso, recogidos por dos exploradores de forma independiente, recurriéndose a un tercero en caso de desacuerdo. Se llevó a cabo el cálculo de los principales índices de evaluación de una prueba diagnóstica para evaluar la disfunción sistólica.

**Resultados.** Un total de 19 pacientes mostraron datos ecocardiográficos de disfunción sistólica (42,22% de la muestra). Los síntomas/signos más frecuentemente detectados en la totalidad de los pacientes ingresados por insuficiencia cardíaca fueron: disnea de esfuerzo (86,7%), disnea paroxística nocturna u ortopnea (75,6%), edemas acros (71,1%), crepitantes pulmonares (64,4%) y cardiomegalia en la RX de tórax (53,3%). Menos frecuentes fueron la presencia de derrame pleural (33,3%) y la ingurgitación yugular (15,5%). En la tabla mostramos los valores de Sensibilidad (S), Especificidad (E), Valor Predictivo Positivo (VPP), Valor Predictivo Negativo (VPN) y Razones de verosimilitud positiva (RV+) y negativa (RV-).

**Discusión.** Encontramos una tasa de disfunción sistólica similar a la comunicada en grandes series (40-50%) Los síntomas y signos más frecuentemente detectados en el subgrupo de pacientes con disfunción sistólica no difieren demasiado de los hallados en pacientes con FEVI conservada, mostrándose en general como insensibles (salvo la disnea de esfuerzo) e inespecíficos (salvo la ingurgitación yugular) y, en general, con escasa capacidad diagnóstica para predecir la disfunción sistólica en pacientes que ingresan por insuficiencia cardíaca (exactitudes entre 35% y 55%). Quizás estos hallazgos se deban, en parte, a las características de nuestra población diana, con un amplio porcentaje de pacientes pluripatológicos, donde patologías respiratorias, vasculares y otros factores, como la inmovilización prolongada, podrían justificarlos.

**Conclusiones.** En pacientes ancianos ingresados por insuficiencia cardíaca, la valoración independiente de los síntomas y signos de Framingham tiene escasa capacidad predictiva de la disfunción ventricular izquierda determinada por ecocardiografía.

**IC-36**

**INSUFICIENCIA CARDÍACA Y EPOC: ¿AMISTADES PELIGROSAS?**

**J. Prieto, J. Recio, X. Pena, S. Aranda, J. Suriñach, T. Fernández de Sevilla, C. Alemán y J. Alegre**

*Medicina Interna. Hospital General Universitari Vall d'Hebron. Barcelona.*

**Objetivos.** 1) Describir la incidencia de EPOC en pacientes con insuficiencia cardíaca 2) Describir las características clínicas de los pacientes afectados de insuficiencia cardíaca con y sin EPOC. 3) Describir la incidencia de reingresos a los 3 meses en pacientes con y sin EPOC.

**Material y métodos.** Estudio observacional de una cohorte de pacientes ingresados con diagnóstico de insuficiencia cardíaca (IC) en un servicio de medicina interna de un hospital universitario. Se confeccionó un cuestionario de recogida de datos: datos demográficos, antecedentes patológicos (EPOC, hipertensión arterial, fibrilación auricular, diabetes, cardiopatía isquémica, insuficiencia renal), etiología de la IC, fracción de eyección, datos de laboratorio (hemoglobina, Na, K, creatinina), estancia media, tratamiento con beta bloqueantes adrenérgicos, mortalidad y reingresos a los 3 meses. Los resultados del análisis de las variables se expresan como media (desviación estandar) y porcentajes.

**Resultados.** De septiembre de 2005 a abril de 2006 ingresaron 93 pacientes con diagnóstico de insuficiencia cardíaca (IC). De ellos, 33 presentaban EPOC (26 hombres y 7 mujeres). La edad media fue de 78,5(11,4) años. El 100% de los pacientes con EPOC tenía antecedentes de tabaquismo. Entre los antecedentes patológicos destacan: Hipertensión arterial 68%, diabetes 48%, fibrilación auricular 45%, cardiopatía isquémica 26%, e insuficiencia renal 19%. Con respecto a la etiología de la IC: cardiopatía HTA 42%, cardiopatía isquémica 38%, y valvular 17%. La fracción de eyección del ventrículo izquierdo (FEVI) fue de 48,8(12,4). La estancia media fue de 10,8(3,5) días. Los datos de laboratorio fueron: hemoglobina 13,2 (2,1) g/dl, Na 142,4(3,6) mEq/L, K4,2(0,8) mEq/L, creatinina 1,2(0,7) mg/dl. Con respecto al tratamiento con betabloqueantes lo recibieron el 50% y 45% de los enfermos con y sin EPOC respectivamente. Fallecieron 2 enfermos con EPOC y 1 sin EPOC. A los 3 meses del alta dieciséis enfermos habían reingresado (17,2%). De ellos 9 de 31 (29%) eran enfermos con EPOC y 7 de 59 (11,8%) pacientes sin EPOC. No se encontraron diferencias significativas con ninguna de las variables analizadas entre los enfermos con y sin EPOC.

**Discusión.** La Insuficiencia cardíaca y la reagudización de los pacientes con EPOC son las 2 causas más frecuentes de hospitalización en pacientes mayores de 65 años. Si bien el impacto que cada una de ellas representa está claramente establecido, la valoración de la coexistencia de ambas entidades en el mismo enfermo está menos estudiada. Ante las escasas referencias en nuestro medio nos propusimos la realización de este estudio piloto.

**Conclusiones.** 1) La coexistencia de insuficiencia cardíaca y EPOC es muy frecuente en los pacientes ingresados en Medicina Interna. 2) Ambas entidades se presentan en pacientes de elevada edad media y alta comorbilidad. 3) No se encontraron características clínicas ni analíticas diferenciales entre los pacientes con y sin EPOC. 4) La presencia de EPOC no influyó en la prescripción de tratamiento con betabloqueantes. 5) Los pacientes con EPOC presentaron una incidencia de reingreso a los 3 meses casi 3 veces superior a la de los enfermos sin EPOC. 6) Son necesarios nuevos estudios para evaluar el impacto que representan ambas patologías y sus tratamientos en la morbimortalidad de estos enfermos.

Tabla 1. Valores de cada prueba (signo/síntoma) para la disfunción sistólica ventricular izquierda (IC-35).

Índices	S	E	RV+	RV	VPP	VPN
Disnea de esfuerzo	89,5%	15,4%	1,06	0,68	43,6%	66,7%
DPN/ortopnea	73,7%	23,1%	0,96	1,14	41,2%	54,5%
Edemas acros	57,9%	19,2%	0,72	2,19	34,4%	38,5%
Crepitantes	73,7%	42,3%	1,28	0,62	48,3%	68,8%
Cardiomegalia en RX tórax	42,1%	38,5%	0,68	1,51	33,3%	47,6%

**IC-37**

**ANÁLISIS DE LOS REINGRESOS POR INSUFICIENCIA CARDÍACA EN PACIENTES DIABÉTICOS TIPO 2 DE LARGA EVOLUCIÓN**

**M. Amer López<sup>1</sup>, M. Rodríguez Dávila<sup>2</sup>, M. Gómez Fernández-Vegue<sup>2</sup>, O. Madridano Cobo<sup>3</sup>, F. Domínguez García<sup>4</sup>, E. Ciria Hernández<sup>5</sup>, C. García Cerrada<sup>2</sup> y F. Arnalich Fernández<sup>1</sup>**

<sup>1</sup>Medicina Interna, <sup>2</sup>Servicio de Urgencias, <sup>3</sup>Unidad de Corta Estancia, <sup>4</sup>Servicio de Cardiología, <sup>5</sup>Hospitalización a Domicilio. Hospital Universitario La Paz. Madrid.

**Objetivos.** Los pacientes con insuficiencia cardíaca (IC) y diabetes tipo 2 (DM-2) de larga evolución requieren a menudo trat. con biguanidas o glitazonas, a veces en combinación con insulina. Este tratamiento puede facilitar la retención de líquidos y descompensar la IC. El objetivo del estudio es determinar la causa de reingresos en estos pacientes. **Material y métodos.** Se estudian 82 pacientes con DM-2 ingresados por IC durante el bienio 2004-2005 y seguidos durante un año. Todos cumplían los criterios de IC (ACC/AHA Task Force 1995). Se consideraron 2 grupos: A) Diabetes e IC bien controlada (n = 40); B) Diabetes e IC inestable con uno o varios reingresos (n = 42). Se analizaron las características clínicas, comorbilidad, cifra media de Hb A1c, presencia de I. renal (Clcr < 60 ml/min), disfunción sistólica, y tratamiento para la diabetes y la IC. En los pacientes con IC inestable se analizaron los factores de descompensación. Las variables categoricas fueron comparadas mediante el test de la chi-cuadrado, las variables continuas mediante el test de Mann-Whitney, y los factores asociados al reingreso fueron evaluados mediante análisis multivariante. **Resultados.** Los pacientes con IC inestable se caracterizaron por una mayor edad y comorbilidad, peor grado funcional, y mayor prevalencia de fibrilación auricular y de tratamiento con insulina y con fármacos sensibilizadores de insulina (tabla). No hubo diferencias en la prevalencia de disfunción sistólica ni trat<sup>o</sup> con IECAs o BB. En el análisis multivariante los reingresos se asociaron con la I. Renal (OR 2.5), clase funcional III-IV (OR 2.1), utilización de insulina y glitazonas (OR 1.9). **Discusión.** La mitad de los pacientes con DM-2 e IC reingresan durante el primer año. Los reingresos se asocian con la presencia de I. renal, peor grado funcional, y tratamiento con insulina y glitazona. Este tratamiento puede facilitar la aparición de edemas y empeorar la función cardíaca. **Conclusiones.** Los pacientes con DM-2 e IC reingresan frecuentemente por descompensación de la IC durante el primer año. Aunque su causa es multifactorial, el tratamiento con insulina y glitazonas debería evitarse hasta disponer de nuevos estudios.

Tabla 1. Características de los pacientes.

	DM-2 e IC estable	DM-2 e IC inestable
HbA <sub>1c</sub> (%)	7,6 (0,5)	7,8 (0,6)
		33 (78%)
Clase func III-IV	27 (61%)	p < 0,05
FEVI < 30%	15/21	15/22
I. renal	7 (18%)	13 (31%)
		27 (65%)/
Trat <sup>o</sup> IECA/	24 (60%)/	15 (37%)
B Bloq	9 (23%)	
Trat. Insulina	10 (26%)	15 (35%)
Trat. biguanidas	32 (81%)	29 (72%)
		8 (19%)
Trat. glitazonas	2 (5%)	p < 0,05

Tabla 1. (IC-38).

	IC > 74 a./año	% IC > 74 a./total	Mujer (%)	Letalidad	EM (días)	Tasa 1.000 h. > 74 a.
Coruña	1452	64,3	59,8	9,8	9,3	12,3
Lugo	636	69,0	57,6	13,4	10,9	11,2
Ourense	781	71,4	55,9	11,9	10,1	14,4
Pontevedra	1359	64,7	60,3	13,7	10,9	15,8
Galicia	4227	66,3	58,9	12,9	10,2	13,4

**IC-38**

**EL PROYECTO GALICEP: EPIDEMIOLOGÍA DE LA INSUFICIENCIA CARDÍACA EN EL ANCIANO EN GALICIA. VARIACIONES GEOGRÁFICAS PROVINCIALES**

**J. Montes-Santiago<sup>1</sup>, G. Rey García<sup>2</sup> y A. Mediero Domínguez<sup>2</sup>**  
<sup>1</sup>Medicina Interna, <sup>2</sup>Documentación Clínica. Meixoeiro-Complejo Hospitalario Universitario Vigo. Vigo, Pontevedra.

**Objetivos.** Galicia es la Comunidad Autónoma española con mayor tasa de mortalidad por insuficiencia cardíaca (IC) (66/100.000 habitantes frente a 45/100.000 h. en el conjunto de España). El proyecto GALICEP (Epidemiología de la Insuficiencia Cardíaca en GALICIA) intenta profundizar en las características de esta prevalente entidad, fundamentalmente en pacientes ancianos, a través del estudio de las altas hospitalarias de los hospitales gallegos. En este trabajo se describen las variaciones provinciales de estas hospitalizaciones en Galicia. **Material y métodos.** A partir del Conjunto Mínimo Básico de Datos al Alta Hospitalaria (CMBD) de los hospitales del SERGAS durante el periodo 2002-05, se estudian los Grupos Relacionados de Diagnóstico 127 y 544 que corresponden primariamente al diagnóstico de IC como motivo de ingreso. Tras excluir las altas de pacientes foráneos (unos 33 episodios de alta/año) se han calculado las tasas de altas por IC por 1000 habitantes > 74 años para el conjunto de la comunidad y cada una de las provincias gallegas tomando como base el censo de población de 01/2005. **Resultados.** Con respecto al trienio precedente 1999-01 en el trienio 2002-04 se produjo un aumento de un 18% de las hospitalizaciones por IC. En la tabla 1 se ofrecen los resultados de altas por IC en población > 74 años. Dos de cada 3 pacientes con IC era > 74 años. El mayor porcentaje de pacientes con IC > 74 años se produce en Lugo y Ourense como corresponde a su mayor envejecimiento poblacional. Sin embargo, es llamativo que sea la provincia de Pontevedra, con un índice de envejecimiento menor, la que presenta significativamente mayor número de altas por IC en > 74 años (15,8/1000 h frente a 13,4 para Galicia, p < 0,001). **Discusión.** La IC es un proceso de alta prevalencia en Galicia que continúa en aumento. Hay una significativa variación geográfica en las altas por IC dentro de dicha comunidad. Ello merece un estudio más detallado para implementar las medidas pertinentes para su manejo. **Conclusiones.** Galicia es la comunidad autónoma con mayor mortalidad por IC, que traduce la elevada morbilidad reflejada en el alto número de altas anuales en pacientes ancianos por dicha entidad. Existe una desigualdad geográfica en la distribución de estas, siendo Pontevedra la provincia con un mayor índice de ellas.

**IC-39**

**ADHESIÓN A LAS RECOMENDACIONES ACTUALES SOBRE TRATAMIENTO EN LA INSUFICIENCIA CARDÍACA: ¿Y EN PACIENTES GERIÁTRICOS?**

**A. Valiente Méndez, R. Fernández Ojeda, B. Escolano Fernández, M. Camacho Fernández, M. Soriano Pérez, J. Serrano Carrillo de Albornoz, J. Rubio Rubio y M. Aguayo Canela**

Medicina Interna A. Hospital Universitario Virgen Macarena. Sevilla.

**Objetivos.** Conocer y evaluar la práctica clínica de internistas generales cuando se trata de utilizar fármacos de reconocido efecto beneficioso en pacientes con insuficiencia cardíaca, a través de la descripción del uso de betabloqueantes, IECAs y ARA II en pacientes geriátricos que ingresan en un servicio de medicina interna de un hospital general por episodio de descompensación de una insuficiencia cardíaca crónica.

**Material y métodos.** Se han incluido en el estudio (de diseño transversal) a todos los pacientes mayores de 65 años, con criterios de fragilidad clínica, que ingresan en nuestro servicio de medicina interna durante el período de enero a junio 2006, y muestran signos y síntomas de Framingham de insuficiencia cardíaca. Se excluyeron los enfermos diagnosticados de neoplasia. Se han registrado, por investigadores ajenos a los facultativos responsables de cada paciente, múltiples variables clínicas y epidemiológicas, y específicamente la prescripción de fármacos Betabloqueantes (BB), Antagonistas de los Receptores de Angiotensina (ARA-II) e Inhibidores de la Enzima Convertora de la Angiotensina (IECA), tanto al ingreso (informes médicos y entrevista) como al alta hospitalaria (informes médicos y recetas). Los resultados se han analizado mediante el programa SPSS 12.0.

**Resultados.** Analizamos 60 pacientes, de los cuales 33 eran mujeres (55%) y 27 eran hombres (45%). La edad media fue 76.45 años (65 a 97). Observamos que, al ingreso, un 41,7% (25 pacientes) no recibían tratamiento con un IECA o ARA-II; y que el 68,3% (41 pacientes) no tomaba tratamiento betabloqueante. Al alta hospitalaria, los facultativos internistas prescribían tratamiento con IECAs o ARA-II en el 63,3% (38 pacientes) y con betabloqueantes en el 31,7% (19 pacientes). No se encontró asociación entre el no-uso de estos fármacos y la edad de los pacientes, la presencia de disfunción sistólica en la ecocardiografía, la coexistencia de EPOC, diabetes, enfermedad vascular periférica o insuficiencia renal, y tampoco con la existencia de ingresos hospitalarios previos o seguimiento en consultas especializadas.

**Discusión.** Las recomendaciones actuales del tratamiento de la Insuficiencia Cardíaca que cuentan con amplio consenso incluyen el uso diuréticos, IECAs (o alternativamente ARA-II) y betabloqueantes, salvo contraindicación, porque mejoran los síntomas y por su influencia positiva en el pronóstico de la enfermedad. Sin embargo, grandes estudios epidemiológicos recientes (tanto de ámbito internacional como ADHERE y Euro-HF- como nacional), siguen poniendo de manifiesto que la tasa de transferencia de estas recomendaciones de las GPC a la realidad sigue siendo subóptima. Nuestro estudio, a pesar de su pequeño tamaño y estar realizado en un único servicio, detecta esta misma tendencia y, a pesar de que durante el ingreso hospitalario se incrementa discretamente la proporción de pacientes tratados con IECAs/ARA II y/o betabloqueantes, no se llega al 100%. Aunque no hemos podido detectar factores que presumiblemente influyen en la decisión final del facultativo de no prescribir alguno de estos fármacos por temor a efectos secundarios o por la coexistencia de patologías asociadas que contraindicarían su uso, creemos que esto podría ser sólo el resultado de un tamaño muestral reducido y una escasa representatividad de la población diana.

**Conclusiones.** A pesar de las recomendaciones, detectamos un infruso en la prescripción de fármacos que han demostrado influir en el pronóstico de los pacientes con diagnóstico de ICC. Durante los episodios de ingreso hospitalario por descompensación se aprecia una tendencia a incrementar el uso de fármacos que actúan sobre el eje renina-angiotensina, pero no ocurre lo mismo con la prescripción de betabloqueantes. Creemos, aunque no se ha podido demostrar en el estudio, que estas prácticas responden a una especial cautela de los profesionales en el uso de estos medicamentos en pacientes seniles, frágiles y con frecuentes comorbilidades, para los que la transposición literal de las recomendaciones de las GPC y Consensos es, al menos, controvertida.

#### IC-40

##### ANEMIA EN LA INSUFICIENCIA CARDÍACA: DATOS PRELIMINARES DEL ESTUDIO GESAIC

**J. Grau Amorós<sup>1</sup>, F. Formiga<sup>2</sup>, R. Jordana Comajuncosa<sup>3</sup>, A. Urrutia<sup>4</sup>, O. Aramburu Bodas<sup>5</sup> y T. Poblet Farres<sup>6</sup>**

<sup>1</sup>Medicina. Hospital Municipal de Badalona. Badalona, Barcelona. <sup>2</sup>Medicina Interna. Hospital Universitari de Bellvitge. Hospitalet del Llobregat, Barcelona. <sup>3</sup>Medicina Interna. Consorci Hospitalari del Parc Taulí. Sabadell, Barcelona. <sup>4</sup>Medicina Interna. Hospital Universitari Germans Trias i Pujol. Badalona. Barcelona. <sup>5</sup>Medicina Interna. Hospital Universitario Virgen de la Macarena. Sevilla. <sup>6</sup>Medicina. Hospital Esperit Sant. Santa Coloma de Gramanet, Barcelona.

**Objetivos.** Recoger una cohorte de pacientes para cifrar la prevalencia de anemia en la IC en distintas situaciones, conocer su etiología,

su incidencia anual y establecer su valor pronóstico en nuestro medio.

**Material y métodos.** Entre octubre de 2005 y marzo de 2006, cada unidad o servicio de Medicina Interna de 16 hospitales españoles, incluyó pacientes ingresados con insuficiencia cardíaca como diagnóstico principal o secundario durante un período de 3 meses. Los casos debían cumplir con los criterios de Framingham y fueron recogidos en un formulario diseñado específicamente para el estudio tomando como base el primer estudio de insuficiencia cardíaca de la SEMI modificando e incorporando las variables consideradas de interés específico por la comisión coordinadora del Grupo para el Estudio del Significado de la Anemia en la Insuficiencia cardíaca (GESAIC).

**Resultados.** Recogimos un total de 391 casos, de los que el 61% eran mujeres, las puntuaciones medias en las escalas de Barthel, Charlson y Pfeiffer fueron de 82, 3 y 2,44 respectivamente. El 5% son fumadores activos y el mismo porcentaje mantiene un consumo de enol excesivo. El 11% tienen un IMC > 30. Entre las comorbilidades destacan diabetes en el 49%, HTA en el 80% y la EPOC en el 25% de los casos. Un 47% de los pacientes están en fibrilación auricular y casi un 10% disfunción tiroidea (8% hipotiroidismo y 2% hipertiroidismo). El 61% de los pacientes tienen la Fracción de eyección ventricular preservada y un 52% están en clase funcional III-IV de la NYHA. La etiologías más frecuentes de la cardiopatía son isquémica e hipertensiva (33 y 39%), a distancia de valvular y dilatada (17 y 6,5%). La anemia estuvo presente en el 56% de los casos a su ingreso y en el 48% al alta, siendo más prevalente en los hombres. La causas etiológicas fueron ferropenia (35,7%), anemia inflamatoria crónica (18,5%), anemia de la insuficiencia renal (12%), anemia por hemodilución (6,6%) y anemia macrocítica (5,2%); en el 17% de los casos no se estableció la etiología y en el 53,4% de los casos no se consideró tratarla; en el 7,7% de los pacientes con anemia se consideró suficientemente grave para transfundirse. El 47% de los pacientes tenían un filtrado glomerular < 60 ml/mn; el 24,5% de los pacientes tenían una creatinina > 2 ml/dl al ingreso.

**Discusión.** La casuística GESAIC, es comparable a la del primer estudio de la SEMI salvo en un mayor porcentaje de FEV preservada. La prevalencia de anemia al ingreso, es superior a la encontrada en estudios de nuestro medio aunque no sea el más alto de los reportados en la literatura internacional; ello está claramente influido por el estricto criterio en la definición de anemia que explica también el alto índice de anemias sin diagnóstico. La alta prevalencia de insuficiencia renal coincide con otros trabajos que utilizan el cálculo del filtrado glomerular en sustitución de la creatininemia.

**Conclusiones.** La anemia es muy frecuente en los pacientes con insuficiencia cardíaca. La anemia ferropénica es la primera causa de anemia, seguida a corta distancia de la anemia inflamatoria crónica. En un 7% de los casos la anemia se corrige en el paciente compensado. La mitad de nuestros pacientes tienen insuficiencia renal.

#### IC-41

##### CARACTERÍSTICAS DE LA INSUFICIENCIA CARDÍACA EN UN CENTRO DE SALUD DE LA ZONA SUR DE MADRID. CALIDAD DEL DIAGNÓSTICO E IDONEIDAD TERAPÉUTICA

**F. del Valle<sup>1</sup>, C. Gutiérrez<sup>2</sup>, E. López<sup>3</sup> y J. Zufias<sup>4</sup>**

<sup>1</sup>Medicina Interna, <sup>2</sup>Residente Familia. 12 de Octubre. Madrid.

<sup>3</sup>Medicina Familiar. 12 de octubre. Madrid. <sup>4</sup>Medicina de Familia. 12 octubre. Madrid.

**Objetivos.** Objetivos: describir las características de los pacientes diagnosticados de IC en un centro de salud y encontrar las relaciones existentes con diversas variables. Determinar la calidad del diagnóstico empleado y la idoneidad terapéutica. Establecer la frecuencia de fibrilación auricular, anemia e insuficiencia renal en dichos pacientes, así como su relación con la clase funcional y otras variables.

**Material y métodos.** Estudio observacional y transversal donde se incluyen todos los pacientes de 11 cupos del Centro de Salud los Rosales (Madrid), mayores de 65 años con diagnóstico de ICC en el OMI. Recogimos las características constitucionales, los factores de riesgo, los trastornos subyacentes, las enfermedades crónicas asociadas, la clase funcional, el tipo de diagnóstico clínico, la estrategia terapéutica y los niveles de creatinina y hemoglobina. Establecimos la calidad del diagnóstico, la idoneidad terapéutica, la presencia de

insuficiencia renal y anemia según criterios personales e intentamos correlacionarlas con las distintas variables. Para el análisis estadístico empleamos el SPSS, versión 12.0.

**Resultados.** La frecuencia de ICC en nuestro medio es 3,2% y aumenta con la edad. El diagnóstico fue realizado, fundamentalmente, por clínica. La recogida de factores de riesgo y enfermedades subyacente fue escasa. Observamos un predominio de los pacientes en estadio II de la NYHA. 47 pacientes (41,7%) tenían FA; 26,3%, 41,8% y 50% para los estadios I,II,III de la NYHA respectivamente. Fue más frecuente en los pacientes con valvulopatía ( $p = 0,036$ ) y similar para ambos sexos (0,617) pacientes con y sin HTA (0,368) cardiopatía isquémica (0,937) y Diabetes Mellitus (0,056) IR tuvieron 55 (46,25%) pacientes. La creatinina media fue significativamente mayor en diabéticos (0,048) y similar para los distintos grados funcionales de la NYHA y las demás variables. Observamos anemia en 40 (38,8%) pacientes. La hemoglobina media fue similar para los tres estadios de la NYHA y no encontramos relación de la anemia con otros parámetros. La idoneidad terapéutica fue baja: sólo 14 (11,8%) tenían registrado el control de la diuresis y peso y solo 2 (1,7%) tenían registrado iones en orina. El tipo de tratamiento realizado fue: 90 (75,6%) pacientes tenían diuréticos; 28 (23,5%) digoxina; 17 (14,3%) beta-bloqueante; 74 (62,2%) IECAs y 29 (24,36%) vasodilatadores.

**Conclusiones.** 1) la ICC es frecuente en la población general y su diagnóstico y tratamiento son subóptimos. 2) en dichos pacientes son frecuentes la FA, sobre todo ante valvulopatías, la IR, sobretodo diabéticos, donde debe ser investigada de forma individualizada y la anemia, pocas veces constatada, nunca estudiada ni tratada específicamente. 3) el tratamiento rara vez se realiza con bases fisiopatológicas. 5) el empleo de IECAs es deficiente y el de beta-bloqueantes ínfimo. Sin duda es necesario plantearse el tratamiento de esta situación de forma protocolizada.

## INFLAMACIÓN/ ENFERMEDADES AUTOINMUNES

### IF-1

#### LINFOMA GÁSTRICO TIPO MALT EN NUESTRO HOSPITAL. IMPORTANCIA DE LA ECOENDOSCOPIA

M. A. Tejero, E. Laherran, J. I. Martín-Serradilla, F. Sánchez-Barranco, S. Franco y T. Zatarain  
Medicina Interna. Hospital Río Carrión. Palencia.

**Objetivos.** Tratamos de evaluar el impacto de la ecoendoscopia como método diagnóstico de reciente introducción en el linfoma MALT gástrico. Analizamos las características clínicas y métodos diagnósticos de los linfomas MALT gástricos diagnosticados en nuestro hospital, previa incorporación de la ecoendoscopia.

**Material y métodos.** Se realiza un estudio retrospectivo de todos los casos diagnosticados de linfoma gástrico Malt, diagnosticados en nuestro hospital durante 8 años. La búsqueda de casos se realizó mediante el sistema informático de registro de altas de archivos centrales del hospital.

**Resultados.** En el período a estudio han sido diagnosticados 20 pacientes, 12 fueron hombres y 8 mujeres. La edad media fue de 64,3 años. La clínica gastrointestinal fue la predominante con epigastralgia (30%), sangrado digestivo (25%) y masa abdominal (5%). Los casos restantes fueron hipertensión arterial (5%), y en un 20% se inició el estudio por un síndrome constitucional. La prueba diagnóstica fue la endoscopia con biopsia gástrica. 10 de los pacientes presentaron un linfoma de bajo grado, precisando un 20% cirugía y un 20% quimioterapia para su curación. El resto alcanzó la remisión con tratamiento erradicador para *Helicobacter pylori*. 6 pacientes fueron diagnosticados de linfoma de alto grado, obteniéndose la remisión en el 66% con quimioterapia.

**Discusión.** El aporte fundamental de la ecoendoscopia está basado en la información que nos proporciona, que se suma a la anatomopatológica, permitiendo un estadiaje más completo del tumor.

Nuestros pacientes fueron diagnosticados y estadiados mediante estudio histológico, aplicándoles el tratamiento correcto según el estadio, y obteniendo un 87% de remisión.

**Conclusiones.** La incorporación de Ecoendoscopia en nuestro centro hospitalario, ayudará a la realización de un estadiaje más preciso en el diagnóstico del linfoma gástrico tipo Malt y unas tasas de remisión más elevadas.

### IF-2

#### ECOCARDIOGRAMA DE ESFUERZO EN EL DIAGNÓSTICO PRECOZ DE LA HIPERTENSIÓN PULMONAR ASOCIADA A ESCLERODERMIA

J. Callejas Rubio<sup>1</sup>, L. López Pérez<sup>1</sup>, E. Moreno Escobar<sup>2</sup>, P. Martín de la Fuente<sup>2</sup>, F. Navarro-Pelayo<sup>1</sup>, R. Ríos Fernández<sup>1</sup> y N. Ortego Centeno<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Unidad Enfermedades Sistémicas. <sup>2</sup>Servicio de Cardiología. H. Clínico San Cecilio. Granada.

**Objetivos.** 1). Conocer la prevalencia de hipertensión arterial pulmonar (HAP) de esfuerzo en pacientes con esclerodermia 2). Correlacionar la presencia de HAP de esfuerzo con variables clínicas (Raynaud), pruebas funcionales respiratorias (CVF, DCLO, KCO) y con parámetros bioquímicos (BNP).

**Material y métodos.** 49 pacientes con criterios de la ACR para el diagnóstico de esclerosis sistémica sin HAP conocida. Se excluyeron a pacientes en tratamiento con bosentan, sildenafil o prostaglandinas en los 3 meses previos. Se definió Raynaud grave cuando requirió para su control alguna de las medicaciones antes citadas. Se practicó a todos los pacientes pruebas funcionales respiratorias (CVF, DLCO y KCO) y TACAR torácico si estaban alteradas o referían disnea. Determinamos BNP (brain natriuretic peptide) a todos los pacientes. Se realizó ecocardiograma-Doppler basal y de esfuerzo según protocolo de la OMS; para la medición de la presión arterial sistólica de la arteria pulmonar (PSAP) usamos el pico máximo de velocidad de regurgitación tricúspide.

**Resultados.** En 7 casos no se objetivó flujo de regurgitación tricúspide que permitiera estimar la PSAP y en 1 caso no se completó el estudio. La edad media de los pacientes fue de 53,4 años y el tiempo medio de evolución desde el diagnóstico de 15,7 meses. 8 pacientes presentaron Raynaud grave y 4 afectación intersticial pulmonar mediante TACAR torácico. Todos los pacientes tenían PSAP normales en reposo ( $29,7 \pm 5,3$  mmHg). Con el esfuerzo se observó un incremento de la PSAP medio de 16,7mmHg. Usando como puntos de corte para el diagnóstico de HAP de esfuerzo una PSAP de  $> 60$  mmHg y  $> 65$  mmHg, la prevalencia fue del 19,5% y el 9,8% respectivamente. Observamos una correlación significativa entre la DLCO y los BNP con la PSAP con el esfuerzo. Los pacientes con PSAP de esfuerzo  $> 65$  mmHg presentaron de forma significativa mayor prevalencia de Raynaud grave y DLCO  $< 80\%$ .

**Discusión.** La prevalencia de HAP con el esfuerzo en pacientes con esclerosis sistémica es elevada, siendo este grupo probablemente de mayor riesgo para desarrollar HAP de reposo y sobre el que haya de incidirse tanto en el punto de vista diagnóstico como terapéutico. Existe una correlación significativa de la PSAP de esfuerzo con la DLCO y los niveles de BNP. Los pacientes con HAP de esfuerzo  $> 65$  mmHg tiene mayor prevalencia de Raynaud grave lo que podría estar justificado por un mecanismo etiopatogénico común a nivel del endotelio vascular.

**Conclusiones.** El ecocardiograma-Doppler de esfuerzo en pacientes con esclerosis sistémica permite identificar a un grupo de pacientes con probable alto riesgo de desarrollar HTP. Es necesario el seguimiento de este grupo para poder extraer conclusiones definitivas.

### IF-3

#### MICOFENOLATO SÓDICO EN EL TRATAMIENTO DE LAS MIOSITIS REFRACTARIAS

A. Selva O'Callaghan, A. Redondo, S. Alonso, E. Mena, R. Solans Laque, C. Simeón Aznar, V. Fonollosa Pla y M. Vilardell Tarrés

Medicina Interna. Hospital General Vall d'Hebron. Barcelona.

**Objetivos.** El ácido micofenólico es un potente inmunodepresor con un mecanismo de acción pleiotrópico -inhibición de la proliferación

linfocitaria y actuación sobre moléculas de adhesión, macrófagos y endotelio- ampliamente utilizado en la prevención del rechazo en el trasplante renal y constituye una alternativa terapéutica útil en la nefropatía lúpica. Ocasionalmente se ha utilizado con éxito en el tratamiento otras enfermedades autoinmunes. Se aporta la experiencia con micofenolato sódico (MFS) en el tratamiento de 4 pacientes con miositis refractaria.

**Material y métodos.** Se trató con MFS a 4 pacientes (3 varones; edad 34-76 años), 2 dermatomiositis (DM) y 1 polimiositis (PM) que cumplían los criterios de clasificación de Bohan y Peter y un paciente con miositis orbitaria idiopática comprobada por técnicas de imagen (TC orbitaria). Todos los pacientes permanecían sintomáticos cuando se introdujo el MFS. El tratamiento inmunodepresor previo fue el siguiente: glucocorticoides e IGIV en el paciente con PM; IGIV, glucocorticoides y ciclosporina en un caso de DM; glucocorticoides, IGIV, tacrolimus, anti-TNF y rituximab en el otro caso de DM; y glucocorticoides y metotrexate la miositis orbitaria idiopática. El tratamiento con MFS se inició a dosis de 180 mg/12 h y se incrementó hasta 720 mg/12 h.

**Resultados.** En 3 de los 4 casos (75%) se apreció una significativa mejoría del cuadro clínico (aumento de la fuerza muscular, normalización de las CK, y mejoría de la motilidad ocular) tras la introducción de MFS. En el paciente restante (DM) no se apreció mejoría a pesar de la administración de MFS a dosis plenas. La tolerancia digestiva al MFS fue aceptable en todos los casos durante el período de tratamiento (3-18 meses), si bien el paciente con miositis orbitaria presentó un cuadro gastrointestinal con fiebre durante un viaje al trópico.

**Discusión.** Una tercera parte aproximadamente de los pacientes con miopatías inflamatorias responden inicialmente al tratamiento con glucocorticoides. No obstante el resto precisa de la administración de un segundo inmunodepresor para controlar la enfermedad o permitir un descenso adecuado de la dosis de glucocorticoides. Las inmunoglobulinas por vía intravenosa, la azatioprina, los antagonistas de la calcineurina -tacrolimus y ciclosporina- o las terapias biológicas -anti-TNF y rituximab- pueden ser útiles en estos casos, especialmente en los pacientes más refractarios al tratamiento. Los resultados de este estudio y de otras pequeñas series publicadas apoyan la utilidad del MFS como un alternativa terapéutica más en el tratamiento de las miopatías inflamatorias.

**Conclusiones.** El MFS parece útil en el tratamiento de los pacientes con miopatía inflamatoria y representa una alternativa terapéutica a tener en cuenta junto a otros fármacos inmunodepresores.

#### IF-4

#### INCIDENCIA DE POLIMIOSITIS/DERMATOMIOSITIS EN ESPAÑA: ESTUDIO EN EL PERÍODO 1997-2004

H. Vargas-Leguás<sup>1</sup>, A. Selva O'Callaghan<sup>2</sup>, E. Hermosilla<sup>1</sup>, M. Campins Martí<sup>1</sup>, X. Martínez Gómez<sup>1</sup>, R. Cozar Perez<sup>3</sup>, J. Grau Junyent<sup>4</sup> y M. Vilardell Tarrés<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Medicina Preventiva y Epidemiología, <sup>2</sup>Medicina Interna.

Hospital General Vall d'Hebron, Barcelona, <sup>3</sup>Instituto Información Sanitaria, Ministerio Sanidad y Consumo, Madrid,

<sup>4</sup>Medicina Interna General, Hospital Clinic, IDIBAPS.

Barcelona.

**Objetivos.** Las polimiositis/dermatomiositis (PM/DM) son un grupo heterogéneo de enfermedades musculares inflamatorias autoinmunes de curso crónico y etiología desconocida. Su incidencia en diferentes países oscila entre 2,18 y 7,7 casos nuevos por año y millón de habitantes, por lo que se considera una enfermedad rara. No existen estudios epidemiológicos sobre la incidencia de estas enfermedades en nuestro país. El objetivo de este estudio es determinar la incidencia de PM/DM en España a lo largo de un período de 8 años (1997-2004).

**Material y métodos.** Se ha utilizado la base de datos del CMBD para los diagnósticos de Dermatomiositis (CIE 9-MC 7103) y Polimiositis (7104) para el período de estudio. Las bases de datos poblacionales por sexo y Comunidad Autónoma se han obtenido del Instituto Nacional de Estadística (INE). Se calcularon incidencias acumuladas en casos por millón de habitantes y su intervalo de confianza al 95% (IC95%). Para el análisis de tendencia del período se estimó la OR de tendencia (ORT) a través de una regresión logística.

**Resultados.** Durante el período 1997-2004 se registraron 1.288 nuevos casos de PM (40% varones), con un edad media (DE) al diagnóstico de 57,3 (19) años. El 3,3% de los casos eran niños menores de 15 años. La incidencia media anual fue de 3,9 casos por millón de habitantes (IC95% 3,7-4,1) (rango: 5,1-3,3). La incidencia global según sexo fue de 4,6 x millón en mujeres (IC95% 4,3-4,9) y de 3,2 x millón en varones (IC95% 2,9-3,4) (p < 0,001). No se ha observado un patrón estacional en la presentación de casos durante el período de estudio. En relación a la DM, se registraron 1.641 nuevos casos (34% varones), con una edad media de 56 (20) años. El 5,8% de los casos eran menores de 15 años. La incidencia media anual fue de 4,9 casos por millón de habitantes (IC95% 4,7-5,2) (rango: 6,4 - 3,9). La incidencia global según sexo fue de 6,4 x millón en mujeres (IC95% 6,1-6,8) y de 3,4 x millón en varones (IC95% 3,2-3,7) (p < 0,001). La frecuencia de presentación de los casos de DM es superior en el primer trimestre del año para todo el período de estudio. La incidencia de ambas enfermedades ha disminuido a lo largo del período de estudio con una ORt de 0,95 (IC95% 0,93-0,97) (p < 0,001) para la DM y de 0,96 (IC95% 0,93-0,96) (p < 0,001) para la PM. La incidencia de DM ha sido significativamente mayor que la de PM durante el período de estudio (p < 0,001).

**Discusión.** Las miopatías inflamatorias incluyen a la PM, DM y miositis por cuerpos de inclusión esporádica (MCI). La incidencia de PM y DM obtenida en este estudio en España no difiere de las obtenidas en estudios previos realizados en otros países a partir de los códigos de alta de hospitalización siguiendo los criterios internacionales de Bohan y Peter. No se ha podido estudiar la incidencia de MCI ya que esta entidad no está codificada en el CMBD. La mayor incidencia de DM en relación a la PM podría deberse a que en las DM el diagnóstico es indiscutible, mientras que en las PM se trata de un diagnóstico de exclusión, y por tanto al mejorar la capacidad diagnóstica el número de PM desciende; otra explicación radicaría en la relación que existe entre la latitud y la DM debido quizás a la exposición a luz ultravioleta. Asimismo la mayor frecuencia estacional de DM observada en este estudio apunta a la existencia de determinados factores ambientales favorecedores (infecciones víricas, entre otros).

**Conclusiones.** La incidencia media anual de DM y PM en España, durante el período 1997-2004 no difiere de la observada en otros países. Se ha observado una mayor incidencia de DM que de PM y con un predominio estacional en el primer trimestre del año.

#### IF-5

#### PREVALENCIA Y REPERCUSIÓN CLÍNICA DE LOS TRASTORNOS TIROIDEOS EN PACIENTES CON MIOPATÍA INFLAMATORIA

A. Redondo, A. Selva O'Callaghan, R. Solans Laque, S. Alonso, E. MENA, I. Bardes Robles, L. Jubany y M. Vilardell Tarrés

Medicina Interna. Hospital General Vall d'Hebron, Barcelona.

**Objetivos.** La disfunción del tiroides puede repercutir sobre el funcionamiento muscular, por lo que es importante tenerla en consideración en la valoración y tratamiento de los pacientes con miopatía. Se analiza la prevalencia de trastornos tiroideos y su repercusión clínica en una serie de 105 pacientes diagnosticados de miopatía inflamatoria en el período 1983-2006.

**Material y métodos.** Se ha estudiado retrospectivamente la prevalencia de trastornos tiroideos en una serie de 105 pacientes diagnosticados de miopatía inflamatoria (polimiositis/dermatomiositis) según los criterios de Bohan y Peter, y siguiendo los criterios histológicos y clínicos establecidos en la miositis por cuerpos de inclusión, desde 1983 hasta la actualidad. De forma sistemática al diagnóstico y periódicamente en función de la clínica del paciente se detectó el perfil tiroideo y la presencia de anticuerpos antitiroideos (anti-tiroglobulina y antiperoxidasa) por ELISA (Immunitite 2500). En los casos que existía disfunción tiroidea se practicó una ecografía de tiroides. El estudio del sistema de histocompatibilidad tipo II (HLA) se llevó a cabo mediante reacción en cadena de la polimerasa (RCP-SSP) con el fin de identificar un perfil genético similar en los casos con trastornos tiroideos y miopatía inflamatoria.

**Resultados.** Nueve de 105 pacientes (8,5%), todos de sexo femenino, con una edad media (DE) al diagnóstico de 47,17 (16) años presentaron durante el seguimiento (7,1 [6,92] años) algún tipo de tras-

torno tiroideo. En 3 casos se detectó un hipertiroidismo autoinmune y en 6 un hipotiroidismo que se pudo filiar como autoinmune en 4 de los 6 casos. En los 3 pacientes que presentaron un hipertiroidismo autoinmune, la disfunción tiroidea se siguió de una exacerbación o brote clínico-biológico de su miopatía inflamatoria -dermatomiositis- a pesar del tratamiento antitiroideo convencional. La ecografía tiroidea mostró la existencia de tiroiditis difusa en 3 casos, quistes coloides en uno, bocio multinodular en dos casos, siendo normal en el resto de pacientes. En ningún caso se detectó carcinoma de tiroides. El estudio del sistema HLA no reveló la presencia de alelos característicos en estos pacientes, siendo similar al observado en los pacientes con miopatía inflamatoria sin trastorno tiroideo.

**Discusión.** La prevalencia de disfunción tiroidea en la población general es del 2,74%. Los trastornos autoinmunes del tiroides son frecuentes, especialmente en las mujeres y se han descrito asociados a otras enfermedades autoinmunes como el síndrome de Sjögren, el lupus, la artritis reumatoide o la vasculitis de células gigantes. Su asociación a las miopatías inflamatorias, que forman parte del grupo de enfermedades sistémicas autoinmunes, tiene una especial relevancia, ya que es bien conocido el efecto que la disfunción tiroidea ejerce sobre la musculatura estriada. Por tanto la coexistencia de ambas entidades en un porcentaje no despreciable de casos (8,5%) puede inducir a error diagnóstico si no se tiene en cuenta esta posibilidad. Una respuesta parcial o incompleta al tratamiento inmunosupresor y la aparición de un nuevo brote de actividad de la miopatía inflamatoria, especialmente en el caso del hipertiroidismo autoinmune, son aspectos que deben tenerse en cuenta y que obligan a descartar la coexistencia de una disfunción tiroidea en estos pacientes.

**Conclusiones.** La presencia de tiroidopatías es frecuente en los pacientes con miopatías inflamatorias. Es recomendable la determinación de un perfil tiroideo en los pacientes que presentan un nuevo brote de actividad o en aquellos con un componente refractario al tratamiento inmunodepresor convencional.

#### IF-6 SARCROIDOSIS. ANÁLISIS DE UNA SERIE DE 95 CASOS DE UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL

R. González León<sup>1</sup>, R. Garrido Rasco<sup>1</sup>, F. García Hernández<sup>1</sup>, C. Ocaña Medina<sup>1</sup>, R. Colorado Bonilla<sup>1</sup>, J. Martín Juan<sup>2</sup>, E. Rodríguez Becerra<sup>2</sup> y J. Sánchez Román<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Med. Int. (Colagenosis e Hipertensión Pulmonar). H.U. Virgen del Rocío. Sevilla. <sup>2</sup>Neumología. H.U. Virgen del Rocío. Sevilla.

**Objetivos.** Valorar las características clínicas, radiológicas, analíticas y evolutivas de una serie de 95 pacientes con sarcoidosis confirmada.

**Material y métodos.** Criterios diagnósticos: 1). Cuadro clínico-radiológico compatible. 2). Anatomía patológica compatible. 3). Exclusión de otros procesos granulomatosos. 4) Evolución clínica compatible. 5). Carácter sistémico (se excluyen casos de "sarcoidosis de órgano aislado" considerados como "enfermedad granulomatosa de significado incierto"). Los pacientes con una sospecha clínica o radiológica se sometieron a un estudio protocolizado con biopsia dirigida al órgano afecto más accesible.

**Resultados.** Edad media, en momento del diagnóstico, 41,8 años (D.S. 14). Proporción varón/hembra: 1/1,9. Patología asociada: tiroidea (6 casos); P.T.I y psoriasis (2 casos); artritis reumatoide, esclerosis sistémica, nefropatía IgA, polimiositis, colangitis esclerosante, cirrosis hepática e inmunodeficiencia común variable (1 caso). Inicio: agudo (66%); silente (34%). Sintomatología de comienzo más frecuente: cutánea (28%), pulmonar (23%), articular (12%), general (11%) y ganglionar (11%). En 10% se trató de un hallazgo radiológico. Manifestaciones en el curso de la enfermedad: cutáneas (45%; eritema nodoso, 27%), articulares (57%), musculares (31%), oculares (23%), neuro-psiquiátricas (20%; pares craneales, 9%); intratorácicas (100%: adenopatías, 91%; patrón intersticial, 57%; nódulos, 44%; afectación pleural, 5%). Otras manifestaciones viscerales: hepatopatía (42%), esplenomegalia (28%), adenopatías extratorácicas (27%), nefropatía (14%), síndrome seco (7%). Clasificación según estadio radiológico: I, 40%; II, 50%; III, 5%; IV, 4%. Observamos una estrecha relación entre mayor deterioro funcional respiratorio, menor frecuencia de inicio agudo y peor curso evolutivo cuanto más grave (III-IV) era el estadio radiológico. La gammagrafía pulmonar fue positiva

en 86% de los casos en que se realizó (captación parenquimatosa en 72%, signos "lambda" en 78 y "panda" en 22% de los positivos). De 123 biopsias fueron positivas 81%. El lavado broncoalveolar (LBA) fue demostrativo en 91% de los casos estudiados. Las alteraciones analíticas más importantes fueron: linfopenia (64%), hiper-gammaglobulinemia (23%), hipercalcemia (15%), hipercalcemia (55%), incremento de ECA (86%: mayor en pacientes con estadio pulmonar avanzado, inicio silente y curso crónico; de escaso valor como marcador de actividad-gravedad en paciente aislado). El curso de la enfermedad fue muy favorable en 72%, tendente a la cronicidad en 19% y desfavorable en 7%: Especialmente benigno (con escasa necesidad de tratamiento esteroideo) en las formas poco agresivas (estadios I-II) al contrario de lo observado en los estadios avanzados (III-IV).

**Discusión.** La enfermedad es más frecuente en mujeres adultas jóvenes. Se comprobó participación intratorácica en el 100% de los casos. La presencia de patología autoinmune asociada fue muy elevada. Observamos una alta frecuencia (con respecto a lo publicado) de manifestaciones cutáneas, neurológicas, osteo-musculares y renales. Especialmente frecuente fue la afectación tiroidea. El rendimiento del LBA y de la gammagrafía, como complemento de la biopsia, fue muy elevado. Observamos también una alta frecuencia de hipercalcemia y, especialmente, de hipercalcemia. Predominan las formas de inicio agudo de la enfermedad y los estadios "bajos" de afectación pulmonar. El curso clínico fue generalmente benigno, especialmente en los estadios I y II, con escasa necesidad de tratamiento esteroideo. **Conclusiones.** Los pacientes de nuestra serie presentan características epidemiológicas y evolutivas semejantes a las de otras series publicadas pero se observa una alta frecuencia de patología concomitante y de ciertas manifestaciones clínicas como las cutáneas, neurológicas, osteo-musculares, renales y, especialmente, tiroideas.

#### IF-7 EFECTIVIDAD DE EZETIMIBE EN LA PRÁCTICA CLÍNICA HABITUAL. EFECTO SOBRE EL PERFIL LIPÍDICO

E. González Sarmiento<sup>1</sup>, J. Zurro Hernández<sup>2</sup>, I. Fernández Galante<sup>1</sup> y A. Villar Bonet<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Medicina Interna, <sup>2</sup>Endocrinología. Hospital Clínico Universitario. Valladolid.

**Objetivos.** Evaluar la efectividad de Ezetimibe en la práctica clínica habitual. Evaluar su efecto sobre las enzimas hepáticas y musculares, parámetros lipídicos y factores de riesgo.

**Material y métodos.** Estudio descriptivo, prospectivo en el que se estudiaron 50 pacientes hipercolesterolémicos consecutivos (62% con DM2), seguidos en la consulta de Endocrinología que mantenían cifras elevadas de LDL a pesar del tratamiento previo con estatinas. Se dispone de un perfil lipídico anterior y otro posterior a los 4-6 semanas de la administración de Ezetimibe.

**Resultados.** La edad de la muestra es inferior a 65 años. El 54,5% de los pacientes son hombres. La distribución de estatinas es: el 62% toman Atorvastatina, el 30% Fluvastatina y el 8% Simvastatina. En relación a los parámetros lipídicos tras la coadministración con Ezetimibe 10 mg durante 4-6 semanas, se obtuvo una reducción del Col-LDL del 37,8% (p < 0,001), un 31% del colesterol total (p < 0,001) y un 24,3% de los triglicéridos (p = 0,002) y un aumento del Col-HDL de un 3,2%. Con respecto a otras variables se aprecia una reducción significativa en los niveles plasmáticos de Homocisteína (p < 0,001) Ferritina (p < 0,01) e Insulina (p < 0,01). No modificó significativamente los niveles de enzimas hepáticas ni musculares.

**Discusión.** La coadministración de Ezetimibe se acompañó de reducciones significativas sobre el colesterol total, Col LDL y triglicéridos. De forma novedosa se observó que el tratamiento con Ezetimibe se acompañaba de una reducción significativa de los niveles plasmáticos de homocisteína, ferritina e insulina. Es un hallazgo tan interesante y novedoso que, de ser confirmada en estudios controlados y realizados en un mayor número de pacientes, podría aportar nuevas y adicionales perspectivas sobre los beneficios del tratamiento con Ezetimibe.

**Conclusiones.** La coadministración de Ezetimibe y estatina, es una estrategia terapéutica que inhibe a la vez la absorción intestinal del colesterol y su síntesis hepática, mejora de forma marcada y significativa el perfil lipídico en pacientes con hipercolesterolemia en la práctica clínica habitual, sin efectos deletéreos sobre parámetros



Tabla 1. Modificación de parámetros analíticos (IF-7).

	Pre-EZE	Post-EZE	Cambio absoluto	Valor p
C-total (mg/dl)	304,8	199,3	-105,5	< 0,001
HDL (mg/dl)	55,6	57,5	+1,9	0,3
LDL (mg/dl)	209,2	125,1	-84,1	< 0,001
TRIG (mg/dl)	159,1	120,5	-38,6	0,002
GOT (U/l)	28,6	28,6	0	0,93
GPT (U/l)	37	36	-1,0	0,48
CPK	138,8	109,1	-32,7	0,1
Homocist	12,08	9,93	-2,15	< 0,001
Insulina (&#956;U/ml)	7,9	6,9	-1,0	0,010
Ferritina (mg/dl)	117,2	107,1	-10,1	0,016

hepáticos o musculares y podría acompañarse de efectos beneficios adicionales sobre los niveles plasmáticos de homocisteína, ferritina e insulina.

**IF-8**

**RITUXIMAB EN EL TRATAMIENTO DE VASCULITIS ASOCIADAS A ANCA**

**J. Callejas Rubio<sup>1</sup>, L. López Pérez<sup>1</sup>, A. Navas Parejo<sup>2</sup>, R. Ríos Fernández<sup>1</sup>, D. Sánchez Cano<sup>1</sup>, F. Navarro Pelayo<sup>1</sup> y N. Ortego Centeno<sup>1</sup>**

<sup>1</sup>Unidad Enfermedades Sistémicas, <sup>2</sup>Servicio de Nefrología. H. Clínico San Cecilio. Granada.

**Objetivos.** Rituximab, un anticuerpo monoclonal quimérico anti CD20, se ha demostrado eficaz en el tratamiento de diversas enfermedades autoinmunes. Hemos estudiado de forma prospectiva los efectos de rituximab en pacientes con vasculitis asociadas a anticuerpos anticitoplasma de neutrófilo (ANCA) refractaria a tratamiento convencional o en recaídas.

**Material y métodos.** 5 pacientes, 3 con Granulomatosis de Wegener (GW) y 2 con poliangeitis microscópica (PAM). Medimos la actividad de la vasculitis mediante escala BVAS (Birmingham Vasculitis Activity Score). La determinación y titulación de los ANCA se realizó por inmunofluorescencia indirecta. El tratamiento consistió en la administración intravenosa de rituximab a dosis de 375 mg/m<sup>2</sup>/semanal durante 4 semanas consecutivas.

**Resultados.** Las características clínicas y los tratamientos previos recibidos se muestran en la tabla 1. Observamos 3 respuestas completas, una respuesta parcial y una ausencia de respuesta. El título de ANCA disminuyó de forma significativa en la mayoría de los casos. No observamos efectos secundarios relacionados con la infusión. No hemos observado procesos infecciosos durante el seguimiento.

**Discusión.** Rituximab es un tratamiento efectivo y bien tolerado en pacientes con vasculitis asociadas a ANCA.

**IF-9**

**AUMENTO DE TPS (ANTÍGENO POLIPEPTÍDICO TISULAR ESPECÍFICO) URINARIO EN ALCOHÓLICOS**

**P. Barros Alcalde<sup>1</sup>, A. González-Quintela<sup>1</sup> y L. Fernando Pérez<sup>2</sup>**

<sup>1</sup>Medicina Interna, <sup>2</sup>Análisis Clínicos. Hospital Clínico Universitario. Santiago de Compostela, A Coruña.

**Objetivos.** El TPS es un fragmento de citoqueratina 18 que se emplea de manera rutinaria como marcador sérico para el diagnós-

tico, pronóstico y seguimiento de diversas neoplasias epiteliales como el hepatocarcinoma, aunque sus valores pueden encontrarse elevados en enfermedades hepáticas no neoplásicas como la cirrosis por virus de la hepatitis B o C y particularmente la hepatitis alcohólica. Sin embargo, el TPS urinario también se ha empleado como marcador tumoral para la detección y el seguimiento de neoplasias de las vías urinarias como el carcinoma de células transicionales de vejiga. El objetivo del presente estudio fue investigar la posible elevación del TPS urinario en pacientes alcohólicos.

**Material y métodos.** Diseñamos un estudio de prevalencia (de pruebas diagnósticas) en el que dividimos a los sujetos en dos grupos. Se incluyeron en el primer grupo 24 sujetos con una mediana de edad de 49 años. La mediana de consumo de alcohol durante el último mes era 100 g/día estimada mediante el sistema de unidades de bebida estándar; todos ellos habían sido ingresados en Medicina Interna del Hospital Clínico Universitario de Santiago entre los meses de Marzo y Mayo del año 2005 por alguna patología relacionada con el consumo de alcohol; fueron excluidos aquellos con existencia de neoplasia conocida, sondaje urinario en el mes previo o infección urinaria actual o reciente. Todas estas últimas se han descrito previamente como causas potenciales de elevación de las cifras de TPS urinario. Se incluyeron en el segundo grupo 15 voluntarios sanos con una mediana de edad de 40 años y los mismos criterios de exclusión. La ingesta habitual semanal de alcohol en estos sujetos era inferior a 70 g; todos manifestaron previamente su conformidad mediante el consentimiento informado. La determinación del TPS sérico y urinario se realizó mediante EIA, siendo el nivel normal superior de TPS sérico con esta técnica de 80 U/L. Para evitar los cambios espurios secundarios a la mayor o menor concentración urinaria, variable de forma fisiológica, los niveles de TPS urinario se evaluaron también en relación a la cifra de creatinina urinaria. Asimismo se realizaron pruebas rutinarias de funcionalismo hepático en suero como AST, ALT, GGT, bilirrubina, albúmina e índice de protrombina.

**Resultados.** Los niveles de TPS sérico se encontraron significativamente aumentados en los pacientes alcohólicos en comparación con los sujetos sanos; observamos además que un 79% de alcohólicos presentaba niveles séricos elevados (> 80 U/L) frente a ninguno de los controles sanos. Un 21% presentaban niveles de TPS sérico por encima de 1000 U/L. Los niveles de TPS urinario se encontraron significativamente aumentados en los pacientes alcohólicos en comparación con los sujetos sanos respectivamente. Entre los pacientes alcohólicos, un 96% presentaban niveles de TPS urinario mayores de 42 U/L, un 92% presentaban niveles mayores de 100 U/L y un 46% presentaban niveles mayores de 279 U/L. La relación TPS urinario/creatinina urinaria también se encontró aumentada en los pacientes alcohólicos en comparación con los sujetos sanos.

Tabla 1. Características demográficas, manifestaciones clínicas y tratamientos recibidos (IF-8).

Edad	Sexo	Diagnóstico	Tratamientos previos
63	Hombre	GW con afectación ORL y pulmonar	PD, CYC iv, CYC o, MTX, etanercept
36	Mujer	GW con afectación SNC	PD, MTX
26	Mujer	PAM son síndrome renopulmonar	PD, CYC iv, CYC o, AZA, MTX, MMF
38	Hombre	GW con afectación endobronquial	PD, MYX, CYC iv
66	Hombre	PAM con síndrome renopulmonar y SNP	PD, CYC o

**Discusión.** Confirmamos estudios previos que demuestran que el TPS sérico se encuentra elevado en alcohólicos. Además demostramos, por primera vez, que el TPS urinario también se encuentra elevado en alcohólicos respecto a los controles sanos y que dicha elevación está presente tanto en términos absolutos como en relación a la creatinina urinaria, por lo que no parece debida a un simple fenómeno de diferente concentración urinaria. Dados los criterios de exclusión la elevación del TPS urinario no parece debida a otro factor de confusión asociado con el alcoholismo o con el ingreso hospitalario. Por ello, el alcoholismo parece una limitación importante para la especificidad del TPS urinario en la detección de carcinoma de células uroteliales.

**Conclusiones.** El TPS urinario se encuentra marcadamente elevado en pacientes alcohólicos. Su uso como marcador tumoral en este tipo de pacientes puede estar seriamente limitado.

#### IF-10 ATORVASTATINA EN EL TRATAMIENTO DE LA DISLIPEMIA ASOCIADA A ENFERMEDAD AUTOINMUNE SISTÉMICA: EFECTOS SOBRE EL METABOLISMO LIPÍDICO Y LOS MARCADORES INMUNOLÓGICOS

**M. Ramos-Casals, A. Vargas, J. Plaza, G. Delgado,**

**P. Brito-Zerón, D. Galiana, M. Tasia y J. Font**

*Servicio de Enfermedades Autoinmunes. Hospital Clinic. Barcelona.*

**Objetivos.** Determinar la respuesta del tratamiento con atorvastatina en una cohorte de pacientes con enfermedades autoinmunes sistémicas e hipercolesterolemia asociada.

**Material y métodos.** Se incluyeron 61 pacientes con enfermedades autoinmunes sistémicas visitados consecutivamente entre enero del 2004 y diciembre del 2005 en el Servicio de Enfermedades Autoinmunes Sistémicas del Hospital Clinic de Barcelona. En todos ellos se inició tratamiento con 20 mg diarios de atorvastatina tras detectarse niveles séricos de colesterol total superiores a 250 mg/dL. A todos los pacientes se les realizó determinación del perfil lipídico (colesterol total, colesterol LDL, colesterol HDL y triglicéridos), velocidad de sedimentación globular, recuento de leucocitos y plaquetas, proteína C reactiva, ANA y niveles de complemento (C3, C4, CH50).

**Resultados.** No observamos efectos adversos atribuibles al fármaco en ninguno de los pacientes tratados con atorvastatina, ni desencadenamiento de brote o agudización de su enfermedad autoinmune. Hasta la fecha se ha completado el seguimiento prospectivo de 37 pacientes tras 6 meses de tratamiento. Hemos observado una disminución estadísticamente significativa de los niveles de colesterol total (279,39 mg/dL vs. 209,44 mg/dL,  $p = 0,0001$ ), colesterol LDL (186,43 vs. 98,71 mg/dL,  $p = 0,007$ ) y triglicéridos (161,67 mg/dL vs. 127,81 mg/dL,  $p = 0,012$ ). Observamos también un descenso en los valores medios de la proteína C reactiva, aunque sin alcanzar diferencias estadísticamente significativas (0,525 mg/DL vs 0,375 mg/dL,  $p = 0,160$ ). Tras 6 meses de tratamiento, se observó además la mejoría en los niveles de complemento, especialmente respecto a los niveles séricos de C4 que aumentaron significativamente respecto a los observados antes de iniciar el tratamiento con atorvastatina (0,130 vs. 0,171,  $p = 0,013$ ).

**Conclusiones.** La atorvastatina es un fármaco eficaz y seguro en el tratamiento de la dislipidemia asociada a enfermedades autoinmunes sistémicas, con el que hemos conseguido un descenso medio en la cifra de colesterol total de 70 mg/dL. Su utilización se asocia además a la mejoría de parámetros inflamatorios como la proteína C reactiva o inmunológicos como la hipocomplementemia.

#### IF-11 PSEUDOMIXOMA PERITONEAL: DESCRIPCIÓN CLÍNICO PATOLÓGICA DE OCHO CASOS

**B. Monge Maillo<sup>1</sup>, A. Trueba Vicente<sup>1</sup>, E. Fernández Cofrades<sup>1</sup>, D. Sánchez Mateos<sup>1</sup>, F. Norman<sup>1</sup>, M. Mialdea García de Enterría<sup>1</sup>, P. Priego<sup>2</sup> y J. Calleja López<sup>1</sup>**

<sup>1</sup>Medicina Interna, <sup>2</sup>Cirugía General Y Digestivo. Ramón y Cajal. Madrid.

**Objetivos.** El pseudomixoma peritoneal (PMP) es una entidad clínica rara que se caracteriza por la ocupación de la cavidad peritoneal por

grandes colecciones de contenido mucinoso y ascitis que envuelve la superficie peritoneal y el omento. Es una enfermedad poco frecuente, con una incidencia de aproximadamente 2 casos por cada 10000 laparotomías. Nuestros objetivos son: 1). Realizar una revisión de casos de Pseudomixoma peritoneal presentados en nuestro medio Hospitalario (2000-2006). 2). Exponer los hallazgos de la TAC del PMP. 3). Discutir las controversias sobre su origen y organodependencia. 4). Valorar el papel de la cirugía y quimioterapia intraoperatoria.

**Material y métodos.** 1). Serie de ocho casos clínicos registrados en nuestro medio hospitalario en período 2000-2006: presentación clínica, localización y características anatomopatológicas 2). Hallazgos de la TAC que sugieren un diagnóstico preoperatorio de PMP. 3). Manejo terapéutico y evolución clínica.

**Resultados.** De la población estudiada: 1) El 87,5% eran mujeres. 2) La edad media de presentación 70,3 años. 3) El modo de presentación clínica más frecuente fue, aumento de perímetro abdominal (50% de los casos) y dolor abdominal (50%). Un 62,5% de los pacientes presentaban también cuadro constitucional. 4) En un 37,5% (3 casos) existía afectación sincrónica ovárica y apendicular. En dos casos el origen era ovárico. Origen apendicular en otros dos casos. Tumor de dependencia intestinal, sin determinar, en uno de los casos. 5) La anatomía patológica determinó cistoadenoma mucinoso en todos los casos excepto en uno, que resultó cistoadenoma mucinoso borderline. 6) Radiológicamente los resultados de la TAC fueron: En 5 casos evidencia de masas de aspecto quístico complejas. En dos casos presencia de ascitis heterogénea. Imágenes características de indentaciones hepáticas, en uno de los casos. En cuatro casos el informe radiológico describía los hallazgos como presencia de "carcinomatosis" peritoneal. 7) Se discuten los tratamientos administrados, las complicaciones precoces y tardías, así como la supervivencia.

**Discusión.** Tras las primeras descripciones del PMP surgió el debate sobre su origen. La mayoría describen la existencia de un tumor primario, un cistoadenoma o cistoadenocarcinoma a nivel de ovario o de apéndice cecal. Existen casos en relación con tumores de colon, endometrio, páncreas, vía biliar, mama y tumores del uraco. Han sido descritos tumores sincrónicos ovárico-apendiculares. Un gran número de autores defienden que la gran mayoría de estos pseudomixomas peritoneales tienen su origen en tumores apendiculares, siendo la afectación ovárica debida a extensión desde el apéndice. Esta teoría parece estar apoyada por hallazgos inmunohistoquímicos recientes.

**Conclusiones.** 1) La población estudiada se ajusta al perfil descrito en la bibliografía, donde el PMP se presenta con predominio en sexo femenino (2-3: 1), siendo la distensión abdominal el modo más habitual de comienzo. Curiosamente la literatura presenta como localización más frecuente la ovárica (45%) seguida de apendicular (29%) y en menor porcentaje, concomitante (ovario y apéndice), datos no reflejados en nuestra población donde la presentación sincrónica es la más frecuente. 2) Reseñar la importancia de la inmunohistoquímica aplicada al estudio anatomopatológico del PMP y que en nuestra población, sólo fue realizada en uno de los casos. 3) Los hallazgos de la TAC pueden ser altamente sugestivos de PMP y por tanto ser diagnósticos de un modo preoperatorio. 4) En el momento actual se debe destacar la importancia de una cirugía agresiva más quimioterapia intraoperatoria para el incremento en la supervivencia.

#### IF-12 CARACTERÍSTICAS HISTOLÓGICAS DE LAS LESIONES VASCULARES EN LA HIPERTENSIÓN ARTERIAL PULMONAR ASOCIADA A ENFERMEDADES AUTOINMUNES SISTÉMICAS

**R. Garrido Rasco<sup>1</sup>, R. González León<sup>1</sup>, R. Cabrera Pérez<sup>2</sup>, C. Ocaña Medina<sup>1</sup>, F. García Hernández<sup>1</sup>, R. Colorado Bonilla<sup>1</sup>, A. Carranza Carranza<sup>2</sup> y J. Sánchez Román<sup>1</sup>**

<sup>1</sup>Med. Int., Unidad de Colagenosis e Hipertensión Pulmonar, <sup>2</sup>Anatomía Patológica. Hospital Universitario Virgen del Rocío. Sevilla.

**Objetivos.** Valorar las características histológicas de las lesiones vasculares pulmonares en pacientes con hipertensión arterial pulmonar (HAP) asociada a enfermedades sistémicas autoinmunes (EAS) y compararlas con las lesiones definidas en pacientes con HAP idiopática.

**Material y métodos.** Se estudió una serie de 81 pacientes afectos de HAP, de los que 28 (35%) tenían una forma asociada a EAS. Se hizo estudio histológico en 8 casos: mediante biopsia por toracotomía en 3 y por necropsia en 6. Siete fueron diagnosticados de HAP según protocolo de nuestra Unidad (valoración clínica, radiología, electrocardiografía, ecocardiografía-Doppler y cateterismo derecho), y uno más mediante necropsia. El diagnóstico de EAS se estableció según los criterios internacionalmente admitidos en cada caso.

**Resultados.** La HAP se asoció a esclerosis sistémica (ES) en 13 casos (14,8% de la serie total), lupus eritematoso sistémico (LES) en 10 (12,3%), artritis reumatoide (AR), dermatopolimiositis (DM/PM) y síndrome de Sjögren (SS) en 2 casos (2,5%; un SS era secundario a LES) respectivamente por cada entidad. Un paciente con enfermedad mixta del tejido conectivo (EMTC) sin HAP conocida se diagnosticó por los hallazgos de necropsia. Entre los 8 pacientes con estudio histológico, los diagnósticos fueron: LES en 3 casos (50%), ES en 2 (37,5%) y DM, EMTC y conectivopatía de superposición LES/PM en un caso (12,5%), respectivamente. Siete pacientes eran mujeres (87,5%). Los hallazgos histológicos más significativos fueron: hipertrofia de la capa muscular (5 pacientes, 63%); hipertrofia de la íntima (4 pacientes, 50%); trombosis recanalizada de pequeño vaso (3 pacientes, 36%); lesiones plexiformes (2 pacientes, 25%); trombos plaquetarios (1 paciente, 12,5%); hemangiomatosis capilar pulmonar (1 paciente; 12,5%); y componente de fibrosis pulmonar intersticial asociada (1 paciente, 12,5%). En todos los estudios necrópsicos se comprobó la existencia de hipertrofia intensa de ventrículo derecho. En ninguno de los pacientes se observó la presencia de un componente inflamatorio intersticio-alveolar ni vascular.

**Discusión.** Determinadas EAS (especialmente ES, pero también LES y DM/PM) se asocian al desarrollo de HAP con una frecuencia superior a la observada en la población general. Es de sumo interés la vigilancia periódica de estos pacientes, para un diagnóstico y tratamiento lo más precoz posible. Los algoritmos diagnósticos para la HAP, admitidos internacionalmente, no incluyen la realización rutinaria de biopsia pulmonar, pero sí la indican en determinadas circunstancias, entre ellas descartar o confirmar la existencia de un componente de vasculitis. Por otra parte, es un tema muy debatido la inclusión o no de medicación inmunosupresora en el tratamiento de los pacientes con HAP asociada a EAS. En nuestra experiencia, las características histológicas de las lesiones presentes en los pacientes con HAP asociada a EAS (independientemente de cuál de ellas) son absolutamente superponibles a las observadas en pacientes con HAP idiopática. No hemos encontrado coexistencia de lesiones inflamatorias intersticio-alveolares ni vasculares en ningún caso.

**Conclusiones.** En los pacientes con HAP asociada a EAS: 1) Las lesiones observadas son superponibles a las de pacientes con HAP idiopática. 2) No observamos alteraciones inflamatorias concomitantes. 3) La HAP, por sí misma, no es motivo para tratamiento inmunosupresor. 4) No consideramos indicada la realización de biopsia pulmonar.

**IF-13  
ESTUDIO CLÍNICO-EPIDEMIOLÓGICO DE LAS TUMORACIONES ORBITARIAS ATENDIDAS EN UNA CONSULTA DE ENFERMEDADES AUTOINMUNES SISTÉMICAS**

**R. Ríos Fernández, J. Callejas Rubio, D. Sánchez Cano, F. Navarro Pelayo y N. Ortego Centeno**

*Medicina Interna. Unidad de Enfermedades Sistémicas. Hospital Universitario de San Cecilio. Granada.*

**Objetivos.** Las tumoración orbitaria puede presentarse de forma idiopática, constituyendo el denominado síndrome de inflamación orbitaria idiopática (SIOI) o como consecuencia de diferentes patologías y es una causa poco frecuente de interconsulta a los Servicios de Medicina Interna. Nuestro objetivo es describir las características clínico-epidemiológicas de los pacientes atendidos por tumoración orbitaria en una consulta de Enfermedades Autoinmunes Sistémicas.

**Material y métodos.** Se revisaron retrospectivamente las historias clínicas de los pacientes atendidos en nuestra Unidad en el período comprendido entre 1998 y 2006. Se analizaron las siguientes variables: sexo, edad, clínica, diagnóstico etiológico y tratamiento utilizado.

**Resultados.** Un total de 10 pacientes fueron atendidos como consecuencia de una tumoración orbitaria. Las principales características clínico-epidemiológicas se recogen en la tabla 1.

**Discusión.** La tumoración orbitaria es un raro motivo de interconsulta a un Servicio de Medicina Interna. No obstante, hasta en el 50% de nuestros casos pudo identificarse una etiología sistémica, fundamentalmente una vasculitis. La forma idiopática fue más frecuente en mujeres. Únicamente fue bilateral la asociada a enfermedad de Graves-Basedow. En cuanto al tratamiento, los corticoides aislados solo fueron efectivos en un caso, teniendo que recurrir en el resto a otros tratamientos inmunosupresores tales como metotrexate, azatioprina o ciclofosfamida.

**Conclusiones.** A pesar de su baja incidencia, la alta frecuencia de patología sistémica asociada hace que el papel del internista sea fundamental en el diagnóstico y tratamiento de las tumoraciones orbitarias.

**IF-14  
LUPUS ERITEMATOSO SISTÉMICO DE PRESENTACIÓN ATÍPICA**

**M. Bethencourt Feria<sup>1</sup>, F. Martín Hernández<sup>1</sup>, J. Romero Pérez<sup>1</sup>, M. Brito Cabrera<sup>2</sup>, M. Vélez Tobarias<sup>1</sup>, E. Rubio Roldán<sup>1</sup>, C. Rubio Rodríguez<sup>1</sup> y A. Torres Vega<sup>1</sup>**

<sup>1</sup>Medicina Interna. Hospital de La Candelaria. Santa Cruz de Tenerife, <sup>2</sup>Medicina Familiar y Com.. C.A.P. de Tacoronte. Santa Cruz de Tenerife.

**Material y métodos.** Presentamos tres casos de lupus eritematoso sistémico (LES) de presentación poco habitual.

**Resultados.** Paciente 1: mujer de 21 años que consulta por disnea de esfuerzos moderados de dos días de evolución. En la exploración destacaba derrame pleural bilateral y adenopatías laterocervicales y supraclaviculares. Con técnicas de imagen se descartó razonablemente el embolismo pulmonar. En la analítica presentaba anemia normocítica Coombs directo +, líquido pleural tipo exudado, ANA + 1/1280, Ac anti DNAs = 49,6 UI/ml, anticoagulante lúpico + y anticardiolipina negativo. Una PAAF de adenopatía cervical fue sospechosa de malignidad pero una biopsia posterior mostró hiperplasia folicular linfoide. Con tratamiento esteroideo mejoró progresivamente hasta desaparecer el derrame. Paciente 2: mujer de 32 años que consulta por síndrome constitucional de dos semanas de evolución, fiebre y adenopatías dolorosas generalizadas. Refería antigua adicción a drogas por vía parenteral. En la analítica destacaban ane-

Tabla 1. Principales características clínico-epidemiológicas (IF-13).

Nº	Sexo	Edad	Diagnóstico	Tratamiento
1	Hombre	23 años	SIOI	CTC+MTX
2	Mujer	25 años	SIOI	CTC+MTX
3	Hombre	36 años	Still	CTC+MTX
4	Mujer	37 años	Churg-Strauss	CTC+MTX
5	Mujer	39 años	SIOI	CTC+CF
6	Mujer	51 años	Churg-Strauss	CTC+CF+MTX
7	Hombre	61 años	PAN	CTC+MTX
8	Mujer	63 años	Graves	CTC+MTX
9	Mujer	64 años	Esclerosante	CTC+AZATIOPRINA
10	Mujer	79 años	SIOI	CTC

mia normocítica Coombs directo +, trombopenia, hipocomplementemia C4, ANA + 1/1280, Ac DNAds = 48 UI/ml, Ac anti cardiolipina IgG + y serología de citomegalovirus (CMV) positiva (IgG e IgM) con antigenemia negativa. Tras la sospecha inicial de mononucleosis infecciosa es tratada con prednisona ante la posibilidad de lupus, con buena evolución. Un año después persisten los ANA y Ac DNAds y ha presentado otras manifestaciones de lupus (aftas orales, fiebre y alopecia). Paciente 3: varón de 34 años, con pareja heterosexual ADVP aunque él niega consumo de drogas, que consulta por fiebre de hasta 39 °C, malestar general, pérdida de peso y dolor abdominal difuso. Presentaba adenopatías cervicales e inguinales blandas, malnutrición, hepatomegalia y fiebre de hasta 40 °C. La analítica mostró trombopenia (117.000/mm<sup>3</sup>), Coombs directo + e hipoprotrombinemia C4. Fue tratado con antibioterapia de amplio espectro y luego tuberculostáticos por falta de mejoría. A los pocos días empeoró la trombopenia (15.000/mm<sup>3</sup>), se detectaron esquistocitos en sangre periférica con elevación de la LDH y empeoró el estado general, recibiendo unos ANA + 1/1280. Ante la sospecha de síndrome hemolítico microangiopático fue tratado con corticoides y plasmaféresis con mejoría clínica y analítica. Sin embargo, a los pocos días presentó un abdomen agudo por lo que se practicó laparotomía exploradora que mostró escasa cantidad de líquido libre no purulento. Posteriormente se recibieron unos anticuerpos anti Sm y DNAds positivos a títulos altos. Continuó con tratamiento corticoideo hasta su alta permaneciendo bien hasta la fecha.

**Discusión.** El LES es una enfermedad inflamatoria sistémica de etiología desconocida que se caracteriza por la posibilidad de afectar a múltiples órganos. En su forma de comienzo más frecuente nos encontraríamos con una mujer joven con un cuadro insidioso de febrícula, artromialgias, lesiones cutáneas de predominio en zonas expuestas y alteraciones hematológicas del tipo de las citopenias. Sus manifestaciones son tan variadas que en ocasiones puede simular otros cuadros de naturaleza infecciosa o neoplásica. En el primero de los casos que presentamos su presentación como disnea, derrame pleural y adenopatías con citología aspirativa sospechosa de malignidad hizo sospechar un linfoma aunque luego el resto de los datos aclaró el diagnóstico. En el segundo y tercer caso, la presentación en pacientes con un contexto epidemiológico sospechoso sugirió la posibilidad de un proceso infeccioso del tipo del VIH o de la tuberculosis. Respecto a la infección por CMV, está descrito que este virus puede iniciar o exacerbar un brote de lupus en personas predispuestas. El tercer caso se presentó en forma de un síndrome hemolítico microangiopático, que está descrito tanto en el LES como en la infección por VIH.

**Conclusiones.** El LES es una enfermedad inflamatoria que puede mostrar un amplio abanico de formas de presentación y debe ser tenida en cuenta especialmente en cuadros febriles y poliadenopáticos.

#### IF-15

##### GRANULOMA DE LA LÍNEA MEDIA

**V. Manzano-Gamero, J. Vargas-Hitos, F. Jarilla-Fernández, C. Hidalgo-Tenorio, J. Sabio y J. Jiménez-Alonso**

Medicina Interna. Hospital Universitario Virgen de las Nieves. Granada.

**Objetivos.** Describir las características clínicas, diagnósticas y terapéuticas de 6 pacientes con granuloma de línea media (GLM) atendidos en una Unidad de Enfermedades Autoinmunes Sistémicas (UEAS).

**Material y métodos.** Estudio retrospectivo, descriptivo de 6 casos de GLM diagnosticados en la UEAS del Hospital Universitario "Virgen de las Nieves" de Granada (HUVNG). El diagnóstico de GLM se hizo mediante historia clínica, autoanticuerpos, TAC de senos paranasales y biopsia de las lesiones.

**Resultados.** Desde 1986 a 2006 se atendieron aprox. 500 pacientes con enfermedad sistémica en UEAS-HUVNG, 6 de ellos con GLM (1,2%). La edad media al diagnóstico fue 32 años (21-42 años), 5/6 (83%) mujeres. En cuanto a la etiología, 3/6 (50%) fueron enfermedad de Wegener localizada (EWL), 1/6 (16%) un GLM idiopático, 1/6 (16%) un síndrome Magic y 1/6 (16%) secundario al consumo de cocaína. El tiempo medio transcurrido desde el inicio de la sintomatología hasta el diagnóstico de la enfermedad fue de 1,5 años (1-2 años). Las manifestaciones clínicas al inicio fueron funda-

mentalmente: epistaxis 2/6 (33%), dificultad respiratoria alta 3/6 (50%), dolor facial o dental 4/6 (66%) y rinorrea 5/6 (83%). 5/6 (83%) pacientes recibieron prednisona 1mg/kg/día, añadiéndose en caso de vasculitis 4/6 (33%) tratamiento con (Ciclofosfamida o Metotrexato o Ciclosporina), 2/6 (33%) recibieron radioterapia local y 1/6 (16%) terapia biológica con anti-TNF $\alpha$ . La respuesta fue buena en 3/6 (2 con EWL y 1 consumidor de cocaína) con desaparición de lesiones tras tratamiento corticoideo e inmunosupresor o abandono del consumo de cocaína; en 2/6 (1 con EWL y 1 con GLM) se estabilizó la progresión de la enfermedad con radioterapia local. En el síndrome de Magic se obtuvo mala respuesta a pesar de tratamiento con corticoides, anti-TNF $\alpha$  e inmunosupresores, produciéndose destrucción de la pirámide nasal y del paladar blando.

**Discusión.** El granuloma de la línea media es una entidad infrecuente, que se caracteriza por una progresiva inflamación y destrucción de tejidos del tracto respiratorio superior, nariz, senos paranasales, paladar y cara. Existe una forma idiopática y otra secundaria a diversas enfermedades infecciosas, sistémicas y tumorales. En nuestra serie encontramos una prevalencia del 1,2%, manifestándose principalmente con rinorrea, dolor facial, dificultad respiratoria de vías altas y epistaxis y cuya etiología más frecuente en nuestro caso ha sido la enfermedad de Wegener localizada.

**Conclusiones.** La prevalencia de GLM encontrada en una Unidad de Enfermedades Sistémicas fue del 1,2%, con predominio femenino y tendencia a aparecer en edades tempranas. La etiología más prevalente fue la Enfermedad de Wegener localizada. Creemos que el consumo de cocaína debe ser descartado en estos pacientes.

#### IF-16

##### EDEMA ANGIOEURÓTICO: ANÁLISIS RETROSPECTIVO DE DIEZ CASOS

**J. Peña Somovilla<sup>1</sup>, B. Moreno de Gusmao<sup>2</sup>, L. Hurtado Carrillo<sup>1</sup>, M. Bonilla Hernández<sup>1</sup>, R. Daroca Pérez<sup>1</sup> y A. Orive Brea<sup>1</sup>**

<sup>1</sup>Medicina Interna, <sup>2</sup>Hematología. San Millán. Logroño, La Rioja.

**Objetivos.** Revisión de 10 casos diagnosticados en nuestra comunidad en los últimos 10 años. Dada la baja incidencia de enfermedad, analizaremos las formas de presentación, diagnóstico, tratamiento, complicaciones y seguimiento.

**Material y métodos.** Revisión retrospectiva de los pacientes diagnosticados de edema angioeurótico en nuestra comunidad autónoma durante los últimos 10 años.

**Resultados.** Presentamos el seguimiento de 10 casos diagnosticados en los últimos 10 años en nuestra comunidad autónoma, de edades comprendidas entre 8 y 79 años. En nuestra serie 60% son hombres. Los edemas en las extremidades son la forma de presentación más frecuente (70%), 50% de todos los pacientes presentaron dolor abdominal en algún momento, y el 10% compromiso de vía aérea. El tiempo transcurrido desde el inicio de los síntomas al diagnóstico es de 3 meses a 3 años. El 70% de los casos son hereditarios de tipo I y 30% tipo II. Se han tratado con tres fármacos: antifibrinolíticos, danazol y concentrados de inhibidor de la C1 esterasa. El 80% de los pacientes presentaron respuesta al Danazol. Un paciente no tuvo respuesta al danazol ni al ácido tranexámico y sigue tratamiento con concentrados de inhibidor de C1 esterasa. Un paciente rechazó el tratamiento farmacológico (ya que solo presenta síntomas dérmicos poco frecuentes). De los 8 pacientes tratados con Danazol, todos presentaron respuesta favorable, permitiendo reducción de la dosis a la mínima eficaz, no se observaron complicaciones ni efectos secundarios, salvo una ligera elevación de cifras de colesterol y transaminasas.

**Discusión.** El déficit de C1 inhibidor se define como episodios de angioedema debido a la activación incontrolada de la vía clásica del complemento. Es una enfermedad rara con una incidencia entre 1/10.000 y 1/50.000 habitantes. Puede ser hereditario o adquirido. En la forma hereditaria (AEH) se transmiten de forma autosómica dominante y existen dos variantes de presentación. El tipo I consiste en la disminución o ausencia de C1 inhibidor y se atribuye un 85% de los casos. En el tipo II el defecto radica en la funcionalidad, que no es capaz de inhibir la C1 esterasa de la vía clásica del complemento. En la forma adquirida (AEA) también hay dos tipos. El tipo

I asociada una enfermedad maligna de línea celular B y el tipo II existen autoanticuerpos frente a C1 inhibitor que impide su actividad. La presentación clínica más frecuente es la afectación del tejido subcutáneo con la presencia de edemas en extremidades, cara etc. que ocurrió en todos nuestros pacientes. En la mitad de ellos se acompañó de afectación abdominal con crisis de dolor abdominal, y la menos frecuente pero la más grave es la afectación de la vía aerea superior. El despistaje de la enfermedad se realiza con la determinación de C4, que está bajo en todas las formas de presentación del edema angioneurótico. En el tratamiento distinguiremos los ataques agudos que se tratan con la administración de concentrados de inhibidor de C1 esterasa (la decisión de tratar estos vendrá determinada por la localización y la gravedad clínica) y la profilaxis de los ataques a largo plazo, para lo que disponemos de antifibrinolíticos, danazol y C1 inhibitor, generalmente son bien tolerados y con escasos efectos secundarios y no se debe perseguir la normalización del complemento sino la mejoría clínica. Esta indicado iniciar el tratamiento farmacológico cuando el paciente presenta más de un ataque mensual o un único episodio de edema de glotis.

**Conclusiones.** El angioedema hereditario es una enfermedad rara, que puede ser grave y mortal, dada la afectación de vías aéreas. Existe un retraso en el diagnóstico, especialmente en los que presentan afectación cutánea, (siendo el retraso menor en los pacientes que presentan compromiso de vía aerea superior). Los tratamientos son eficaces con mínimas complicaciones y de poca relevancia con las dosis habituales. Ante un paciente con edemas inexplicables y de presentación súbita, no pruriginosa, se debería descartar la presencia de edema angioneurótico con la determinación de C4.

#### IF-17 HEPATITIS AGUDA COLESTÁSICA ASOCIADA A ESTATINAS

**M. Muñoz Sellart, I. de la Haba Vacas, S. Casas Rodríguez, R. Pujol Farriols, M. Arando Lasagabaster, L. Muñoz López, I. Pelegrín Senent y X. Pintó Sala**  
Medicina Interna. Hospital Universitari de Bellvitge, Barcelona.

**Objetivos.** Describir las características clínico-epidemiológicas de la hepatitis aguda colestásica asociada a tratamiento con estatinas.  
**Material y métodos.** Revisión de los casos de hepatitis aguda colestásica asociada a estatinas registrados en nuestro servicio y los descritos en la literatura internacional indexada (PubMed) desde 1986 hasta la fecha actual.

**Resultados.** Se identificaron 14 casos (9 varones y 5 mujeres) con una edad media de 60 años (límites 20 a 72 años). Los fármacos relacionados fueron la atorvastatina (7), la lovastatina (4), la pravastatina (2) y la cerivastatina (1). Ninguno de los pacientes presentaba hepatopatía previa conocida o hábitos tóxicos predisponentes. Las alteraciones analíticas fueron variables, siendo la más común la colestasis disociada con moderado aumento de las transaminasas. En todos los casos se realizó ecografía abdominal que fue normal o mostró esteatosis hepática leve moderada. En 3 casos se realizó colangiopancreatografía retrógrada endoscópica y en 2 casos colangiopancreatografía con resonancia magnética que fueron normales. La biopsia hepática se realizó en 6 casos, hallándose cambios anatomopatológicos compatibles con hepatopatía tóxica. Todos los casos evolucionaron a la resolución completa clínica y bioquímica tras la supresión de la estatina, con la única excepción de una discreta elevación persistente de la GGT en 2 pacientes. El tiempo transcurrido desde la retirada de la estatina hasta la normalización clínica y analítica fue de 2 a 8 semanas. El período entre el inicio de tratamiento con estatinas hasta el inicio de la clínica fue muy variable, comprendiendo entre 2 semanas y varios meses. En 2 casos se procedió a la reintroducción de la misma estatina tras el episodio de hepatitis colestásica, reapareciendo la sintomatología. 4 de los pacientes habían recibido previamente tratamiento con otras estatinas sin alteraciones hepáticas significativas. 3 pacientes recibieron posteriormente tratamiento con otra estatina sin objetivarse alteraciones clínicas o analíticas.

**Discusión.** La hepatitis aguda colestásica asociada al tratamiento con estatinas es rara, si tenemos en cuenta los pocos casos publicados en la literatura internacional. Se caracteriza por una elevación muy acusada de las cifras de GGT y fosfatasa alcalina. En la mitad

de los casos se observa un aumento moderado de la bilirrubina. En todos los casos se constata un aumento de las transaminasas, en general escaso o moderado. Su evolución natural es hacia la remisión clínica y bioquímica entre 2 y 8 semanas tras la interrupción de la estatina.

**Conclusiones.** En los casos revisados las estatinas se pueden considerar la causa de la hepatopatía por la relación temporal, los hallazgos histológicos compatibles (realizados en 6 de los casos), la ausencia de otras etiologías y la remisión tras la suspensión de la estatina. El mecanismo fisiopatológico no ha sido identificado. En 2 casos se ha postulado el mecanismo inmunológico. En el resto de casos este mecanismo es poco probable por la ausencia de fiebre, de rash y eosinofilia. Las alteraciones parecen responder a un mecanismo de idiosincrasia. La hepatotoxicidad NO parece ser clase dependiente. Encontramos pacientes expuestos, previa o posteriormente al episodio de hepatitis colestásica, a otras familias de estatinas sin evidencia de hepatotoxicidad. La evolución tras la suspensión del fármaco es buena. Todos los casos descritos tienden a autolimitarse tras la suspensión de la estatina. La normalización completa de las determinaciones analíticas comprende un período pocas semanas a partir de la suspensión del fármaco. Dentro de las alteraciones analíticas, la elevación de la GGT parece ser la más constante y de mayor magnitud. Se objetiva persistencia discreta de la elevación de GGT en dos de los casos descritos.

#### IF-18 AFECTACIÓN RENAL EN EL LUPUS ERITEMATOSO SISTÉMICO (LES). ESTUDIO DE 30 PACIENTES

**O. Díaz<sup>1</sup>, S. Ruiz<sup>1</sup>, M. López Dupla<sup>1</sup>, A. Martínez Vea<sup>1</sup>, A. Díaz<sup>1</sup>, R. Ramírez<sup>1</sup>, F. Vidal<sup>1</sup> y C. Richart<sup>1</sup>**

<sup>1</sup>Servicio de Medicina Interna, <sup>2</sup>Servicio de Nefrología. Hospital Universitario Joan XXIII, Tarragona.

**Objetivos.** Evaluar las manifestaciones clínicas, características inmunológicas e histopatológicas, así como el tratamiento recibido y evolución de pacientes diagnosticados de nefropatía lúpica.

**Material y métodos.** Estudio observacional retrospectivo. Pacientes diagnosticados en los servicios de Nefrología y Medicina Interna desde 1986 a 2005. El diagnóstico de nefropatía lúpica requirió la presencia de un sedimento urinario activo, proteinuria persistente superior a 0,5 g/día, con o sin la presencia de síndrome nefrótico y/o niveles de creatinina sérica elevada. Todos los pacientes tenían al menos 4 de los 11 criterios para el diagnóstico de LES revisados por el ACR en 1982 y se les había practicado biopsia renal.

**Resultados.** Se recogieron 30 pacientes (mujer/hombre: 6,5/1) con edad media al diagnóstico del LES y de la nefropatía lúpica de 28,2 ± 11 y 31,3 ± 12,3 años, respectivamente. La nefritis coincidió con el diagnóstico de LES en el 46% y fue después de 5 años en el 20%. Las manifestaciones renales más frecuentes fueron: proteinuria (100%), hematuria (80%), hipertensión arterial (33,3%), síndrome nefrótico (26,7%) e insuficiencia renal (16,7%). Las clases histológicas fueron: IV (36,7%), III (23,3%), II (13,3%), V (6,7%), IV-V (10%), III-V (6,7%) y II-V (3,3%). Presentaron las siguientes manifestaciones inmunológicas: ANA y anti-DNA positivos en el 100% de los casos, anti-RNP 63,3%, anti-Sm 50%, anti-Ro 40%, ACA-IgG 33,3% e IgM 13,3%, anti-La 13,3% y anticoagulante lúpico 11,1%. Los niveles de C3 fueron bajos más frecuentemente en el tipo IV (p < 0,05). El resto de datos inmunológicos no difirió entre los distintos tipos de nefropatía. Se observó una mayor tendencia para desarrollar síndrome nefrótico e insuficiencia renal en el tipo IV. Los pacientes con histología tipo IV de forma exclusiva o combinada con otros tipos recibieron inducción con bolus de ciclofosfamida (12/14 p), micofenolato mofetilo (1/14 p) o ciclofosfamida oral (1/14 p). El mantenimiento consistió en pauta de NIH (3 p), micofenolato mofetilo (4 p), ácido micofenólico (1 p), azatioprina (4 p) y ciclofosfamida oral (2 p). Todos recibieron tratamiento con esteroides, 4 de ellos en forma de bolus. La remisión renal a la terapia de inducción del tipo IV fue del 78,6% (50% remisión completa y 28,6% remisión parcial). Recidivaron 8 de estos pacientes y se asoció a insuficiencia renal previa. Al final del estudio 3 pacientes presentaban insuficiencia renal crónica terminal (1 precisó hemodiálisis, otro diálisis peritoneal y otro recibió un trasplante renal). Hubo un fallecimiento, secundario a choque séptico. Cuatro pacientes con nefritis tipo III precisaron

también tratamiento inmunosupresor. Un caso de tipo II progresó a IV y otro a III.

**Discusión.** La incidencia de afectación clínica renal en el LES a lo largo de su evolución varía entre el 30 y 70%. Las formas de presentación clínica son diversas y las categorías anatomopatológicas condicionan el pronóstico. Las dos terceras partes de los casos de nuestra serie presentaron de forma exclusiva o mixta nefropatía lúpica tipo IV o V, formas severas que requieren tratamiento más intensivo. Solo el 13,3% representó un tipo II puro. La respuesta terapéutica precoz en el tipo IV puro o mixto fue similar a la de la mayoría de las series. Se utilizó sobre todo la pauta europea de inducción con un tratamiento de mantenimiento con azatioprina o micofenolato. La incidencia de recidiva fue algo superior al 50% como en la mayoría de las series y se asoció a la presencia de insuficiencia renal en el primer episodio como también se ha descrito. Como en otros estudios, el diagnóstico de nefritis y LES en nuestra serie coincidió en la mayoría de los casos, aunque el 20%, menos que en otros trabajos, la presentó más de 5 años después. El pronóstico funcional y la mortalidad de la nefropatía tipo IV fueron similares a otras series.

**Conclusiones.** La mayoría de los casos de nefritis se manifestó en los primeros 5 años del diagnóstico del LES. El tipo de nefropatía lúpica más frecuente en nuestra serie fue el tipo IV. La hematuria, el síndrome nefrótico y la hipertensión arterial fueron las manifestaciones renales más frecuentes después de la proteinuria. La respuesta precoz al tratamiento y la recidiva en nuestra serie fueron similares a la de otras series.

#### IF-19 ESTUDIO DESCRIPTIVO DE LOS PACIENTES CON SÍNDROME DE SAPHO EN UN HOSPITAL COMARCAL

**E. Aznar Villacampa<sup>1</sup>, F. Ruiz Ruiz<sup>2</sup>, L. Murillo Jaso<sup>3</sup>, J. Domingo Morera<sup>4</sup>, C. Bueno Castello<sup>2</sup>, R. Grandez Ladrón de Guevara<sup>3</sup>, B. Vela Iglesia<sup>5</sup> y F. Escolar Castello<sup>6</sup>**

<sup>1</sup>Reumatología, <sup>2</sup>Medicina Interna, <sup>3</sup>Oncología, <sup>4</sup>Hematología, <sup>5</sup>Residente de Medicina Familiar y Comunitaria, <sup>6</sup>Jefe de Servicio de Medicina Interna. Hospital Reina Sofía. Tudela, Navarra.

**Objetivos.** El Síndrome de SAPHO (SSP) describe la asociación de manifestaciones musculoesqueléticas y dermatológicas con hallazgos clínicos, radiológicos e histológicos característicos según la clasificación de Schilling y Kessier. Las manifestaciones cutáneas pueden presentarse antes, a la vez o hasta varios años después de la afectación osteoarticular. **Objetivos:** Hacer un estudio descriptivo del SSP en nuestro hospital de Hospital de Tudela (Navarra) y describir las manifestaciones clínicas más frecuentes.

**Material y métodos.** Estudio descriptivo y retrospectivo de los 9 casos de SSP diagnosticados en nuestro hospital en el período que comprende desde 1986 hasta 2006. Se analizan características clínicas, demográficas, analíticas y de imagen.

**Resultados.** De los 9 casos diagnosticados, 6 eran hombres y 3 mujeres, de edades comprendidas entre 17 y 48 años, con una edad media de 33,8 años. La afectación cutánea fue el desorden clínico predominante en nuestros casos (58,3%) siendo el hallazgo más frecuente el acné (57,1%) y en segundo lugar la pustulosis palmo-planar (28,5%). En el 78% (7 casos) se afectaba el esqueleto axial y en el 56% (5 casos) referían dolor torácico anterior. Las manifestaciones sacroilíacas estaban presentes en el 33% (3 casos) y la afectación periférica exclusiva en el 22% (2 casos) El antígeno HLA-B27 fue positivo en 4 de los 9 pacientes (44%). La gammagrafía ósea evidenció aumento de captación en la pared anterior del tórax, sacroilíacas, esqueleto axial o en articulaciones periféricas en todos los casos. Todos los casos se trataron con antiinflamatorios no esteroideos, en 6 (66%) no fue suficiente para control de los síntomas, siendo preciso la administración de salazopirina y/o fármacos inmunosupresores como metotrexato y esteroides.

**Conclusiones.** En nuestro hospital la prevalencia es de pacientes varones, en la tercera década de la vida. Las manifestaciones clínicas más frecuentes han sido la afectación del esqueleto axial y como manifestación cutánea el acné. De los pacientes que presentaban el

antígeno HLA-B27 positivo, todos eran varones y el 75% presentaban signos radiológicos de sacroileitis. En todos los casos la gammagrafía ósea fue determinante.

#### IF-20 RECOMENDACIONES SOBRE EL USO DE TERAPIAS BIOLÓGICAS EN LAS ENFERMEDADES AUTOINMUNES SISTÉMICAS: BASES PRELIMINARES. GRUPO DE TRABAJO SOBRE TERAPIAS BIOLÓGICAS (BIOGEAS)

**M. Ramos-Casals<sup>1</sup>, J. Sánchez-Roman<sup>2</sup>, A. Selva-O'Callaghan<sup>3</sup>, A. Colodro<sup>4</sup>, F. Medrano<sup>5</sup>, M. Mico<sup>6</sup>, L. Pallares<sup>7</sup> y J. Font<sup>1</sup>**

<sup>1</sup>Servicio de Enfermedades Autoinmunes. Hospital Clinic, Barcelona. <sup>2</sup>Unidad de Colagenosis, Servicio de Medicina Interna. Hospital Virgen del Rocío, Sevilla. <sup>3</sup>Servicio de Medicina Interna. Hospital Vall d'Hebron, Barcelona. <sup>4</sup>Servicio de Medicina Interna. Complejo Hospitalario de Jaen, Jaen. <sup>5</sup>Servicio de Medicina Interna. Hospital Universitario de Albacete, Albacete. <sup>6</sup>Servicio de Medicina Interna. Hospital La Fe, Valencia. <sup>7</sup>Servicio de Medicina Interna. Hospital Son Dureta. Palma de Mallorca, Mallorca.

**Objetivos.** El uso de las terapias biológicas se ha extendido en los últimos años de las enfermedades reumatológicas al campo de las enfermedades autoinmunes sistémicas (EAS). Debido a que la utilización de las terapias biológicas en las EAS está actualmente fuera de las indicaciones aprobadas por las agencias internacionales, es necesaria la realización de un documento de consenso que establezca unas recomendaciones para el uso racional de estas terapias.

**Material y métodos.** Se analizó la evidencia existente respecto a la utilización de los fármacos biológicos actualmente comercializados en pacientes adultos con EAS. Fueron seleccionados aquellos trabajos originales (no revisiones) publicados hasta marzo de 2006 en revistas indexadas que incluían pacientes adultos (edad > 18 años) y que debían contener la información mínima requerida para evaluar la respuesta terapéutica. Se analizaron un total de 22 EAS y cinco fármacos biológicos (infliximab, etanercept, adalimumab, anakinra y rituximab).

**Resultados.** Se han analizado 182 publicaciones que incluían un total de 921 pacientes (372 recibieron infliximab, 346 etanercept, 196 rituximab, 5 anakinra y 2 adalimumab). Los fármacos empleados en un mayor número de EAS fueron el infliximab y el rituximab (utilizados en 16 de las 22 EAS analizadas) seguidos del etanercept (utilizado en 10 EAS). El mejor porcentaje de respuesta global se obtuvo con el tratamiento con rituximab (88%), seguido de infliximab (59%) y etanercept (20%). Los mejores resultados (respuesta terapéutica > 50% de los casos) se obtuvieron para el uso de infliximab en Wegener, PAM, Behçet y Still, rituximab en LES, Sjögren, Wegener y crioglobulinemia y etanercept en Behçet y Still. Existen buenos resultados, aunque basados en casos aislados, para el uso de infliximab en PAN, arteritis de Horton, policondritis y miopatías inflamatorias, y para el uso de rituximab en Churg-Strauss, PAM, SAF y miopatías inflamatorias. La evidencia obtenida de los estudios publicados hasta la fecha desaconseja la utilización (por respuesta insuficiente o exceso de efectos secundarios) de infliximab para el tratamiento del LES, Sjögren y sarcoidosis y de etanercept para Sjögren, sarcoidosis y Wegener. No existen datos suficientes para valorar la utilidad de adalimumab y anakinra en las EAS.

**Conclusiones.** Los datos disponibles en la actualidad ofrecen resultados prometedores en la utilización de terapias biológicas en pacientes con EAS refractarios a tratamiento convencional. Los mejores resultados para los fármacos anti-TNF se obtuvieron en las enfermedades de Behçet y Still y en algunas vasculitis sistémicas, mientras que el tratamiento con anti-CD20 mostró los mejores resultados en el tratamiento del LES, Sjögren y vasculitis sistémicas. En cambio, los fármacos anti-TNF no mostraron una eficacia adecuada en el tratamiento de LES, Sjögren y sarcoidosis. Este análisis preliminar permite sentar las bases para la creación de un documento de consenso sobre el uso de terapias biológicas por parte del Grupo de Estudio de Enfermedades Autoinmunes de la SEMI.

**IF-21****REGISTRO BIOGEAS. UTILIZACIÓN DE TERAPIAS BIOLÓGICAS EN ENFERMEDADES AUTOINMUNES SISTÉMICAS REFRACTARIAS A TRATAMIENTO CONVENCIONAL**

**M. Ramos-Casals<sup>1</sup>, J. Sánchez-Roman<sup>2</sup>, A. Selva-O'Callaghan<sup>3</sup>, D. Galiana<sup>4</sup>, A. Colodro<sup>5</sup>, F. Medrano<sup>5</sup>, M. Mico<sup>6</sup> y L. Pallares<sup>7</sup>**

<sup>1</sup>Servicio de Enfermedades Autoinmunes. Hospital Clinic, Barcelona. <sup>2</sup>Unidad de Colagenosis, Servicio de Medicina Interna. Hospital Virgen del Rocío, Sevilla. <sup>3</sup>Servicio de Medicina Interna. Hospital Vall d'Hebron, Barcelona. <sup>4</sup>Servicio de Medicina Interna. Complejo Hospitalario de Jaen, Jaen. <sup>5</sup>Servicio de Medicina Interna. Hospital Universitario de Albacete, Albacete. <sup>6</sup>Servicio de Medicina Interna. Hospital La Fe, Valencia. <sup>7</sup>Servicio de Medicina Interna. Hospital Son Dureta. Palma de Mallorca, Mallorca.

**Objetivos.** Analizar la experiencia en el uso de fármacos biológicos en las enfermedades autoinmunes sistémicas (EAS) en el ámbito del Grupo de Estudio de las Enfermedades Autoinmunes Sistémicas de la SEMI.

**Material y métodos.** El grupo BIOGEAS, formado en el año 2006, incluye un total de 14 centros hospitalarios españoles de referencia en el manejo de pacientes con EAS. Su principal objetivo es la creación de un registro nacional multicéntrico de pacientes tratados con terapias biológicas.

**Resultados.** Hasta junio de 2006, se han incluido en el registro un total de 36 pacientes (28 mujeres y 8 hombres). La edad media de los pacientes en el momento de inclusión en el registro fue de 42 años (límites 19-79). Las principales EAS incluían LES en 13 pacientes, granulomatosis de Wegener en 5, síndrome de Sjögren en 3, enfermedad de Behçet en 3, dermatomiositis en 3, enfermedad de Still en 2 y PAN en 2 casos. Los fármacos biológicos utilizados fueron rituximab en 23 pacientes, seguido de infliximab en 8, etanercept en 6 y adalimumab en uno. Se observó una respuesta terapéutica completa o parcial en 26 (72%) pacientes. Nueve (25%) pacientes presentaron efectos adversos atribuibles a la medicación, principalmente infecciones (4 casos), reacciones relacionadas con la infusión (3 casos), neutropenia (un caso) y enfermedad neurológica (un caso). La terapia biológica se suspendió en 6 (17%) pacientes (por falta de respuesta en 4 y por efectos adversos en 2). Dos (3%) pacientes fallecieron (uno por progresión de la enfermedad y el otro por un tromboembolismo). De los cuatro pacientes tratados con un segundo fármaco biológico tras fracaso del primero, tres (75%) presentaron una buena respuesta terapéutica al segundo fármaco.

**Conclusiones.** Los primeros datos disponibles del registro BIOGEAS ofrecen resultados prometedores en la utilización de terapias biológicas en pacientes con EAS refractarios a tratamiento convencional, con una respuesta al tratamiento en tres de cada cuatro pacientes. El fármaco más utilizado fue el rituximab, y la EAS que con más frecuencia requirió terapia biológica el LES.

**IF-22****FACTORES PREDICTORES DE MORBILIDAD Y MORTALIDAD EN EL SÍNDROME DE SJÖGREN PRIMARIO. ESTUDIO PROSPECTIVO EN UNA COHORTE DE 300 PACIENTES**

**P. Brito-Zeron, A. Bove, A. Vargas, J. Plaza, N. Soria, D. Galiana, M. Akasbi y M. Ramos-Casals**

Servicio de Enfermedades Autoinmunes. Hospital Clinic, Barcelona.

**Objetivos.** Identificar las manifestaciones presentes en el momento del diagnóstico del síndrome de Sjögren (SS) primario que puedan ser factores predictores de morbilidad y mortalidad.

**Material y métodos.** Estudiamos una cohorte de 300 pacientes (93% mujeres, edad media al diagnóstico 57,4 años) diagnosticados de forma consecutiva en el Servicio de Enfermedades Autoinmunes entre 1984 y 2002, de acuerdo a los criterios clasificatorios Europeos. El tiempo medio de seguimiento fue de 101 meses (límites, 4-268).

**Resultados.** Identificamos como factores predictores de desarrollo de afección extraglandular la presencia en el momento del diagnóstico de afección extraglandular previa (HR, 1.78; p = 0,011) y fac-

tor reumatoide positivo (HR, 1.73; p = 0,014). Los factores predictores para el desarrollo de linfoma de células B fueron la presencia de parotidomegalia (HR 4.85, p = 0,026) y niveles bajos de C3 (HR 10.90, p = 0,006) y CH50 (HR 7.66, p = 0,013) en el momento del diagnóstico. La mortalidad de la cohorte fue del 10% (31 pacientes). Los factores predictores asociados a mortalidad fueron la edad del paciente en el momento del diagnóstico (HR 1.08, p < 0,001), género varón (HR 3.86, p = 0,002), una gammagrafía parotídea de grado III/IV (HR 3.16, p = 0,036), niveles bajos de C4 (HR 3.89, p = 0,003) y CH50 (HR 3.48, p = 0,002) y la presencia de crioglobulinas (HR 3.86, p = 0,009).

**Conclusiones.** En nuestra cohorte de pacientes con SS primario, los principales factores presentes en el momento del diagnóstico que se asociaron a una peor evolución de la enfermedad fueron determinadas características epidemiológicas (edad y sexo masculino), datos de afección glandular grave (parotidomegalia, gammagrafía parotídea patológica) y parámetros inmunológicos (factor reumatoide, crioglobulinas e hipocomplementemia). La evaluación de estos factores en el momento del diagnóstico resulta esencial para definir un seguimiento y tratamiento óptimos del paciente con SS primario.

**IF-23****CLASIFICACIÓN PRONÓSTICA DEL SÍNDROME DE SJÖGREN PRIMARIO EN UNA COHORTE MULTICÉNTRICA DE 925 PACIENTES (GEMESS)**

**M. Ramos-Casals<sup>1</sup>, R. Solans<sup>2</sup>, J. Rosas<sup>3</sup>, A. Gil<sup>4</sup>, M. Camps<sup>5</sup>, J. Del Pino<sup>6</sup>, L. Pallares<sup>7</sup> y J. Jiménez-Alonso<sup>8</sup>**

<sup>1</sup>Servicio de Enfermedades Autoinmunes. Hospital Clinic, Barcelona. <sup>2</sup>Servicio de Medicina Interna. Hospital Vall d'Hebron, Barcelona. <sup>3</sup>Sección de Reumatología. Hospital de Vilajoyosa. Vilajoyosa, Alicante. <sup>4</sup>Servicio de Medicina Interna. Hospital La Paz, Madrid. <sup>5</sup>Servicio de Medicina Interna. Hospital Carlos Haya, Málaga. <sup>6</sup>Unidad de Enfermedades Autoinmunes Sistémicas y Reumatología. Hospital Universitario de Salamanca, Salamanca. <sup>7</sup>Servicio de Medicina Interna. Hospital Son Dureta. Palma de Mallorca, Mallorca. <sup>8</sup>Servicio de Medicina Interna. Hospital Virgen de las Nieves, Granada.

**Objetivos.** Determinar la prevalencia de las principales manifestaciones clínicas e inmunológicas y la frecuencia de afección sistémica asociada a un peor pronóstico en una cohorte multicéntrica de pacientes con síndrome de Sjögren (SS) primario.

**Material y métodos.** El grupo GEMESS, formado en el año 2005, incluye un total de 12 centros hospitalarios españoles de referencia en el manejo de pacientes con SS primario, con el objetivo de crear un registro nacional multicéntrico de pacientes diagnosticados según los criterios clasificatorios Europeos de 1993. Como manifestaciones clínicas sistémicas asociadas a un peor pronóstico se incluyeron la afección pulmonar, renal, neurológica, vasculítica y el linfoma.

**Resultados.** Hasta mayo de 2006, se han incluido en el registro un total de 925 pacientes. La edad media de los pacientes fue de 52 años (límites 14-87) en el momento del diagnóstico y de 59 años (límites 16-94) en el momento de inclusión en el registro, con un promedio de evolución de la enfermedad de 7 años (límites 1-20). Las principales manifestaciones clínicas fueron la xerostomía en 895 pacientes (97%), la xeroftalmia en 885 (96%), las artralgias en 457 (50%), la parotidomegalia en 243 (26%), el fenómeno de Raynaud en 170 (18%), la tiroiditis autoinmune en 136 (15%) y la artritis en 122 (13%). Las alteraciones inmunológicas predominantes fueron los ANA, detectados en 768/913 pacientes (84%), los anticuerpos anti-Ro/SS-A en 467/912 (51%), FR positivo en 419/890 (47%) y anticuerpos anti-La/SS-B en 308/910 (34%). Un total de 283 pacientes (31%) presentaron manifestaciones clínicas sistémicas asociadas a un peor pronóstico. Destacaron la neuropatía periférica en 92 (10%) pacientes, la afección pulmonar en 92 (10%), la vasculitis cutánea en 73 (8%), la afección renal en 48 (5%), el linfoma en 20 (2%) y la afección del SNC en 18 (2%).

**Conclusiones.** La frecuencia de las principales manifestaciones clínicas permite clasificar a los pacientes con SS primario en dos grupos con un distinto carácter pronóstico. El primer grupo presenta una expresión clínica dominada por la afección glandular y la articular y representa el 70% de nuestra cohorte. El segundo grupo presenta manifestaciones clínicas sistémicas asociadas a un peor pronóstico (30%). El seguimiento y el manejo terapéutico del paciente con SS

primario dependen en gran medida de su clasificación en uno u otro grupo.

#### IF-25

### INFLUENCIA DEL GÉNERO EN LAS MANIFESTACIONES CLÍNICAS Y COMPLICACIONES DEL LUPUS ERITEMATOSO SISTÉMICO (LES) EN UNA SERIE DE 39 PACIENTES

S. Ruiz, O. Díaz, M. López Dupla, M. Torres, T. Auguet, A. Díaz, F. Vidal y C. Richart

Servicio de Medicina Interna. Hospital Universitario Joan XXIII, Tarragona.

**Objetivos.** Comparar las manifestaciones clínicas, datos de laboratorio y complicaciones del lupus eritematoso sistémico entre los dos sexos.

**Material y métodos.** Estudio observacional y retrospectivo de todos los pacientes diagnosticados de LES y controlados y seguidos de forma periódica por un servicio de Medicina Interna desde 1979 a 2006. Todos los pacientes cumplían los criterios necesarios para el diagnóstico de LES del American Collage of Rheumatology (ACR) de 1982. Se recogieron datos epidemiológicos, manifestaciones clínicas, datos de laboratorio y complicaciones de los pacientes a partir de la historia clínica. Se compararon entre ambos sexos.

**Resultados.** Se diagnosticaron 39 casos de LES, 33 mujeres y 6 varones, con una edad similar (mujeres:  $33 \pm 15$ ; varones  $27 \pm 7$ ). Diez pacientes fueron diagnosticados entre 1979 y 1982, y 29 desde 1983 a 2006, siendo la incidencia anual estimada de 1-2 casos/100.000 habitantes y la prevalencia estimada de 30/100.000 habitantes. Cinco casos eran mayores de 50 años al diagnóstico, todas mujeres. La nefritis (66,7 vs 24,2%;  $p = 0,06$ ), pleuritis (50 vs 27,3%), trombopenia (50 vs 21,2%), pericarditis (33,3 vs 15,2%), anemia hemolítica (33,3 vs 12,1%) y las convulsiones (16,7 vs 6,1%) fueron más frecuentes en los varones, pero sin alcanzar significación estadística. Sin embargo, el eritema malar, lupus cutáneo subagudo, lupus discoide, úlceras orales, fotosensibilidad, artritis, fenómeno de Raynaud y AVC fueron más frecuentes en el sexo femenino sin alcanzar diferencias significativas. Las complicaciones fueron más frecuentes en las mujeres que en los hombres (neumonía: 3 vs 1c; endocarditis bacteriana: 1 vs 0 c; TVP: 4 vs 1 c; osteoporosis: 4 vs 0 c; aplastamiento vertebral 4 vs 0 c; leucemia mielomonocítica crónica: 1 vs 0 c, linfoma no Hodgkin 1 vs 0 c). La mortalidad fue mayor en el sexo masculino (16,7 vs 3%; no significativo). Respecto a los datos inmunológicos, tampoco hubo diferencias significativas entre los dos sexos en cuanto a la positividad de los anticuerpos anti-DNAcs, anti-Ro, anti-La, anti-RNP, anti-Sm, ACA-IgG, ACA-IgM y anticoagulante lúpico. Fallecieron 2 pacientes, un varón a consecuencia de afectación activa de la enfermedad y una mujer secundariamente a enfermedad linfoproliferativa.

**Discusión.** El LES es una enfermedad que afecta mayoritariamente al sexo femenino y se ha sugerido que el género determina diferencias en las manifestaciones clínicas, actividad y pronóstico de la misma. La serie que presentamos, condicionada por el pequeño tamaño, pretende analizar estas diferencias. Evidenciamos una proporción mujer: varón algo inferior (5/1) a la de la mayoría de las series (6-12/1). No encontramos diferencias significativas en la edad al diagnóstico de la enfermedad entre los sexos a diferencia de otros autores que apuntan que los varones se afectan en edades más tardías. En cuanto a las manifestaciones clínicas, algunos trabajos describen una mayor prevalencia de afectación renal, neuropatía, trombosis, osteonecrosis, serositis y anemia hemolítica en el sexo masculino. Sin embargo, otros no encuentran diferencias. Nuestra serie muestra una tendencia a una mayor frecuencia de nefritis en los varones, pero el resto de manifestaciones no evidencia diferencias significativas entre los dos sexos. En cuanto a los datos serológicos, algunos autores sólo han encontrado diferencias en la positividad de los anticuerpos anti-DNA, cuya presencia es mayor en varones. Nosotros no hemos hallado diferencias entre sexos en ninguna serología. Finalmente tampoco hemos observado una mayor mortalidad en el sexo masculino a diferencia de otros autores.

**Conclusiones.** Los pacientes varones con LES presentaron una mayor tendencia a presentar nefritis. Aunque la mortalidad también fue mayor en los varones, no alcanzó significación estadística. Los datos de laboratorio, complicaciones y el resto de manifestaciones clínicas no mostraron un predominio por ningún sexo.

#### IF-26

### GRANULOMAS SARCOIDEOS EN EL CARCINOMA DE CÉLULAS RENALES

M. Arando<sup>1</sup>, J. Lora-Tamayo<sup>1</sup>, O. Gasch<sup>1</sup>, M. Álvarez<sup>1</sup>, I. de la Haba<sup>1</sup>, M. López Costea<sup>3</sup>, E. Condom-Mundó<sup>2</sup> y J. Mañá<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Medicina Interna, <sup>2</sup>Anatomía Patológica, <sup>3</sup>Urología. Hospital Universitario de Bellvitge. L'Hospitalet de Llobregat, Barcelona.

**Objetivos.** Los granulomas de tipo sarcocideo (GS) han sido descritos en distintas neoplasias hematológicas y sólidas. En lo referente al carcinoma de células renales (CCR), tan sólo se han comunicado unos casos aislados. El significado de estos GS es incierto, y en ocasiones podría denotar la coexistencia de una enfermedad granulomatosa sistémica. Describimos la prevalencia de GS en una serie de hipernefomas, así como sus implicaciones clínicas.

**Material y métodos.** Revisión patológica de los casos de CCR tratados quirúrgicamente en el Hospital Universitario de Bellvitge entre 1999 y 2005. Los casos con presencia histológica en el tejido renal de GS fueron revisados con anamnesis, exploración física, analítica general y radiografía de tórax. Sobre los casos sugestivos de enfermedad granulomatosa sistémica, se realizó un estudio más dirigido.

**Resultados.** Se identificaron 7 casos de CCR con GS en el examen anatómico-patológico del riñón de un total de 210 exéresis (3,3%). 4 eran hombres. La edad mediana fue de 68 años (rango 55-76). 5 eran tumores convencionales de células claras y 2 de células cromóforas. La presencia de GS se demostró tanto entre las células tumorales (5 casos) como en el tejido renal o perirrenal sano (4 casos). Ninguno de los pacientes tenía antecedentes conocidos de enfermedad granulomatosa. 1 paciente tenía antecedentes de síndrome de CREST. La radiografía de tórax fue normal al diagnóstico de CCR en todos los pacientes. La evaluación clínica tan sólo demostró un caso de sarcoidosis. Los 7 pacientes se mantuvieron libres de enfermedad neoplásica durante el seguimiento.

**Conclusiones.** No es infrecuente el hallazgo anatomopatológico de GS en el CCR. Ocasionalmente esto puede ser debido a la coexistencia de una enfermedad granulomatosa sistémica. Ello debe considerarse en la evolución y reevaluación de la enfermedad neoplásica del paciente, y debe conducir a una apropiada valoración clínica y radiológica.

#### IF-27

### SARCOIDOSIS: FORMAS DE PRESENTACIÓN

A. Camps Selles, I. Calatayud, L. Mico, F. Puchades, N. Cantero y J. Calabuig

Medicina Interna. H<sup>a</sup> la Fe, Valencia.

**Objetivos.** Investigar las diferentes formas de presentación y características de un grupo de pacientes diagnosticados de sarcoidosis, controlados en nuestro hospital.

**Material y métodos.** Se trata de un estudio observacional y retrospectivo tras revisión de las historias clínicas de un grupo de pacientes diagnosticados de Sarcoidosis. Los parámetros evaluados fueron: edad, sexo, forma de presentación, localización de la enfermedad y valores de la enzima convertidora de angiotensina (ECA) calcemia y cociente linfocitario. En cuanto a las técnicas diagnósticas: radiografía de torax, TAC torácico, mediastinoscopia, fibrobroncoscopia, gammagrafía con galio. Pruebas funcionales respiratorias y biopsia.

**Resultados.** Hemos estudiado 27 pacientes (13 hombres y 14 mujeres), de edad media  $46 \pm 15,8$ . Los síntomas más frecuentes al inicio de la enfermedad fueron: tós, disnea, cuadro constitucional, atralgias y sólamente en 1 caso fiebre. El síndrome de Löfgren apareció en un 22,2% de los pacientes. La afectación pulmonar fue la más frecuente 62,9%, seguida de la ganglionar 55,5%. Sólo en 1 caso había afectación ocular y en otro cutánea. Cuatro de los pacientes presentaron insuficiencia renal aguda. Los datos analíticos mostraban: ECA  $70 \pm 50$ , cociente de linfocitos CD4/CD8  $4,5 \pm 9,6$  y niveles de calcio de  $10,6 \pm 3$ . En cuanto a las técnicas diagnósticas de imagen en todos los pacientes se realizó radiografía de torax y TAC pulmonar. Fibrobroncoscopia en 21 pacientes, gammagrafía con galio en 13 y mediastinoscopia en 9. En cuanto a la fibrobroncoscopia es de destacar su normalidad en más de la mitad de los pacientes. La gammagrafía demostró captación ósea en el 15,3% de los pacientes. En la mayoría de los pacientes se realizó biopsia (pul-



monar (73%), ganglionar (34,6%) y hepática (76%) que fue diagnóstica en el 85% de los casos.

**Discusión.** La forma de presentación y evolución de la Sarcoidosis en nuestros pacientes responde al patrón habitual, con predominio de la afectación pulmonar y ganglionar junto con una prevalencia considerable del síndrome de Löfgren. El diagnóstico clínico se confirmó con radiografía de torax, TAC pulmonar y biopsia. La respuesta al tratamiento fue favorable en la mayoría de los casos.

**Conclusiones.** 1) Se trata de un grupo de pacientes de edad media y distribución similar en cuanto al sexo. 2) Los síntomas más frecuentes al inicio de la enfermedad fueron de tipo respiratorio y el órgano más comúnmente afectado el pulmón. 3) Insuficiencia renal aguda como complicación aparecía en 4 pacientes. 4) La respuesta al tratamiento corticoideo fue favorable en la mayoría de los pacientes.

**IF-28**

**UTILIDAD DE LA DETERMINACIÓN DE PROCALCITONINA SÉRICA EN PACIENTES CON ENFERMEDAD SISTÉMICA Y FIEBRE**

**E. Trallero Araguás<sup>1</sup>, A. Selva O'Callaghan<sup>1</sup>, C. Prat<sup>2</sup>, A. Lacoma<sup>2</sup>, J. Domínguez<sup>2</sup>, J. Pérez López<sup>1</sup>, R. Solans Laque<sup>1</sup> y M. Vilardell Tarrés<sup>1</sup>**

<sup>1</sup>Medicina Interna. General Vall d'Hebron, Barcelona.

<sup>2</sup>Microbiología. Germans Trias i Pujol. Badalona, Barcelona.

**Objetivos.** Determinar la utilidad de la procalcitonina (PCT) sérica como marcador de etiología bacteriana en el estudio de procesos febriles en pacientes portadores de enfermedades sistémicas (ES).

**Material y métodos.** Se recogieron muestras de suero de pacientes con ES que presentaron fiebre. El paciente no debía estar siguiendo tratamiento antibiótico en el momento de su inclusión. Se determinó el valor sérico de PCT mediante el ensayo Kryptor PCT, basado en la tecnología TRACE (time resolved amplified cryptate emission), correlacionándose el mismo con el diagnóstico clínico final a que se atribuyó cada síndrome febril.

**Resultados.** Entre octubre de 2005 y mayo de 2006 se incluyeron 14 pacientes que cumplían los requisitos del estudio y que se desglosan en: polangeitis microscópica C-ANCA (1), enfermedad de Still del adulto (1), lupus eritematoso sistémico (4), poliartritis seronegativa (1), artritis reumatoide (2), dermatomiositis (3), arteritis de Horton (1) y granulomatosis de Wegener (1). Salvo dos pacientes en los que la extracción del suero se realizó antes de llegarse al diagnóstico definitivo, todos recibían tratamiento inmunodepresor con alguno de los siguientes fármacos o su combinación: prednisona, azatrioprina, metotrexate, colchicina y/o tacrolimus. Todos presentaban fiebre (T<sup>8</sup> > 38 °C) en el momento de su inclusión. Ninguno recibió tratamiento antibiótico. Se recogieron dos episodios distintos de una misma paciente afecta de dermatomiositis. De los 14 procesos febriles, en tan sólo 2 se obtuvo una confirmación microbiológica de la etiología bacteriana, siendo el diagnóstico sepsis por *Escherichia coli* de origen intestinal en un caso y de sepsis por estafilococo plasmocoagulasa negativo (4 hemocultivos positivos) en el otro. El resto de etiologías se determinaron según la impresión diagnóstica del clínico responsable del enfermo y de los autores de este estudio, apoyado en

los datos aportados por la anamnesis, exploraciones complementarias realizadas (pruebas de imagen, microbiológicos) y curso de la enfermedad. Este proceso se realizó previamente a conocer los valores de PCT en cada caso. Los valores de PCT obtenidos fueron más elevados en los 3 casos que se relacionaron con infección generalizada de etiología bacteriana: 0,611 ng/ml (sepsis por *E. coli*), 0,383 ng/ml (sepsis por estafilococo plasmocoagulasa negativo), 1,08 ng/ml (síndrome febril de probable foco abdominal atribuido a una etiología bacteriana aunque sin demostración microbiológica). El valor medio de PCT en el resto de casos (actividad de la enfermedad, infección bacteriana localizada, etiología viral, linfoma) fue de 0,098 ng/ml (desviación estándar 0,029; mediana 0,095 ng/ml).

**Discusión.** Los pacientes con ES presentan un elevado riesgo de desarrollar infecciones sistémicas graves, bien sea por la inmunodepresión que genera la propia enfermedad, bien por la terapia inmunodepresora que reciben. El diagnóstico diferencial entre una fase de actividad de la ES y una infección diseminada es a menudo difícil, ya que la presentación clínica puede ser similar. En los últimos años varios estudios han apuntado la utilidad de la PCT como marcador de infección bacteriana generalizada. La elevación de este precursor de la calcitonina no se observa en procesos de etiología viral, en procesos bacterianos localizados ni en síndromes de respuesta inflamatoria sistémica de etiología distinta a la bacteriana. Hasta la fecha pocos estudios han valorado la utilidad de la PCT en pacientes con ES. Los resultados obtenidos en este estudio preliminar apoyan la utilidad de este parámetro en el diagnóstico diferencial del síndrome febril en pacientes con ES e inmunodepresión.

**Conclusiones.** Un valor bajo de PCT sérica hace poco probable la etiología bacteriana de un síndrome febril en pacientes con ES.

**IF-29**

**AFECCIÓN UROLÓGICA EN LA GRANULOMATOSIS DE WEGENER**

**R. Solans-Laqué<sup>1</sup>, J. Bosch-Gil<sup>1</sup>, A. Segura<sup>1</sup>, A. Segarra-Medrano<sup>2</sup>, A. Selva-O'Callaghan<sup>1</sup>, C. Simeón-Aznar<sup>1</sup>, F. Martínez-Valle<sup>1</sup> y M. Vilardell-Tarres<sup>1</sup>**

<sup>1</sup>Medicina Interna, <sup>2</sup>Nefrología. Hospital Universitario Valle de Hebron, Barcelona.

**Objetivos.** Revisar la prevalencia, forma de presentación, respuesta al tratamiento y evolución de la afección urológica en pacientes afectados de Granulomatosis de Wegener (GW).

**Material y métodos.** Revisión retrospectiva de una serie de pacientes afectados de Granulomatosis de Wegener diagnosticados y controlados en un mismo Centro. Se incluyeron todos los pacientes diagnosticados consecutivamente desde enero de 1995 hasta enero de 2006. Los datos clínicos, parámetros biológicos, exploraciones complementarias practicadas, el tratamiento administrado y la evolución de los enfermos, se recogieron en una base de datos (Acces). Se practicó un estudio estadístico descriptivo.

**Resultados.** Se incluyeron 45 pacientes (24 varones, 11 hembras) con una edad media de 50 ± 14 años al diagnóstico (17-80 años). Las manifestaciones clínicas más frecuentes fueron: afección del tracto respiratorio superior (65%), afección pulmonar (45%), glome-

Tabla 1. (IF-29).

Caso	Edad	Manifestaciones urológicas	Manifestaciones no urológicas	Histología	Tratamiento	Evolución
1	54	Prostatitis	Rinosinusitis GN1	GN1 necrotizante	Cistostomía suprapúbica PDN + CF	Retirada catéter al mes Vivo y en remisión completa a los 5 años
2	47	Prostatitis Etenosis uretral	Fiebre, artralgias, parestias EEII, nódulo pulmonar cavitado	Granulomas necrotizantes + vasculitis necrotizante	Cistostomía suprapúbica Catéter uretral RTU2 próstata PDN + CF	Retirada catéteres al mes tras RTU. Vivo y en remisión completa a los 2 años
3	56	Úlcera escrotal	Nódulos pulmonares bilaterales. Rinosinusitis	Granulomas necrotizantes Vasculitis nasal	PDN + CF	Vivo y en remisión completa a los 3 años

rulonefritis (54%) y mono o polineuropatía (32%). Los ANCA fueron positivos (ANCA-PR3) en el 70% de los casos. Sólo 3 pacientes, varones, presentaron afección urológica: prostatitis crónica en 2 casos y afección escrotal en otro. En 2 pacientes (casos 2 y 3) la afección urológica fue la forma de presentación de la enfermedad, y la demora diagnóstica fue de 2 y 6 meses. En un caso (paciente 1) apareció asociada a afección renal. Los ANCA fueron positivos (PR3-ANCA) en todos los casos. Los datos clínicos e histológicos, el tratamiento y la evolución se describen en la tabla 1.

**Discusión.** La afección urológica en la GW es muy poco común (3-6%). La prostatitis es la manifestación más frecuente, y suele cursar con síndrome miccional bajo, hematuria y retención aguda de orina. La próstata suele palparse engrosada en indurada, simulando en ocasiones una neoplasia. Los ANCA suelen ser positivos. Si bien los síntomas miccionales mejoran con corticoides, el tratamiento quirúrgico es a menudo necesario. La afección escrotal es excepcional.

**Conclusiones.** En pacientes con afección urogenital crónica de causa no aclarada debe descartarse una GW, mediante biopsia, determinación de los ANCA y anamnesis y otras exploraciones dirigidas a la búsqueda de otros síntomas sugestivos de la enfermedad.

### IF-30

#### ANTIPALÚDICOS Y CÁNCER EN LUPUS ERITEMATOSO SISTÉMICO

G. Ruiz Irastorza<sup>1</sup>, A. Ugarte Núñez<sup>1</sup>, M. Egurbide Arberas<sup>1</sup>, J. Pijoan Zubizarreta<sup>2</sup>, M. Garmendia Zallo<sup>1</sup> y C. Aguirre Errasti<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Medicina Interna, <sup>2</sup>Epidemiología Clínica. Hospital de Cruces-UPV/EHU. Baracaldo, Bizkaia.

**Objetivos.** El cáncer es una de las principales causas de muerte en pacientes con lupus eritematoso sistémico (LES). Un reciente ensayo clínico ha mostrado la utilidad de la cloroquina como tratamiento co-adyuvante del glioblastoma multiforme. El objetivo de este estudio es establecer si el uso de antipalúdicos se asocia a un menor incidencia de cáncer en pacientes con LES.

**Material y métodos.** Cohorte prospectiva observacional de pacientes con LES según los criterios del ACR. La variable final fue el desarrollo de cáncer tras el diagnóstico de LES. Se compararon las curvas de supervivencia libre de cáncer (Kaplan-Meier) en pacientes tratados y no tratados con antipalúdicos mediante el Log-rank test. Para establecer la independencia del efecto de los antipalúdicos, se construyó un modelo de riesgos proporcionales de Cox introduciendo además las siguientes variables potencialmente predictoras de cáncer: edad al diagnóstico; sexo; puntuación de la escala SLICC de daño irreversible a los 6 meses; consumo de tabaco; tratamiento con ciclofosfamida.

**Resultados.** Se estudiaron 235 pacientes, de ellos 209 mujeres (89%) y 233 blancos (99%). La edad media (DE) al diagnóstico fue de 37 (16) años y la mediana de seguimiento de 10 años (rango 1-31). 156 pacientes (66%) fueron tratados con antipalúdicos, con una mediana de tiempo en tratamiento de 53 meses (rango 6-238). Los pacientes que recibieron antipalúdicos eran más jóvenes en el momento del diagnóstico (34 vs. 42 años,  $p < 0,001$ ) y presentaban menor daño acumulado según la escala SLICC ( $p < 0,001$ ). No hubo diferencias significativas en cuanto a la proporción de varones y de fumadores ni en la dosis acumulada de ciclofosfamida. 13 pacientes desarrollaron cáncer: basalioma ( $n = 3$ ), glioblastoma ( $n = 2$ ), hepatocarcinoma ( $n = 1$ ), hipernefroma ( $n = 1$ ), carcinoma de endometrio ( $n = 1$ ), carcinoma de cérvix ( $n = 1$ ), carcinoma de mama ( $n = 1$ ), sarcoma ( $n = 1$ ), carcinoma transicional ( $n = 1$ ) y linfoma Hodgkin ( $n = 1$ ). La proporción de cáncer fue de 2/156 tratados (1,3%) vs. 11/79 pacientes no tratados con antipalúdicos (13%,  $p < 0,001$ ). La supervivencia acumulada libre de cáncer fue de 0,98 en los tratados vs. 0,73 en los no tratados ( $p = 0,0003$ ). El riesgo de cáncer en tratados/no tratados tras ajustar por el resto de variables potencialmente predictoras de cáncer (edad, sexo, daño, tabaco y ciclofosfamida) fue de 0,19 (IC 95% 0,04-0,88).

**Discusión.** Los antipalúdicos son fármacos de uso frecuente en el LES, sobre todo en pacientes con enfermedad leve-moderada. A su muy baja toxicidad unen una serie de efectos beneficiosos adicionales sobre la coagulación y el perfil lipídico. Estudios recientes han mostrado que el uso de antipalúdicos se asocia a una menor incidencia de trombosis y una disminución del daño orgánico irreversible en pacientes con lupus, lo que se ha traducido en una disminución de la

mortalidad. Estudios básicos demuestran que los antipalúdicos tienen una importante acción estabilizadora del DNA, así como una acción inhibidora de la telomerasa, el enzima responsable de la replicación incontrolada de las células tumorales. Un ensayo clínico reciente sugiere la utilidad de la cloroquina como tratamiento adyuvante en el glioblastoma multiforme. Estos hallazgos abren la puerta de nuevas utilidades clínicas de estos medicamentos. Las causas asociadas al desarrollo de cáncer en pacientes con lupus son en gran medida desconocidas, si bien existe una mayor predisposición a sufrir neoplasias, que son, además, una de las principales causas de muerte en las cohortes de LES. Nuestros resultados permiten plantear la hipótesis de que los antipalúdicos podrían antagonizar la acción de algunos de los factores procancerígenos en pacientes con lupus. Dicha hipótesis debe ser confirmada por estudios más amplios en cohortes multicéntricas, en las que un mayor número de casos permita un mejor ajuste e identificación de potenciales variables de confusión.

**Conclusiones.** El tratamiento con antipalúdicos se asocia a una menor incidencia de cáncer en nuestra cohorte de pacientes con LES, lo que apunta a una nueva utilidad potencial de este grupo de fármacos. Estos resultados deben ser confirmados por estudios en cohortes más amplias.

### IF-31

#### MANIFESTACIONES CLÍNICAS Y PRONÓSTICO DE UNA SERIE DE 14 CASOS DE VASCULITIS NECROTIZANTE DE MEDIANO Y PEQUEÑO VASO

A. Díaz, S. Ruiz, M. López Dupla, O. Díaz, C. Piqueras, R. Ramírez, F. Vidal y C. Richart

Servicio de Medicina Interna. Hospital Universitario Joan XXIII, Tarragona.

**Objetivos.** Describir las manifestaciones clínicas, biológicas, tratamiento y pronóstico de las vasculitis de mediano y pequeño vaso [poliarteritis nodosa (PAN), poliangeitis microscópica (PAM), enfermedad de Wegener (EW), y enfermedad de Churg-Strauss (ECS)].

**Material y métodos.** Estudio observacional retrospectivo. Se incluyeron pacientes mayores de 14 años, diagnosticados de vasculitis necrotizante de pequeño y mediano vaso recogidos desde 1995 a 2006. Se utilizaron los criterios diagnósticos del colegio americano de Reumatología (ACR) de 1990 con las modificaciones de la conferencia de Chapell Hill (1994). Se revisaron a partir de las historias clínicas las manifestaciones, datos biológicos, pronóstico y tratamiento que recibieron los pacientes a lo largo del seguimiento.

**Resultados.** Se recogieron 14 pacientes (11 varones y 3 mujeres) con una edad media al diagnóstico de  $56 \pm 18,5$  años. La distribución fue: PAN 7 p, EW 4 p, PAM 2 p y ECS 1 p. Un caso de PAN presentó hepatitis crónica por VHB replicante y otro por VHC. Las formas de presentación más frecuentes en la PAN fueron la fiebre (42,9%) y las mialgias (42,9%); en la EW la fiebre (50%) y la afectación pulmonar (50%); en la PAM la fiebre (50%) y la afectación renal (50%); y en la ECS la afectación digestiva (100%). Las principales manifestaciones clínicas a lo largo de la evolución en la PAN fueron digestivas (71,4%), neurológicas (42,9%) y renales (28,6%); todos los pacientes con EW presentaron afectación renal y el 75% afectación respiratoria; todos los pacientes con PAM tuvieron afectación renal y la mitad manifestaciones neurológicas; el único caso de ECS presentó manifestaciones digestivas, renales, neurológicas y respiratorias. Los anticuerpos antiproteínasa 3 fueron positivos en 3/4 casos de EW y los anticuerpos anti-mieloperoxidasa en 2/4 casos con EW y 2/2 casos de PAM. Todos los pacientes con vasculitis recibieron corticoides orales y sólo un caso de PAN en bolus. Cuatro de los pacientes con PAN recibieron ciclofosfamida oral y solo un paciente en bolus. Todos los pacientes con EW y PAM fueron tratados con ciclofosfamida oral. La PAN (57%), EW (50%) y PAM (50%) recidivaron. Fallecieron 2 pacientes con PAN.

**Discusión.** La vasculitis necrotizante de mediano y pequeño vaso es poco frecuente. La PAN que es la más frecuente de ellas, seguida de cerca por la EW, tiene una incidencia anual de aproximadamente 0,4-0,7/100000, similar a la incidencia estimada en nuestra área. La asociación de la infección por VHB con la PAN en los últimos años, como en nuestra serie, no suele sobrepasar el 10-15% de los casos. Las manifestaciones sistémicas (> 50%) seguidas de las renales y las musculoesqueléticas son las más frecuentes en la PAN. Sin embargo, en nuestra serie la afectación renal fue poco común. Las

manifestaciones predominantes de la PAM y EW son las renales, y en la ECS las respiratorias, similar a nuestros resultados. Aproximadamente la mitad de casos de EW recidivan. Sin embargo, esto es menos frecuente con la PAN (aproximadamente 10%), a diferencia de nuestro estudio en que recidivaron la mitad de los casos. La mortalidad de nuestra serie es similar a otras. La supervivencia de la PAN a los 10 años en la mayoría de series alcanza el 70-80%. En nuestro caso sobrevivieron el 71,4%.

**Conclusiones.** La incidencia estimada de vasculitis necrotizante de mediano y pequeño vaso en nuestra área es similar a otras. Las manifestaciones clínicas, asociación a la infección por VHB y el pronóstico son similares a otras series. Sin embargo, la recidiva de la PAN en nuestra serie fue más frecuente.

**IF-32  
DRENAJE ESPONTÁNEO DE CALCIO EN PACIENTES CON  
ESCLERODERMIA Y CALCINOSIS**

**S. Alonso Vila, R. Solans Laqué, C. Simeón Aznar, J. Pérez López, G. Donaire, A. Redondo Benito, V. Fonollosa Pla y M. Vilardell Tarrés**

*Servicio de Medicina Interna. Hospital General Universitario Valle de Hebrón, Barcelona.*

**Objetivos.** Revisar la prevalencia de fistulización y drenaje espontáneo de calcio en pacientes afectados de esclerodermia y calcinosis cutánea. **Material y métodos.** Se revisaron retrospectivamente las historias clínicas de todos los pacientes afectados de esclerodermia diagnosticados en un Servicio de Medicina Interna de un Hospital General Universitario, en los últimos 30 años. Los datos clínicos, analíticos, exploraciones complementarias, tratamiento y evolución se recogieron en una base de datos acces. Se practicó un estudio analítico descriptivo.

**Resultados.** Se incluyeron 273 pacientes diagnosticados de esclerodermia (245 mujeres, 28 hombres), con una edad media al diagnóstico de 48,8 años (rango 15-75). Cincuenta y cinco pacientes (20,2%) presentaron calcinosis cutánea significativa, más frecuente en manos (44 pacientes), codos (18 pacientes), muñecas (2 pacientes), tobillos (2 pacientes) y pelvis (2 pacientes). Dos enfermas presentaron fistulización y drenaje espontáneo de las placas de calcio, con infección cutánea secundaria y resolución de la calcinosis tras dicha complicación. Ambas pacientes recuperaron la funcionalidad de la articulación afecta tras el drenaje espontáneo del calcio. Los datos clínicos, analíticos, tratamiento y evolución de ambas enfermas se recogen en la tabla 1.

**Discusión.** La calcinosis cutánea es una complicación frecuente de la esclerodermia, describiéndose entre el 20-40% de pacientes, según distintas series. Cuando existen grandes placas localizadas sobre articulaciones, pueden causar limitación importante de la movilidad de las mismas, siendo necesario en ocasiones su eliminación quirúrgica. Raramente, se produce fistulización y drenaje espontáneo de las placas de calcio, hecho que usualmente se asocia con infección local. En nuestra serie sólo 2 pacientes (0,7%) presentaron esta complicación, y sólo hemos hallado un caso referido en la literatura médica. Se han ensayado distintos tratamientos médicos para eliminar la calcinosis (diltiazem, minociclina, warfarina) sin gran éxito. Así mismo, se ha descrito mejoría con laserterapia o litotripsia extracorpórea, pero el número de pacientes tratados es muy escaso. La limpieza quirúrgica con extracción de las placas de calcio obtiene

buenos resultados, si bien no está exenta de complicaciones (infección, cierre lento de la herida quirúrgica, necrosis del tejido adyacente).

**Conclusiones.** La calcinosis cutánea es una complicación frecuente de la esclerodermia. Sin embargo, la fistulización de las placas de calcio, con drenaje espontáneo de las mismas es muy inusual, y suele cursar con infección local. La limpieza quirúrgica y el tratamiento antibiótico precoz permiten una buena evolución.

**IF-33  
ESTUDIO DE CONCORDANCIA ENTRE CRITERIOS  
DIAGNÓSTICOS EN LA ENFERMEDAD MIXTA DEL TEJIDO  
CONECTIVO**

**M. Ruiz Pombo<sup>1</sup>, A. Selva O'Callaghan<sup>1</sup>, R. Domínguez Pareto<sup>2</sup>, M. Labrador Horrillo<sup>3</sup>, R. Solans Laqué<sup>1</sup>, V. Fonollosa Pla<sup>1</sup>, J. Bosch Gil<sup>1</sup> y M. Vilardell Tarrés<sup>1</sup>**

*<sup>1</sup>Medicina Interna, <sup>3</sup>Inmunología. Hospital General Vall d'Hebron, Barcelona. <sup>2</sup>Bioestadística. Universitat Politècnica Catalunya, Barcelona.*

**Objetivos.** La enfermedad mixta del tejido conectivo (EMTC) fue descrita por Sharp en 1972 en pacientes que combinaban manifestaciones clínicas de varias enfermedades sistémicas y un marcador serológico característico: positividad para los anticuerpos contra U1snRNP. Existen tres tipos diferentes de criterios diagnósticos, propuestos por Alarcón-Segovia, Sharp y Kasuwaka. El objetivo de nuestro estudio es estudiar la concordancia entre los diferentes criterios diagnósticos.

**Material y métodos.** Se han estudiado 38 pacientes diagnosticados de EMTC por diferentes criterios diagnósticos. Como test estadístico se utilizó la proporción de concordancia específica positiva y negativa. Posteriormente se aplicó la correlación tetracórica entre los diversos criterios diagnósticos.

**Resultados.** El estudio de la concordancia entre los criterios diagnósticos Alarcón-Segovia y Kasuwaka mostró una proporción de acuerdo específico positivo del 81% y negativo del 14%; la concordancia entre los criterios diagnósticos de Alarcón y Sharp fue de 67% y 43% respectivamente y entre Kasuwaka y Sharp se obtuvo igual porcentaje que en el último caso. El cálculo de la relación tetracórica entre dichas relaciones, no mostró significación estadística resultando una  $p = 0,74$  entre Alarcón-Segovia y Kasuwaka, y  $p = 0,06$  en los otros 2 casos.

**Discusión.** Los tres criterios diagnósticos coinciden en la presencia de manifestaciones clínicas características así como de un marcador inmunológico determinado por la positividad de anti-U1 RNP. Sólo los criterios de Sharp excluyen a los pacientes con positividad para anticuerpos anti-Sm específico de lupus; por tanto estos criterios se consideran los más restrictivos. En dicho estudio se pone en evidencia la proporción de acuerdo específico positivo del 81% y negativo del 14%, entre los criterios de Alarcón y Kasuwaka (es decir, que un paciente cumpla ambos criterios diagnósticos o que no cumpla ninguno de los dos) considerándose muy buena e insignificante respectivamente dichas proporciones; detectándose entre los criterios de Alarcón-Sharp y Kasuwaka-Sharp una proporción de acuerdo específico positivo y negativo de 67% y 43% respectivamente. Tras aplicarse la correlación tetracórica no se halló significación estadística. La ausencia de concordancia entre los tres diferentes criterios diagnósticos sugiere la necesidad de definir nuevos criterios que engloben a la totalidad de estos pacientes.

Tabla 1. (IF-32).

Edad/ sexo	Forma clínica	Afección orgánica	Tiempo de evolución	Localización calcinosis	Inmunología	Tratamiento	Evolución
69/M	Esclerod. difusa	Hipertensión pulmonar Fibrosis pulmonar Afección esofágica	19 años	Carpo	ANA + Sci-70 +	Amoxicilina-clavulánico Diltiazem Bosentan	Curación celulitis, desap. calcinosis Éxito por IC refractaria secund. a hipert. pulmonar
49/M	Esclerod. limitada (CREST)	Fibrosis pulmonar Hepatitis autoinmune	9 años	Codo derecho	ANA + Pm-Sci-70 +	Amoxicilina-clavulánico Corticoides	Curación celulitis resol. calcinosis. Viva a los 2 años recup. funcional movilidad codo

**Conclusiones.** La EMTC es una enfermedad compleja y poco frecuente. La ausencia de concordancia entre los criterios diagnósticos existentes hace necesario la definición de nuevos criterios diagnósticos, más específicos y que incluyan de forma más precisa a aquellos pacientes en los que exista la sospecha clínica de esta enfermedad.

#### IF-35

### FORMAS DE PRESENTACIÓN DE LA ENFERMEDAD CELÍACA EN UNA CONSULTA DIAGNÓSTICA DE MEDICINA INTERNA

**L. Gabarró Julià<sup>1</sup>, A. Casanovas Martínez<sup>1</sup>, S. Vidal Ferrer<sup>1</sup>, D. Grau<sup>2</sup> y J. Oristrell Salvà<sup>1</sup>**

<sup>1</sup>Medicina Interna, <sup>2</sup>Enfermería. Parc Taulí. Sabadell, Barcelona.

**Objetivos.** Descripción de un grupo de pacientes diagnosticados de enfermedad celiaca del adulto en una Consulta de Diagnóstico Rápido de Medicina Interna.

**Material y métodos.** Análisis retrospectivo de los pacientes diagnosticados de enfermedad celiaca en la Consulta de Diagnóstico Rápido (CDR) del Hospital de Sabadell -con una población de referencia de 407.763 habitantes- entre marzo de 1998 y mayo de 2006 a partir de una base de datos Acces donde constan todos los pacientes visitados. Se revisan datos personales, antecedentes familiares, manifestaciones clínicas, exploración física y exploraciones complementarias realizadas en el grupo de estudio.

**Resultados.** De los 6.789 pacientes visitados en nuestra CDR, 737 corresponden a patología digestiva (10,85%), de los cuales 6 fueron diagnosticados de enfermedad celiaca (0,81% del global de la patología digestiva y 0,08% del total de los pacientes visitados). La relación hombre-mujer fue 1/1 y la edad media de presentación de 45,6 años (26-80). El tiempo medio desde la primera visita hasta el diagnóstico histológico fue de 45,3 días (8-99). Dos referían antecedentes familiares de celiaquía (familiares en edad pediátrica en el primero y linfoma no Hodgkin asociado en el segundo); un tercer paciente había sido diagnosticado de enfermedad celiaca en la infancia con remisión de la sintomatología tras un período de dieta libre de gluten. Se realizó screening familiar que no aportó nuevos casos. La forma inicial de presentación fue como anemia microcítica en dos casos (2/6) y como cuadro tóxico en dos más (2/6); el clásico síndrome diarreico fue manifiesto en dos pacientes (2/6). La hipoorexia y el discomfort abdominal fue una constante en todos nuestros pacientes (6/6); la hipocalcemia, con osteoporosis secundaria, se vio en un caso. Los autoanticuerpos (antiendomisio y antitransglutaminasa) resultaron positivos en 5/6 pacientes, observándose negativización de los mismos tras seguir una dieta libre de gluten. Por fibrogastroscoopia se observaron desde áreas de mucosa edematosa y deslustrada en zona duodenal, hasta hiperemia, erosiones y ulceraciones, todo ello compatible con celiaquía (5/6). La imagen histológica, con aplanamiento o atrofia vellostaria intestinal e hiperplasia de criptas, junto con clínica sugestiva y autoinmunidad, sustentó en diagnóstico. El tratamiento con una dieta libre de gluten ofreció una mejoría sintomática inicial en todos los casos (6/6). Los pacientes fueron remitidos a Servicio de Digestología y de Nutrición para control evolutivo.

**Conclusiones.** El diagnóstico de enfermedad celiaca en nuestra consulta es poco prevalente. La anemia ferropénica fue el hallazgo inicial en una tercera parte de los casos. Otros motivos de consulta fueron el cuadro tóxico y el síndrome diarreico. La sospecha clínica junto con autoinmunidad, histología compatible condujo al diagnóstico de certeza. La evolución fue favorable en todos los casos tras indicar una dieta libre de gluten.

#### IF-36

### APOYO SOCIAL Y SUS FACTORES RELACIONADOS EN EL LUPUS ERITEMATOSO SISTÉMICO

**E. de Ramón Garrido<sup>1</sup>, M. de Haro Liger<sup>2</sup>, A. Fernández Nebro<sup>3</sup>, C. Díaz Cobos<sup>1</sup>, R. García Portales<sup>2</sup>, S. Padín López<sup>1</sup>, I. Pérez de Pedro<sup>1</sup> y M. Camps García<sup>1</sup>**

<sup>1</sup>Medicina Interna, <sup>3</sup>Reumatología. Hospital Regional Universitario Carlos Haya, Málaga. <sup>2</sup>Reumatología. Hospital Universitario Virgen de la Victoria, Málaga.

**Objetivos.** Describir la situación de apoyo social (AS) en pacientes afectados de Lupus Eritematoso Sistémico (LES) y sus factores de riesgo.

**Material y métodos.** Se incluyeron 213 pacientes (91,5% mujeres; edad media: 41,7 ± 14,4 años; rango: 14-84 años), afectas de LES (cumplían al menos 4 criterios ACR), seguidas en consulta externa de dos centros de referencia de la provincia de Málaga. Se evaluaron, en un corte transversal, las características sociodemográficas, clínicas y analíticas de la enfermedad, incluidos los índices de actividad (SLEDAI: 2,8 ± 3,6) y cronicidad (SLICC/DI: 1,2 ± 1,5), y la situación de distress psicológico (escala GHQ-28), y de AS, confidencial y afectivo (escala de apoyo social funcional de Duke-UNK), familiar (APGAR familiar), y psicológico e instrumental, cotidiano y en crisis (escala de Manheim).

**Resultados.** Las puntuaciones de AS confidencial y afectivo (42,5 ± 10,9, para un máximo [max] positivo de 55) y familiar (8,0 ± 2,5; max 10), eran aceptables. Por el contrario, las puntuaciones de AS psicológico cotidiano (14,1 ± 2,7, max negativo de 20) y en crisis (10,3 ± 2,2, max 15) e instrumental cotidiano (3,4 ± 0,9, max 5) y en crisis (14,2 ± 2,8, max 20) eran bajas. La relación entre las diferentes escalas de AS era mediana (r de Spearman entre 0,22 y 0,63; p < 0,001). Algunas características sociodemográficas se relacionaban con el AS: la raza, los ingresos económicos del núcleo familiar y el número de amigos, se relacionaron con el AS confidencial y afectivo; por otra parte, el número de amigos y el género, lo hacían con el APGAR familiar; sin embargo, las puntuaciones de AS psicológico e instrumental no mostraban relación importante con dichas características. Las puntuaciones de actividad (SLEDAI) y de cronicidad (SLICC/DI) de la enfermedad no correlacionaban, o lo hacían en cuantía escasa, con la situación de distress psicológico, medida en la escala GHQ-28 total, ni con las puntuaciones de AS, medidas en las escalas de Duke-UNK, de APGAR familiar, o las de Manheim referidas, ni con la calidad de vida relacionada con la salud, determinada mediante los componentes resumen físico y mental del cuestionario de salud SF-36. Se observaron correlaciones importantes entre la escala GHQ-28 total y los componentes resumen físico y mental del cuestionario SF-36 y algo más modestas con las escalas de AS, en especial con la escala de Manheim.

**Conclusiones.** En este estudio de corte transversal, el AS en pacientes con LES no se relaciona con la actividad o cronicidad de la enfermedad, medidas biomédicas habitualmente consideradas al valorar el resultado de este proceso. Por el contrario, la situación de salud general del paciente y su calidad de vida relacionada con la salud estaban más relacionados con el AS (confidencial, afectivo, familiar, psicológico e instrumental). La relación de causalidad que exista entre estas variables se podrá valorar mejor en el estudio de seguimiento de estos pacientes.

#### IF-38

### UTILIDAD DEL DUPLEX DE LA ARTERIA TEMPORAL EN EL SEGUIMIENTO DE LA ARTERITIS DE HORTON

**J. Pérez López<sup>1</sup>, R. Solans Laqué<sup>1</sup>, C. Molina<sup>2</sup>, J. Bosch Gil<sup>3</sup>, S. Alonso Vila<sup>1</sup>, A. Selva O'Callaghan<sup>1</sup>, C. Pérez Bocanegra<sup>1</sup> y M. Vilardell Tarrés<sup>1</sup>**

<sup>1</sup>Servicio de Medicina Interna, <sup>2</sup>Servicio de Neurología. Hospital General Universitario Valle de Hebron. Barcelona.

**Objetivos.** Valorar la persistencia o no de halo hipoecóico en el Duplex de la arteria temporal (AT) de pacientes afectados de Arteritis de Horton (ACG), tras seguir tratamiento corticoideo (1 mg/kg/día de prednisona) a dosis decrecientes, con desaparición de la sintomatología clínica y normalización de los parámetros analíticos.

**Material y métodos.** Se incluyeron todos los pacientes diagnosticados en nuestro Servicio de ACG por clínica y biopsia positiva, que presentaban halo hipoecóico en el Duplex de la AT en el momento del diagnóstico, y que habían seguido tratamiento corticoideo a dosis decrecientes durante 1 año, hallándose completamente asintomáticos en el momento de la exploración.

**Resultados.** Un total de 12 pacientes que presentaban un halo hipoecóico en el Duplex de la AT al diagnóstico habían completado 1 año de tratamiento. No obstante solo pudieron ser examinados 10 pacientes, ya que 2 habían fallecido. Tenían una edad comprendida entre los 73 y 90 años. Ocho enfermos habían presentado cefalea al diagnóstico, 3 claudicación mandibular, 2 pérdida brusca de visión, 2 hiperestesia del cuero cabelludo, 4 dolor en cintura escapular, y 1 fiebre. La VSG media al diagnóstico era de 97 mm Hg (rango 53 y 172). El Duplex de AT puso de manifiesto la persistencia de un halo

hipoecoico en 5 pacientes (50%) tras un año de tratamiento. Al revisar las biopsias de AT, en 4 de las 5 practicadas en los pacientes con halo persistente se observaba proliferación miointimal, disrupción de la lámina elástica interna y granulomas de células gigantes, mientras que sólo en 1 de las biopsias de los pacientes en los que el halo había desaparecido se objetivaban granulomas. Además, la VSG media al diagnóstico era mayor en los pacientes con persistencia de halo que en aquellos en los que había desaparecido tras el tratamiento (114 vs 79 mmHg).

**Discusión.** La presencia de un halo hipoecoico en el duplex de la arteria temporal posee una alta sensibilidad, especificidad y valor predictivo positivo en el diagnóstico de la ACG. Se ha postulado que dicho halo sería la traducción ultrasonográfica del edema inflamatorio de la pared arterial y que desaparecería en un breve plazo tras instaurar tratamiento corticoideo a altas dosis. Nuestros resultados preliminares no confirman la desaparición del halo tras tratamiento prolongado, y por tanto no avalan la utilidad del Duplex de arteria temporal en el seguimiento de la enfermedad.

**Conclusiones.** El halo hipoecoico en el Duplex de la AT persiste en un 50% de los pacientes afectados de arteritis de la temporal tras un año de tratamiento corticoideo. El hecho de que dicho halo sea más frecuente en aquellos pacientes con más reactantes de fase aguda en el momento del diagnóstico y con una mayor afección histológica en la biopsia podría traducir la persistencia de cierto grado de actividad quiescente de la enfermedad, hecho que cabría corroborar mediante nueva biopsia de la arteria temporal.

**IF-39 PERIAORTITIS CRÓNICA. SERIE DE 3 CASOS**

**I. Villar Gómez, S. Eguiluz Castañon, M. Egurvide Arbeas, G. Ruiz Irastorza y C. Aguirre Errasti**

Servicio de Medicina Interna. Hospital de Cruces-UPV/EHU. Cruces-Baracaldo, Vizcaya.

**Objetivos.** La periaortitis crónica (PC) es una enfermedad que se origina en la adventicia de la aorta abdominal y se dirige caudalmente hacia arterias iliacas, formando un magma de tejido fibrótico que frecuentemente engloba estructuras abdominales adyacentes, como el sistema pieloureteral o la vena cava inferior. Nos planteamos la revisión de los casos de periaortitis crónica diagnosticados en el Servicio de Medicina Interna de nuestro hospital y análisis del tratamiento y complicaciones de los mismos. Búsqueda de factores desencadenantes de la enfermedad descritos en la literatura.

**Material y métodos.** Revisión y búsqueda de casos de PC en las bases de datos del Servicio en los últimos años. Se han incluido todos los pacientes que presentan en el TAC abdominal reacción fibrosa periaórtica, asociada o no a ectasia del vaso. Se han definido 3 tipos clínicos de PC, según se describe en la literatura.

**Resultados.** Los resultados obtenidos se describen en la tabla 1. En la anamnesis inicial no se detectaron factores predisponentes asociados ni enfermedades autoinmunes o de otro tipo subyacentes al cuadro.

**Discusión.** La PC es una enfermedad caracterizada por la formación de tejido fibrótico periaortico, acompañada o no de dilatación de la aorta, y que surge como consecuencia de una respuesta inflamatoria exagerada de las placas de aterosclerosis de la pared del vaso. El cuadro clínico insidioso y los dolores abdominales inespecíficos, junto a la elevación de los reactantes de fase aguda y la imagen característica en el TAC, sirven para realizar el diagnóstico. A pesar del escaso número de PC en nuestro servicio, atribuido a la baja prevalencia de la enfermedad, se puede observar con esta serie de 3 casos la gran heterogeneidad que puede presentar el curso de esta enfermedad.

Así, se han dado complicaciones por atrapamiento de estructuras y por formación de aneurisma, permaneciendo uno de los pacientes sin complicaciones en el seguimiento. Así mismo, mientras algunos necesitan tratamientos mixtos con corticoides e inmunosupresores, otros se mantienen en remisión clínica incluso sin tratamiento.

**Conclusiones.** La PC es una enfermedad rara, de curso imprevisible y con complicaciones variables que, en general, se puede controlar con dosis variables de corticoides e inmunosupresores. En algunos casos, la cirugía está indicada para el tratamiento de las complicaciones.

**IF-42 MANIFESTACIONES EXTRAINTESTINALES ATÍPICAS DE ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL. A PROPÓSITO DE DOS CASOS**

**G. Muñiz Nicolás, E. Ortiz Ortiz, J. Troya García, A. Alguacil Muñoz, A. Moreno Rodríguez, A. Blanco Jarava, A. Sánchez Castaño y A. Tutor Martínez**

M. Interna. Virgen de la Salud. Toledo.

**Objetivos.** Destacar como la enfermedad inflamatoria intestinal puede ser vista en un servicio de medicina interna como forma no intestinal, afectando a todos los órganos de la economía y dar clínica sugerente de otras enfermedades, llegando al diagnóstico de la misma a través de otras entidades clínicas, síntomas o manifestaciones en órganos aparatos o sistemas.

**Material y métodos.** Aportamos dos casos clínicos con manifestaciones extraintestinales de EII no habituales, localizadas a nivel cutáneo, neurológico y pulmonar. Caso 1: varón de 38 años con fiebre intermitente de años de evolución, que consulta por episodio febril y escápula alada. RMN del hombro normal. Destaca liquen plano recidivante en pene de años de evolución, acompañado de fiebre junto con despeños diarreicos que trataba con corticoides. Varios flemones dentarios. Un hermano afecto de Crohn. Se realiza colonoscopia y Transito intestinal con datos sugerente de EII. Presenta una IgM CMV positiva. Caso 2: mujer de 50 años que tras un absceso cutáneo comienza con disnea progresiva. Se objetivan infiltrados pulmonares y nódulos pulmonares, algunos de ellos cavitados que tras broncoscopia, PAAF y TAC se descarta enfermedad infecciosa, tumoral o vascular. Dos años antes había sido diagnosticada de colitis ulcerosa, desde entonces estable.

**Resultados.** Los casos corresponden a un varón y una mujer en la 4ª - 5ª década de la vida. El liquen plano es infrecuente y los abscesos cutáneos y mucosos son habituales en la EII. La afectación del liquen fue previa al diagnóstico de EII o quizás simultánea. En la mujer la EII ya era conocida cuando presentó el proceso cutáneo y éste ha sido independiente de la actividad de EII. La neuropatía periférica es una asociación rara que se puede ver por la propia EII o por la inmunosupresión por corticoides, sin poder descartar en este caso como causa la existencia de CMV. La enfermedad pulmonar aparece años después del diagnóstico de la colitis ulcerosa y no presentando actividad de la misma.

**Discusión.** Algunos autores consideran a la EII como la gran simuladora porque junto a ella, previamente o postdiagnóstico se presentan procesos o entidades que hablan de esta entidad como enfermedad sistémica, con comportamiento como una entidad autoinmune y con afectación multiorgánica. El liquen plano es una afectación cutánea asociada con poca frecuencia con la EII de patogenia desconocida y que supondría un fenómeno reactivo, se trata con corticoides tópicos o sistémicos que en nuestro paciente estaban tratando la enfermedad de base. En la EII son frecuentes los abscesos en distintos

Tabla 1. Resultados (IF-39).

	Caso 1	Caso 2	Caso 3
Epidemiología	Varón 66 años	Varón 56 años	Mujer 52 años
Tipo clínico	Periaortitis con aneurisma	Periaortitis con ectasia aórtica	Fibrosis retroperitoneal sin ectasia
Tratamiento	Corticoides (actualmente sin tto)	Corticoides + Inmunosupresores	Corticoides
Complicaciones	By-pass aorto-bifemoral	Sin complicaciones	Atrapamiento del sistema pielocalicial (nefrectomía y omentoplastia). Atrapamiento de la vena cava inferior

lugares de la economía, piel mucosa y órganos que podrían justificar los de la piel y dentales de nuestros pacientes. La plexopatía braquial idiopática aguda se puede asociar con cuadros virales previos, con dolor y escápula alada, pensamos que desencadenado por CMV, en el contexto de la inmunosupresión por corticoides. El pulmón puede ser un espejo de las enfermedades sistémicas y lo es en la EII. Es la manifestación menos frecuente extraintestinal y se ve con mayor frecuencia en la colitis ulcerosa, como en nuestro caso que en el Crohn. No coincide con el comienzo de la EII, incluso aparece años después. Pudiendo ser incluso subclínico.

**Conclusiones.** La EII afecta a órganos extraintestinales, siendo la piel uno de los más frecuentes, sin embargo no son tan habituales las manifestaciones neurológicas y broncopulmonar. La enfermedad broncopulmonar es más frecuente en la colitis ulcerosa que en el Crohn. La existencia de neuropatía periférica en la EII se relaciona con otras manifestaciones intestinales, y con la infección por CMV que se ve en inmunocomprometidos.

#### IF-43

### ENFERMEDAD DE CHURG-STRAUSS EN UNA UNIDAD DE ENFERMEDADES SISTÉMICAS

**I. Martínez Egea, F. Nebreira Navarro, C. Hidalgo Tenorio, J. Sabio Sánchez, N. Navarrete Navarrete y J. Jiménez Alonso**

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

**Objetivos.** Descripción epidemiológica, clínica, analítica y terapéutica de una serie de casos de pacientes con Enfermedad de Churg-Strauss (ECS) atendida en una unidad especializada.

**Material y métodos.** Estudio retrospectivo de análisis de datos de 9 pacientes diagnosticados de ECS en la unidad de Enfermedades Autoinmunes y Sistémicas del Hospital Universitario Virgen de las Nieves de Granada desde 1986 a 2006. Los pacientes se diagnosticaron en base a los criterios de la ACR.

**Resultados.** En cuanto al género: 2/9 (22,2%) eran varones y 7/9 (77,7%) mujeres. La edad al diagnóstico se sitúa en un rango entre los 41- 73 años, con una edad media de diagnóstico de 56,2 años. Formas de debut clínico fueron las siguientes: Asma bronquial: 4/9 (44,4%); Sd. febril: 3/9 (33,3%) cuadro constitucional: 2/9 (22,2%); mononeuropatía: 2/9 (22,2%); polineuropatía: 2/9 (22,2%); abdomen agudo (vasculitis intestinal): 2/9 (22,2%); pansinusitis: 1/9 (11,1%); púrpura (vasculitis cutánea): 1/9 (11,1%) y trombosis intracardíaca: 1/9 (11,1%). Los ANCA fueron negativos en 9/9 (100%) de los pacientes. Frecuencia de presentación de criterios clínicos de la ACR: 1. Asma: 8/9 (88,8%) 2. Eosinofilia: 9/9 (100%) 3. Mononeuropatía, mononeuropatía múltiple o polineuropatía: 6/9 (66,6%) 4. Infiltrados pulmonares migratorios: 2/9 (22,2%) 5. Afectación de senos paranasales: 6/9 (66,6%) 6. Eosinófilos extravasculares en biopsia: 4/9 (44,4%). En cuanto al tratamiento y respuesta al mismo: 9/9 (100%) de los pacientes recibieron corticoides orales y 5/9 (55,5%) además, un inmunosupresor (azatioprina o ciclofosfamida), manteniéndose estables todos clínicamente en la actualidad.

**Discusión.** La ECS es una vasculitis sistémica la cual normalmente se asocia a la presencia de asma y eosinofilia. Al revisar una serie de casos de ECS nos damos cuenta de la gran variedad clínica con la que esta enfermedad puede manifestarse, fundamentalmente al inicio.

**Conclusiones.** Lo que hace destacable nuestra serie de casos de ECS son las formas de debut tan inusuales como abdomen agudo (en dos de los casos) y trombosis intracardíaca (en uno de ellos) y la negatividad de ANCA en todos los pacientes.

#### IF-44

### HIPERTENSIÓN ARTERIAL EN LA ESCLERODERMIA.: BOSENTAN COMO PRIMERA LÍNEA DE TRATAMIENTO

**C. Simeón Aznar<sup>1</sup>, V. Fonollosa Plá<sup>1</sup>, A. Román Broto<sup>2</sup>, A. Selva O'Callaghan<sup>1</sup>, R. Solans Laqué<sup>1</sup>, M. Villar Casares<sup>1</sup>, J. Lima Ruiz<sup>1</sup> y M. Vilardell Tarrés<sup>1</sup>**

<sup>1</sup>Servicio de Medicina Interna, <sup>2</sup>Servicio de Neumología. Hospital Vall d'Hebron. Barcelona.

**Objetivos.** Valorar la evolución de los enfermos con esclerodermia (ES) con hipertensión arterial pulmonar (HTAP) a los que se adminis-

tra bosentan -inhibidor no selectivo de los receptores de la endotelina- como primera línea de tratamiento.

**Material y métodos.** Desde diciembre de 2002 hasta junio de 2006 se ha administrado bosentan como primera línea de tratamiento a ocho enfermas con ES e HTAP. Siete con ES limitada y 1 con ES difusa. El diagnóstico de HTAP se realizó por ecocardiograma-Doppler y se confirmó por cateterismo derecho. El tratamiento con bosentan se inició a dosis de 62,5mg/12 horas. Tras 4 semanas de tratamiento se aumentó la dosis a 125 mg/12 horas. Se realizaron determinaciones analíticas mensualmente. Se ha valorado: la evolución de la clase funcional, las muertes observadas y la necesidad de añadir otros tratamientos, debido a empeoramiento de la clase funcional o a la aparición de efectos adversos.

**Resultados.** Al inicio del tratamiento 5 enfermas estaban en clase funcional III y 3 en clase funcional IV. La mediana de la PAP sistólica por ecocardiograma-Doppler era de 76 mmHg (rango: 52-131 mmHg). La mediana de la PAP media por cateterismo fue de 36 mmHg (rango: 20-59 mmHg). Dos enfermas tenían enfermedad pulmonar intersticial difusa (EPID) por lo que habían recibido tratamiento con ciclofosfamida intravenosa. La mediana de seguimiento es de 15 meses (rango: 1-31 meses). Al inicio del tratamiento de las 8 enfermas, 5 mejoraron en la clase funcional: cuatro de clase III a II y una de clase IV a III. Las otras 3 enfermas evolucionaron de las siguientes maneras: la primera murió a los 15 días de haberse iniciado el tratamiento con bosentan por insuficiencia cardíaca, se trataba de una paciente con disfunción diastólica grado I detectada por ecocardiograma-Doppler y acudió a urgencias hospitalarias 48 horas después de haberse iniciado clínica de insuficiencia cardíaca izquierda; la segunda enferma precisó la asociación de treprostnil a los 4 meses de haberse iniciado el bosentan y 6 meses después presentó crisis renal esclerodérmica siendo éxitus. La tercera enferma no mejoró por lo que se asoció iloprost inhalado 5 meses después de iniciado el tratamiento con bosentan, con los 2 fármacos presentó estabilización clínica durante 11 meses pero posteriormente empeoró de manera progresiva permaneciendo en clase funcional IV y requiriendo ingreso por insuficiencia cardíaca derecha siendo éxitus a los 22 meses de haberse iniciado el tratamiento con bosentan y a los 11 meses de realizar el tratamiento combinado. Las 5 enfermas que presentaron buena evolución clínica en los primeros meses de monoterapia con bosentan evolucionaron de la siguiente manera: 2 enfermas mantuvieron la mejoría clínica pero presentaron neoplasia diseminada de origen digestivo y fallecieron a los 31 y a los 26 meses de iniciado el tratamiento; la tercera enferma presenta, además, EPID con valores de capacidad vital forzada menores al 40% del esperado por lo que actualmente está pendiente de trasplante pulmonar. La cuarta enferma presentó buena evolución clínica pero a los 4 meses se retiró por sensación de taponamiento nasal, sustituyéndose por sildenafil. A la quinta enferma se le ha añadido tratamiento con sildenafil por empeoramiento clínico y funcional en el control realizado a los 6 meses de iniciarse el tratamiento.

**Discusión.** La HTAP es una complicación de mal pronóstico en los enfermos con ES con supervivencias en el primer año inferiores al 50%. La respuesta a los tratamientos más recientes es menos favorable que la observada en pacientes con HTAP idiopática por lo que si la monoterapia no es suficiente se deben de realizar tratamientos combinados.

**Conclusiones.** El tratamiento con bosentan mejora la evolución de la HTAP en los enfermos con ES pero en algún caso es necesaria la asociación de prostanoides o sildenafil.

#### IF-46

### PERICARDITIS AGUDA EN EL HOSPITAL ERNEST LLUCH DE CALATAYUD

**A. Jimeno Sainz<sup>1</sup>, L. Guerrero<sup>1</sup> y E. Polo<sup>2</sup>**

<sup>1</sup>Servicio de Medicina Interna, <sup>2</sup>Unidad de Oncología. Hospital Ernest Lluch. Calatayud, Zaragoza.

**Objetivos.** 1). valorar la incidencia de pericarditis aguda (PA) en el hospital Ernest Lluch de Calatayud (Zaragoza) durante el año 2005. 2). determinar la etiología. 3). definir el perfil de los pacientes que presentan PA en nuestro hospital así como su evolución.

**Material y métodos.** Se realizó un estudio descriptivo de los casos diagnosticados de PA durante el año 2005 que motivaron el ingreso en nuestro hospital. Se realizó una historia clínica, electrocardiogra-

ma, radiografía de tórax, y ecocardiograma transtorácico. En los casos de derrame pericárdico severo o taponamiento pericárdico se realizó pericardiocentesis diagnóstica y evacuadora.

**Resultados.** Se obtuvieron un total de 6 casos (5 hombres y 1 mujer). La edad media fue de 62,8 años. Los síntomas más frecuentes fueron dolor pleurítico (4/6) y fiebre o febrícula (5/6). Otros síntomas presentes fueron disnea (2/6) y edemas de miembros inferiores (2/6). El roce pericárdico fue audible en (2/6). El electrocardiograma mostró desde un bajo voltaje, ascenso del segmento ST o ondas T picudas. En 5 de 6 casos se realizó hemocultivos que fueron negativos. Las enzimas cardíacas incluyendo la troponina I estuvieron elevadas en 2 de los 6 casos. Se realizó ecocardiograma transtorácico en todos los casos, detectándose derrame pericárdico severo en dos y uno de ellos con compromiso hemodinámico. En ambos se realizó pericardiocentesis diagnóstica y evacuadora, cuyo estudio citológico demostró derrame pleural metastásico (un tumor de la glándula apocrina y el otro de primario no conocido). En 4 de los 6 casos recibieron tratamiento con AINEs con buena evolución clínica sin existir recurrencia en ningún caso.

**Discusión.** El pericardio puede afectarse desde enfermedades sistémicas, o procesos aislados. La etiología del derrame pericárdico es muy variada desde neoplasias, virus, tuberculosis, autoinmune o neoplásicas. En nuestro estudio un 33% de los pacientes con PA tuvieron derrame pericárdico de características neoplásicas, el resto de PA fueron idiopáticas. El síntoma más frecuente de PA encontrado fue el dolor torácico al igual que en otras series.

**Conclusiones.** 1) En nuestro hospital la PA no es una entidad muy frecuente. 2) un tercio de los casos su etiología fue neoplásica y requirió pericardiocentesis diagnóstica y evacuadora. 3) en nuestra serie, se obtuvo una respuesta satisfactoria con AINEs, sin precisar otros tratamientos. 4) ningún caso de los pacientes con PA presentó recurrencia.

#### IF-47

##### RESPUESTA DEL TRATAMIENTO DE LA ANEMIA EN LA ARTRITIS REUMATOIDE CON ERITROPOYETINA ASOCIADA A HIERRO INTRAVENOSO

**L. Murillo Jaso<sup>1</sup>, J. Domingo Morera<sup>2</sup>, E. Aznar Villacampa<sup>3</sup>, V. Dourdil Sahagun<sup>2</sup>, R. Grandez Ladrón de Guevara<sup>1</sup>, M. Pérez Salazar<sup>2</sup>, E. Polo Marques<sup>4</sup> y F. Escolar Castello<sup>5</sup>**

<sup>1</sup>Oncología, <sup>2</sup>Hematología, <sup>3</sup>Reumatología, <sup>4</sup>Jefe de Servicio de Medicina Interna. Reina Sofia. Tudela, Navarra, <sup>5</sup>Oncología. Ernest Lluch. Calatayud, Zaragoza.

**Objetivos.** La anemia en los pacientes con Artritis Reumatoide es una complicación frecuente en la evolución de la enfermedad, teniendo una prevalencia que oscila entre el 33 y el 60%. Su etiología es multifactorial, estando implicados fenómenos inflamatorios mediados por citoquinas que bloquean la eritropoyesis y la utilización del hierro. Por ello su tratamiento no siempre resulta sencillo, si bien últimamente la disponibilidad de agentes eritropoyéticos asociados a hierro intravenoso (en forma de sacarosa) abre una esperanzadora vía. **Objetivo:** Evaluar nuestra experiencia en el tratamiento de la anemia asociada a artritis reumatoide con eritropoyetina y hierro intravenoso.

**Material y métodos.** Durante los últimos 18 meses hemos analizado once pacientes con anemia asociada a artritis reumatoide; todos ellos presentaban síndrome anémico. El tratamiento consistió en la administración de epoetina alfa a dosis de 40.000 UI s.c./semanal durante 12 semanas junto con hierro-sacarosa a dosis de 200 mg i.v./semana en infusión de 1 hora. El tratamiento se interrumpió si la hemoglobina superaba los 12 g/dL.

**Resultados.** Tras 12 semanas de tratamiento todos los pacientes experimentaron respuesta clínica y analítica; desaparecieron los síntomas asociados a la anemia y la concentración media de hemoglobina ascendió desde 8,8 + 1,3 g/dL hasta 112 + 11g/dL, con la consiguiente mejoría de los parámetros de calidad de vida de los pacientes. No se observaron efectos secundarios al tratamiento y ninguno de los pacientes precisó transfusión.

**Conclusiones.** El empleo de eritropoyetina humana recombinante asociada a hierro sacarosa intravenoso constituye una terapia eficaz y segura en aquellos pacientes con anemia sintomática asociada a

artritis reumatoide, por lo que puede jugar un importante papel en el manejo de esta entidad.

#### IF-48

##### VALORACIÓN DE LA AFECTACIÓN ENDOCÁRDICA EN EL SÍNDROME ANTIFOSFOLÍPIDO

**I. Pérez Valero<sup>1</sup>, A. Robles Marhuenda<sup>1</sup>, C. Soto Abánades<sup>1</sup>, J. Fraile<sup>1</sup>, J. Ríos Blanco<sup>1</sup>, A. Pascual Salcedo<sup>2</sup>, P. Lavilla<sup>1</sup> y A. Gil Aguado<sup>1</sup>**

<sup>1</sup>Medicina Interna, <sup>2</sup>Inmunología. Hospital La Paz. Madrid.

**Objetivos.** Describir el perfil de los pacientes incluidos en el estudio GESAF con estudio ecocardiográfico. Evaluar la incidencia de afectación endocárdica entre los pacientes con síndrome antifosfolípido (SAF). Valorar la relación entre afectación endocárdica y presencia de anticuerpos antifosfolípido (AF) y anticoagulante lúpico (AL). Estudiar si existe relación entre la aparición de afectación endocárdica y la presencia de infarto agudo de miocardio (IAM) o de lesiones isquémicas cerebrales (LIC).

**Material y métodos.** El Grupo de Estudio del SAF (GESAF) lleva estudiando pacientes con SAF y otras enfermedades autoinmunes de forma prospectiva desde hace más de 10 años. Está integrado por especialistas en Medicina Interna, Reumatólogos, Inmunólogos, Hematólogos, Ginecólogos y Pediatras del Hospital La Paz de Madrid. Cuenta en su base de datos con registros de más de 350 pacientes, 153 de los cuales cuentan con un estudio ecocardiográfico completo. Estudiamos la presencia de AF (anticardiolipina (aCL), antiprotrombina (aPT) y AL), de IAM o LIC, de hipertensión pulmonar (HTP) y de afectación endocárdica (AE), diferenciando afectación valvular (AV) y endocarditis aséptica de Libman Sachs (LS) en estos 153 pacientes. Los datos obtenidos se evaluaron mediante el SPSS. **Resultados.** De los 153 pacientes incluidos el 77% fueron mujeres. El 34% presentaron un SAF primario (SAFP), el 22% un SAF secundario (SAFS), el 20% AF sin clínica de SAF (AAF) y el 24% restante LES sin SAF. La edad media fue de 40 años. El 47% tenían LES. Los aCL fueron positivos en 58% de pacientes, los aPT en el 19% y el AL 47%. El 63% de los sujetos asoció una LIC y el 6,5% un IAM. El 44% de los estudios fueron patológicos (32% mostraron AV y el 8% HTP). De los 49 pacientes con AV, el 78% fueron mujeres. El 64%, 65% y 64% presentaron aCL, aPT, o AL respectivamente. El porcentaje de LIC fue del 74% y el de IAM del 12%. El 42% fueron SAFP, el 34% SAFS, el 16% AAF y el 8% fueron LES sin SAF. Teniendo en cuenta el tipo de afectación, el 43% presentaron una endocarditis de LS, el 35% insuficiencia mitral (IM), el 10% afectación bivalvular y el 10% afectación mixta. La presencia de AL fue más prevalente entre los pacientes con AV que en el grupo control: 64% vs 44% (p = 0,016). No así la de aPT (p = 0,186) ni la de aCL (p = 0,38). Respecto al IAM, se evidenció cierta tendencia no significativa a la asociación con AV: 12% vs 3,9% (p = 0,08), al igual que ocurrió con las LIC: 74% vs 59% (p = 0,06). Se demostró también una mayor frecuencia de AV en el grupo de pacientes con SAFS: 34% vs 15% (p = 0,001). Al evaluar la endocarditis de LS vs la afectación valvular, ninguno de los parámetros evaluados (edad, sexo, AF, IAM o LIC) mostró diferencias significativas.

**Conclusiones.** 1) La afectación endocárdica es frecuente en el SAF y su existencia siempre debe descartarse. 2) La afectación endocárdica es más prevalente en pacientes con SAFS. 3) La forma más frecuente de presentación es la endocarditis aséptica de LS seguida de la IM. 4) El AL es un marcador predictor en la aparición de afectación endocárdica. 5) Son necesarios estudios con un mayor nº de pacientes para valorar la asociación entre AE e IAM o LIC.

#### IF-49

##### PANICULITIS MESENTÉRICA: ENTIDAD PATOLÓGICA SEMBRADA DE DUDAS

**L. Mao Martín, J. Sicilia Enriquez de Salamanca, G. Fernández Requeijo, R. Torres Gárate, B. Valle Borreg, M. Serrano Cazorla y C. Iglesias Frax**

Medicina Interna I. Hospital Clínico San Carlos. Madrid.

**Objetivos.** La Paniculitis mesentérica es una entidad de etiopatogenia criptogénica, a menudo de curso asintomático, cuyo diagnóstico ha aumentado por el empleo más generalizado de la Tomografía

Computerizada. Presentamos 5 casos clínicos en los que la imagen radiológica fue precedida de clínica por la que consultaron.

**Material y métodos.** Revisamos aquellas historias con diagnóstico primario o secundario de Paniculitis Mesentérica, en los años 2004-2005, con exclusión de la población pediátrica, así como revisión bibliográfica.

**Resultados.** La media de edad fue 62 años (rango 42 a 70), el 60% varones. Entre los Antecedentes Personales destacan Cirugía Abdominal previa en 3 casos (2 apendicectomías y 1 dos cesáreas), y en un caso existía trauma abdominal (Diálisis peritoneal); dos casos presentan enfermedades autoinmunes (Polimialgia Reumática y Síndrome de Sjögren) y tan sólo un caso tomaba betabloqueantes. Todos los casos (5 de 5) consultaron por dolor abdominal, acompañado en dos por náuseas y vómitos; otros síntomas presentes fueron pérdida de peso (1 caso), fiebre (1 caso), suboclusión intestinal (1 caso), distensión abdominal (1 caso), diarrea (1 caso) y trastorno psiquiátrico secundario en 2 casos. A la exploración física, además de confirmación del dolor referido, destaca en 2 casos masa palpable en mesogastrio, soplo en mesogastrio (1 caso) e hipersensibilidad cutánea (1 caso). La hematimetría y bioquímica fue normal en 4 casos (el restante con discreta anemia normocítica normocrómica). La prueba inicial para su diagnóstico fue la Tomografía Computarizada (TC) de abdomen en 4 casos y en el quinto caso el diagnóstico inicial fue ecográfico y confirmado finalmente con T.C.; tan sólo existe confirmación Anatomopatológica en un caso por laparotomía ante dolor incoercible. En lo que se refiere a tratamiento se optó en los cinco casos por seguimiento radiológico y primer escalón de analgesia.

**Discusión.** La Paniculitis mesentérica consiste en una degeneración de la grasa mesentérica, generalmente asintomática y de curso autolimitado que excepcionalmente puede concluir con fibrosis dando lugar a formas de presentación crónicas. Desde la descripción inicial por Riedel en 1897, la confusión terminológica, la etiopatogenia aún no resuelta y la dificultad por correlacionarla con la clínica han sido las notas preponderantes. Muestra predominio en varones (en nuestra serie 1,5: 1) y entre los antecedentes personales los que parece tener mayor correlación son los antecedentes quirúrgicos; otras formas en el contexto de síndromes paraneoplásicos o fibrosis sistémicas no se han hallado en nuestros casos. Si es concordante con las grandes series su presentación con dolor abdominal, náuseas y vómitos, si bien las alteraciones en el ritmo intestinal y el hallazgo de masa pulsátil es inferior a las mismas. El diagnóstico definitivo es anatomopatológico, pero la técnica de primera elección es la T.C., detectando la infiltración de la grasa mesentérica, en ocasiones con efecto masa. No existe una terapia estándar aceptada, válido desde la observación y seguimiento (casos de regresión espontánea) hasta formas más virulentas que requieren el uso de Corticoides ( $\pm$  Inmunosupresores) y otros tratamientos (terapia hormonal, talidomida, colchicina...) de los que se disponen menos datos.

**Conclusiones.** La Paniculitis Mesentérica tiene propensión por la edad adulta y el sexo masculino. Existen formas asintomáticas de hallazgo casual en las técnicas radiológicas y formas sintomáticas que entran en el diagnóstico diferencial de abdomen agudo, y si bien su tratamiento puede ser sintomático en ocasiones se hace necesario tratamiento corticoideo e inmunosupresor para el control de síntomas. Serán necesarios más estudios multicéntricos que analicen algo más que casos aislados, de cara a tipificar dicha entidad.

#### IF-50

### MANIFESTACIONES AUTOINMUNES INDUCIDAS POR MINOCICLINA: DIFERENCIAS CON EL CLÁSICO LUPUS INDUCIDO POR FÁRMACOS

J. Erdozain Castiella<sup>1</sup>, G. Ruiz Irastorza<sup>1</sup>, M. Cuadrado<sup>2</sup>, G. Hughes<sup>2</sup> y M. Khamashta<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Medicina Interna. Hospital de Cruces-UPV/EHU. Baracaldo, Vizcaya, <sup>2</sup>Lupus Research Unit. St Thomas Hospital. London, UK.

**Objetivos.** Revisar las características demográficas, clínicas, serológicas y terapéuticas de las manifestaciones autoinmunes inducidas por la minociclina, así como su evolución.

**Material y métodos.** Una revisión retrospectiva de todos los casos de manifestaciones autoinmunes inducidas por minociclina diagnosticadas en la Lupus Research Unit, St Thomas Hospital, entre 2000-

2005. Los criterios de inclusión fueron 1). recibir tratamiento con minociclina, 2). ausencia de manifestaciones autoinmunes previas al uso de minociclina, 3). ANA positivos junto, por lo menos, una manifestación clínica sugestiva de la existencia de un proceso autoinmune.

**Resultados.** Se incluyeron diecisiete casos. Todos los pacientes recibieron minociclina para el tratamiento de acné. La edad media fue 24 años (DE 10) y la proporción mujer/hombre fue 16/1. La mediana de duración del tratamiento con minociclina hasta la aparición de los síntomas fue 12 meses (rango 1-60). Las síntomas más frecuentes fueron astenia (100%), artralgias (94%), artritis (73%) y rash eritematoso (73%). La presencia de anticuerpos positivos fue: ANA (17/17), anti DNA de doble cadena (6/17) y ANCA (7/13). El perfil hepático fue anormal en 8/17 y la VSG en 13/17. Todos los pacientes recibieron tratamiento con, al menos, alguno de los siguientes fármacos: antimaláricos (16/17), esteroides (13/17) o azatioprina (2/17). La duración media del seguimiento fue de 69 meses (DE 50) y los síntomas persistieron durante 55,7 meses (DE 43,9). En la última consulta 4/17 tenían ANA positivo y 10/17 continuaban con tratamiento (9/17 con antimaláricos y 3/17 con esteroides).

**Discusión.** El lupus inducido por fármacos (LIF) es un síndrome que comparte síntomas y hallazgos de laboratorio con el lupus eritematoso sistémico (LES). Habitualmente revierte a las semanas de suspender el fármaco causante. La edad media de los pacientes con lupus inducido por fármacos es casi el doble de la de los pacientes con LES y, aproximadamente, la mitad son mujeres, comparado con el 90% en el caso de LES. Las diferencias entre las manifestaciones autoinmunes inducidas por minociclina y el clásico LIF son la edad más joven, mayor prevalencia en mujeres, la presencia de anticuerpos como anti DNA y ANCA, una duración mayor de exposición al fármaco hasta que aparecen los síntomas y la persistencia de algunos síntomas y anticuerpos hasta años después de retirar el fármaco.

**Conclusiones.** Las manifestaciones autoinmunes inducidas por minociclina duran más tiempo, tienen un perfil de anticuerpos diferente al LIF, y precisan tratamiento en mayor número de casos y durante más tiempo. Estas características podrían hacer difícil el diagnóstico de manifestaciones autoinmunes inducidas por fármacos y sugerir la posibilidad de diferentes mecanismos causales.

#### IF-51

### DERMATOMIOSITIS – UN DESAFÍO EN EL TRATAMIENTO

R. Antunes, J. Paz y S. Ferreira

Medicina 2. São Marcos. Braga, Portugal.

**Objetivos.** La Dermatomiositis, miopatía inflamatoria idiopática rara, puede afectar cualquier edad y se caracteriza por una debilidad muscular proximal y simétrica y alteraciones cutáneas típicas. El diagnóstico es clínico, ayudado por la elevación de los enzimas musculares, patrón inmunológico específico y la EMG. A pesar de que las opciones terapéuticas actuales mejoran significativamente el pronóstico, se desconoce el esquema ideal de tratamiento.

**Material y métodos.** Los autores presentan dos casos.

**Resultados.** 1) Adolescente de 16 años, referenciada por fatiga, mialgias, edema palpebral y disfgia con 3 semanas de evolución. Análiticamente presentaba elevación marcada de los marcadores de citólisis muscular, con ANA reactivos 1/80 y anti-SSA y anti-topo-I/SCL-70 positivos. Efectuada biopsia muscular y EMG compatibles con dermatomiositis grave. Se inició tratamiento con prednisolona y azatioprina, sufrió agravamiento clínico progresivo con disfagia total, disfonía, head-drop y déficit de fuerza muscular grave. Efectuados pulsos de metilprednisolona, IGIV y ciclofosfamida, con mejoría clínica y analítica progresiva. Redujo gradualmente la terapéutica con necesidad de introducción del metotrexate. 2) Paciente de 42 años referenciada por cuadro progresivo, con tres meses de evolución, de debilidad muscular simétrica y disfagia progresiva para sólidos, de predominio orofaríngeo. En el examen físico se constataba eritema facial con edema heliotropo, lesiones queratósicas descamativas palmares psoriasis-like, distrofia cuticular y telangiectasias periungueales, fuerza muscular grado 2/5 a nivel de las cinturas escapular y pélvica y head-drop para la izquierda. Análiticamente, con elevación de los marcadores de citólisis muscular. El estudio inmunológico dirigido reveló ANA 1/160 y anticuerpos anti-topo-I/SCL-70 y anti-histonas



positivos. La electromiografía describió una miopatía moderada a grave. La biopsia muscular confirmó el diagnóstico de dermatomiositis. En el rastreo de patología oncológica subyacente, el TAC torácico reveló en el parénquima pulmonar áreas esbozando patrón en vidrio deslustrado. Las PFR demostraron un síndrome ventilatorio restrictivo moderado. Al cuarto día presentó bradicardia sustentada sintomática. Inició tratamiento con prednisolona, azatioprina, pulsos de metilprednisolona e IG, así como tratamiento rehabilitador diario, con mejora gradual de la fuerza muscular y de los marcadores de citólisis muscular. Redujo gradualmente la prednisolona suspendió los pulsos de metilprednisolona e IGIV coincidiendo con la introducción del metotrexate.

**Discusión.** Los autores presentan estos dos casos por la rareza de la enfermedad y el tipo de evolución clínica diferente. La escasez de estudios prospectivos y la presentación heterogénea hacen el tratamiento difícil.

**Conclusiones.** Atendiendo a los índices de mal pronóstico se justificó una actitud terapéutica agresiva con la finalidad de obtener un control de la enfermedad rápido y eficaz.

#### IF-52

##### MANIFESTACIONES ATÍPICAS DE PANICULITIS MESENTERICA: ESTUDIO DE DOS CASOS

**O. Ateka<sup>1</sup>, C. Pérez<sup>1</sup>, R. Campos<sup>1</sup>, P. Fanlo<sup>1</sup>, E. Petrina<sup>2</sup>, F. García<sup>3</sup>, M. Arteaga<sup>1</sup> y D. Etxebarria<sup>1</sup>**

<sup>1</sup>Medicina Interna, <sup>2</sup>Anatomía Patológica. H. Virgen del Camino. Pamplona, Navarra. <sup>3</sup>Endocrinología. H. de Navarra. Pamplona, Navarra.

**Objetivos.** Presentar dos casos de paniculitis mesentérica que desarrollaron manifestaciones clínicas inusuales.

**Material y métodos.** Se revisaron retrospectivamente las historias clínicas y las pruebas complementarias de los pacientes.

**Resultados.** Caso 1: varón de 53 años que desarrolló un cuadro de artralgias y conjuntivitis recidivante. Simultáneamente, le apareció una ascitis y un derrame pleural bilateral de evolución tórpida cuyo estudio fue compatible con ascitis quilosa y quilotorax. El estudio radiológico, que incluyó ecografía, TAC y RMN abdominales, evidenció signos de adenopatías en mesenterio. Posteriormente el paciente desarrolló cefalea y se evidenció que tenía hipertensión intracraneal benigna. Pese a los múltiples tratamientos utilizados, el paciente evolucionó mal y falleció. En la autopsia posterior se encontraron signos histológicos de paniculitis mesentérica. Caso 2: paciente de 47 años que acudió con cuadro de ascitis tórpida y hepatitis. Durante su evolución desarrolló un accidente vascular cerebral de naturaleza isquémica en el territorio de la arteria silviana izda. Las biopsias hepática, peritoneal y mesentérica realizadas por laparoscopia evidenciaron signos de paniculitis mesentérica y hepatitis autoinmune. El paciente fue tratado primariamente con esteroides a dosis altas sin lograr remisión del cuadro y posteriormente se instauró tratamiento con bolus de ciclofosfamida mensuales (12 ciclos), con lo que remitió el cuadro.

**Discusión.** La paniculitis mesentérica, junto con la lipodistrofia mesentérica y la mesenteritis esclerosante, es parte de un espectro de procesos inflamatorios y fibróticos del mesenterio de etiopatogenia desconocida. Epidemiológicamente los varones entre 40 y 60 años son los más afectados. Clínicamente se caracteriza por la aparición de dolor abdominal, náuseas y vómitos, anorexia, fiebre, pérdida de peso y alteración del ritmo intestinal, y más raramente ascitis. En ocasiones, la aparición de masa abdominal es el hecho predominante. En el caso de nuestros pacientes, la presentación fue atípica. El primer paciente presentó, junto con la ascitis quilosa y el derrame pleural, conjuntivitis recidivante e hipertensión intracraneal benigna. El segundo, presentó ascitis de evolución tórpida y hepatitis autoinmune, junto con ACV isquémico de la arteria silviana izda. A excepción de la ascitis del primero, las demás manifestaciones no han sido descritas en las series revisadas. El diagnóstico de sospecha es clínico y mediante TAC, mientras que para el diagnóstico definitivo suele ser necesaria la biopsia quirúrgica. El tratamiento debe ser empírico e individualizado. Los corticoides son el tratamiento de primera elección, pudiéndose añadir azatioprina y ciclofosfamida; la talidomida podría tener resultados esperanzadores.

**Conclusiones.** Los pacientes con paniculitis mesentérica pueden desarrollar de forma infrecuente manifestaciones inusuales, entre las

que hay que considerar: conjuntivitis recidivante, hipertensión intracraneal benigna, ascitis quilosa, accidente vascular cerebral isquémico y hepatitis autoinmune. La ascitis de evolución tórpida en ocasiones puede responder al tratamiento con ciclofosfamida.

#### IF-53

##### CORRELACIÓN ENTRE PARÁMETROS SEROLÓGICOS E IL-18 EN PACIENTES CON HEPATOPATÍA

**M. Pérez García<sup>1</sup>, A. Álvarez Delgado<sup>2</sup>, M. Marcos Martín<sup>1</sup> y A. Jiménez López<sup>1</sup>**

<sup>1</sup>Medicina Interna, <sup>2</sup>Aparato Digestivo. H. Universitario. Salamanca.

**Objetivos.** La fibrosis hepática marca tanto el pronóstico, como la posibilidad de tratamiento en las hepatopatías de diferentes orígenes. La biopsia hepática presenta limitaciones para el paciente y para el investigador, existiendo gran interés en el conocimiento de diferentes marcadores biológicos, mecanismos de fibrogénesis y mediadores de inflamación, que combinados nos aporten datos para el estadiaje de las hepatopatías, permitiéndonos prescindir de la biopsia hepática. La IL-18 es identificada como un factor coestimulador en la producción de interferón en la respuesta citotóxica.

**Material y métodos.** Estudio prospectivo de 28 pacientes con hepatopatías de distintas etiologías, en los cuales se determinaron parámetros serológicos; hemograma, bilirrubina total, transaminasas, fosfatasa alcalina, gammaglutamiltranspeptidasa, lactato deshidrogenasa, hierro, ferritina, transferrina, índice de saturación, albúmina, alfa-1, alfa-2, gammaglobulinas, haptoglobina, alfa-2 macroglobulina y coagulación. Se busco correlación entre los niveles de IL-18 (Human IL-18 ELISA Kit) en cultivo celular (mediante Ficoll) basal y estimulado, y en suero de dichos pacientes. Los datos se analizaron con el programa estadístico SPSS 12.

**Resultados.** La etiología de las hepatopatías fue diversa: 2 controles, 3 hepatitis autoinmunes, 4 esteatohepatitis no alcohólicas, 1 alcohólica, 7 CBP, 8 VHC, 1 VHB, 1 hepatitis tóxica y 1 hemocromatosis. La distribución por sexo era del 50%, con edad media de 49,62 años. La media del resto de los parámetros Hb 13,95g/dl, leucocitos 6828/ $\mu$ l (neutrófilos 3597, linfocitos 2413), Bi T 1,55mg/dl, AST 95,12 U/L, ALT 88,07 U/L, FA 124,66 U/L, GGT 155,53 U/L, LDH 337,5U/L, hierro 115,8 mcg/dl, ferritina 309,37 ng/ml, IS 37,3%, transferrina 212,21 mg/dl, albúmina 3,7 g/dl, alfa-1 globulina 0,311g/dl, alfa-2 globulina 0,822 g/dl, gammaglobulinas 0,995 g/dl, TP 93%, TTPA 34,33 seg y Fibrinógeno 312,8 mg/dl. La concentración media de IL-18 en suero fue 880,36 pg/ml, sin obtener concentración en los cultivos celulares. El análisis se realizó utilizando el coeficiente de correlación de Spearman, obteniéndose para la AST una r de 0,730, ALT r 0,719, FA r 0,644 y GGT r 0,766 (todos los parámetros p < 0,001). LDH r 0,472 (p 0,020). También se observó correlación con alfa-1 globulinas r 0,669 (p 0,002) y alfa-2 macroglobulina r 0,597 (p 0,007) y una r no significativa para el resto de parámetros. En los valores de albúmina existía una correlación negativa r -0,532 (p 0,007).

**Conclusiones.** 1) La concentración de IL-18 elevada en sueros puede estar en relación con la fibrogenesis hepática. 2) Existe correlación significativa entre los valores de AST, ALT, FA, alfa-1globulinas, alfa-2 macroglobulina, GGT y LDH y los valores de IL-18 en suero. 3) Existe correlación negativa entre los valores de albúmina y los de IL-18, lo que puede indicar relación entre niveles de IL-18 y función hepática. 4) Estudios más amplios son necesarios para determinar la relación de IL-18 y el grado de afectación hepática.

#### IF-54

##### ENZIMAS HEPÁTICAS, ACTIVIDAD DE LA ENFERMEDAD Y ANTINFLAMATORIOS NO ESTEROIDEOS EN EL LUPUS ERITEMATOSO SISTÉMICO

**I. Pérez de Pedro, C. Díaz Cobos, D. López Carmona, S. Santamaría Fernández, M. Camps García y E. de Ramón Garrido**

Medicina Interna. Hospital Regional Universitario Carlos Haya. Málaga.

**Objetivos.** Determinar la frecuencia de elevación de enzimas hepáticas y su relación con la actividad de la enfermedad y el tratamiento

con antiinflamatorios no esteroideos (AINES) en pacientes con Lupus Eritematoso Sistémico (LES).

**Material y métodos.** Se incluyeron 143 pacientes con LES (cumplían al menos 4 criterios ACR) seguidos en un hospital de referencia de la provincia de Málaga durante un total de 1.532 pacientes-mes. Las variables clínicas y determinaciones analíticas corresponden a las que se realizan en la asistencia habitual en consulta externa o en la hospitalización por parte de los dos clínicos encargados de la atención de los pacientes.

**Resultados.** En las 838 determinaciones practicadas, los niveles sanguíneos de GOT correlacionaron con los de GPT ( $r = 0,58$ ;  $p < 0,001$ ) y los de GGT lo hicieron en menor medida con los de FA ( $r = 0,32$ ;  $p < 0,001$ ). Los pacientes en tratamiento con AINES presentaban niveles similares de GOT, GPT, GGT y FA que aquellos que no estaban en tratamiento, no existiendo correlación significativa. La puntuación de SLEDAI no correlacionaba o lo hacía en muy escasa cuantía con los niveles de los cuatro enzimas referidos. El empleo de AINES y la actividad de la enfermedad se asociaban a un ligero aumento de la FA, sin alcanzar significación estadística. La dosis acumulada de prednisona correlacionaba ligeramente con un aumento de los niveles de GGT ( $r = 0,094$ ;  $p = 0,007$ ) y una disminución de los niveles de FA ( $r = -0,107$ ;  $p = 0,002$ ).

**Conclusiones.** En este estudio longitudinal no se ha podido demostrar asociación de importancia entre la actividad de la enfermedad o el empleo de AINES y elevación de enzimas hepáticas en el LES.

#### IF-55

##### ENFERMEDAD DE WIPPLE

**A. Sellas Fernández<sup>1</sup>, R. Solans Laqué<sup>2</sup>, S. Farietta<sup>1</sup>, A. Arderiu Freixas<sup>2</sup>, F. Cerdo Tarrandell<sup>2</sup>, A. Selva O'Callaghan<sup>2</sup>, C. Pérez Bocanegra<sup>2</sup> y M. Vilardell Tarrés<sup>2</sup>**

<sup>1</sup>Reumatología. <sup>2</sup>Servicio de Medicina Interna. Hospital General Universitario Valle de Hebron. Barcelona.

**Objetivos.** Describir las manifestaciones clínicas más frecuentes, las técnicas diagnósticas y tratamiento de una serie de pacientes afectados de enfermedad de Wipple diagnosticados en un mismo Centro.

**Material y métodos.** Revisión retrospectiva de una serie de pacientes afectados de enfermedad de Wipple diagnosticados entre 1988 y 2006. Se recogieron los datos clínicos, analíticos, histológicos, el tratamiento y la evolución, en una base de datos acces. Se practicó un estudio descriptivo.

**Resultados.** Se incluyeron 20 pacientes (12 hombres y 8 mujeres), con una edad media al diagnóstico de 46,7 años (rango: 30-59 años). El tiempo medio de retraso diagnóstico desde el inicio de los síntomas fue de 74 meses (rango: 2-240 meses). Las manifestaciones clínicas más frecuentes fueron: artralgias (19 pacientes, 90%); linfadenopatía periférica o abdominal objetivada mediante TAC (17 pacientes, 85%); pérdida de peso (15 pacientes, 75%); fiebre (14 pacientes, 70%); diarrea (12 pacientes, 60%); anemia (1 paciente, 5%) y artritis (usualmente oligoartritis o simulando un reumatismo palindrómico) presente en 8 pacientes (40%). Cuatro pacientes (20%) presentaron uveítis anterior, 4 (20%) derrame pleural, 1 (5%) hipertensión pulmonar, y 1 (5%) vasculitis coronaria. Un paciente (HLA-27 positivo), presentó artritis erosiva afectando tobillos y rodillas. El diagnóstico se efectuó mediante estudio histológico de tejido obtenido por biopsia en 12 pacientes (12 biopsias duodenales, 1 adenopatía mesentérica), visualizando las características inclusiones PAS+ en los macrófagos, y en 8 biopsias en las que dichas inclusiones no se visualizaron, mediante PCR (6 biopsias duodenales, 2 biopsias sinoviales). El tratamiento utilizado inicialmente fue el trimetoprim-sulfametoxazol administrado por vía oral, durante al menos 1 año. Otros antibióticos (ceftriaxona, cefixima y doxiciclina) se utilizaron asociados o como segunda opción en casos severos o con poca respuesta al tratamiento inicial. La evolución fue buena en el % de los casos, con algunas respuestas espectaculares (desaparición de la hipertensión pulmonar, resolución vasculitis coronaria).

**Discusión.** La enfermedad de Wipple es una entidad poco frecuente que cursa con afección multivisceral crónica, y a menudo es infradiagnosticada dada la inespecificidad y variedad de los síntomas clínicos iniciales. El diagnóstico se basa en la objetivación de macrófagos con inclusiones PAS+ en la mucosa duodenal, pero no siempre es fácil identificarlos. Actualmente la PCR basada en la secuencia génica 16S-rRNA permite implementar el diagnóstico en aquellos

casos dudosos. En nuestra serie, fue necesaria la práctica de PCR en muestras de tejido en 7 casos para confirmar el diagnóstico de sospecha. Algunos pacientes se diagnosticaron años después de haber iniciado su sintomatología, habiendo presentado múltiples afecciones viscerales de etiología no aclarada. La respuesta al tratamiento fue buena con antibioterapia prolongada, si bien los pacientes que presentaron artritis franca respondieron más lentamente y fue necesaria la administración de AINES e incluso inmunosupresores (metotrexate) en 2 casos.

**Conclusiones.** La enfermedad de Wipple es poco frecuente y sólo un alto índice de sospecha permite diagnosticarla. Pueden distinguirse tres patrones clínicos de presentación: diarrea y pérdida de peso, artralgia y/o artritis persistentes y fiebre de origen desconocido, si bien a menudo se superponen entre ellos. Las técnicas de PCR sobre tejido biopsico mejoran el rendimiento diagnóstico en aquellos casos con alta sospecha clínica y cambios inespecíficos en las muestras histológicas.

#### IF-56

##### AFECCIÓN MENÍNGEA EN LA GRANULOMATOSIS DE WEGENER

**R. Solans Laqué<sup>1</sup>, J. Bosch Gil<sup>1</sup>, J. Ortells<sup>2</sup>, R. Martínez Castejón<sup>3</sup>, C. Pérez Bocanegra<sup>1</sup>, F. Martínez Valle<sup>1</sup>, V. Fonollosa Pla<sup>1</sup> y M. Vilardell Tarrés<sup>1</sup>**

<sup>1</sup>Servicio de Medicina Interna. Hospital General Universitario Valle de Hebron. Barcelona. <sup>2</sup>Servicio de Medicina Interna. Hospital Clínico. Zaragoza. <sup>3</sup>Medicina Interna. Clínica Teknon. Barcelona.

**Objetivos.** Revisar la prevalencia, forma de presentación, respuesta al tratamiento y evolución de la afección meníngea en pacientes afectados de Granulomatosis de Wegener (GW).

**Material y métodos.** Revisión retrospectiva de una serie de pacientes afectados de GW diagnosticados desde enero de 1995 hasta enero de 2006, y controlados en un mismo Centro. Los datos clínicos, analíticos, inmunológicos, exploraciones complementarias practicadas, tratamiento administrado y evolución de los pacientes, se recogieron en una base de datos acces. Se practicó un estudio estadístico descriptivo.

**Resultados.** Se incluyeron 45 pacientes afectados de GW (24 varones y 11 hembras) con una edad media al diagnóstico de  $50 \pm 14$  años al diagnóstico (17-80 años). Las manifestaciones más frecuentes fueron: afección del tracto respiratorio superior (65%), afección pulmonar (45%), afección renal (45%), y afección neurológica periférica (32%). La afección del sistema nervioso central se objetivó en 5 pacientes (9%). Sólo 2 enfermos (un hombre de 46 años y una mujer de 62 años) presentaron afección meníngea, que en ambos casos fue la manifestación que motivó el diagnóstico de la enfermedad. Ambos pacientes presentaron inicialmente una otitis media crónica supurativa, bilateral, de evolución tórpida y parálisis facial, en un caso transitorio y en otro persistente. En un caso, a los 6 meses el paciente presentó cefalea y un síndrome hemisensitivo, y en el otro caso, la enferma presentó cefalea, severa hipoacusia neurosensorial y síndrome vertiginoso. En ambos casos se efectuó una RMN craneal en la que se evidenció ocupación de ambos oídos medios y celdas mastoideas, y paquimeningitis temporobasal bilateral y del borde libre del tentorio. En un caso se identificaron granulomas necrotizantes en la biopsia de la mucosa del oído medio y en el otro en la biopsia de la mucosa del oído interno. Los ANCA solo fueron positivos en el segundo caso. Ambos pacientes fueron tratados con corticoides orales y ciclofosfamida oral durante al menos 1 año, y posteriormente con metotrexate, con buena evolución, desapareciendo por completo la sintomatología.

**Discusión.** La afección del sistema nervioso central es muy inusual en la GW, oscilando entre el 8-11% en las distintas series descritas en la literatura. Puede aparecer afección de los pares craneales, accidentes vasculares, convulsiones o afección meníngea. La afección meníngea se ha descrito en muy pocos pacientes (2% en la serie de la Clínica mayo de 324 pacientes). Los síntomas más comunes son cefalea, afección de pares craneales y diplopía. Suele existir afección óptica crónica previa con mala respuesta al tratamiento antibiótico y subsecuente afección mastoidea. Las biopsias de mucosa del oído medio en ocasiones son inespecíficas, hecho que retrasa el diagnóstico. Los ANCA sólo son positivos en aproximadamente el 50% de

los casos. Deben excluirse otros procesos granulomatosos como la sarcoidosis, la tuberculosis o el linfoma. Probablemente la afección meníngea se produce por contiguidad.

**Conclusiones.** La afección meníngea es muy inusual en la granulomatosis de Wegener. Ante un paciente con meningitis basal de etiología no aclarada, debe considerarse el diagnóstico de GW si existen antecedentes de otitis media supurativa crónica o de repetición o afección del tracto respiratorio superior. Los ANCA pueden ser de utilidad, si bien sólo son positivos en el 50% de los casos. Por tanto unos ANCA negativos no descartan la GW, siendo necesario el estudio histológico.

#### IF-57

### PRESENCIA DE MICROHEMATURIA EN LA ARTERITIS DE CÉLULAS GIGANTES

C. Villasenín, L. Galvany, M. Martínez, O. Aguado, F. Fernández-Monrás y F. Rosell Abaurrea

Medicina Interna. Hospital Universitari Sagrat Cor. Barcelona.

**Objetivos.** Estudiar la presencia y las características de la hematuria microscópica en aquellos pacientes diagnosticados de arteritis de células gigantes.

**Material y métodos.** Se revisaron de forma retrospectiva las historias de 134 pacientes diagnosticados de ACG, tanto con manifestaciones de polimialgia reumática, 74 pacientes, como de arteritis de la temporal, 60 pacientes; y estos últimos se dividieron entre los que contaban con biopsia positiva y los que no. Se descartaron los pacientes que no contaban con un sedimento de orina inicial y se determinó la presencia o no de hematuria en los restantes. Se definió hematuria como la presencia de 5 o más hematíes por campo en el sedimento urinario y se descartaron los pacientes que presentaban bacteriuria, piuria o que contaban en sus antecedentes con alguna patología conocida que pudiese provocar hematuria.

**Resultados.** Pudimos contar para el estudio con un total de 54 pacientes 30 AT (con biopsia positiva) y 24 PM, tras descartar los demás tal como hemos referido en material y métodos. Se detectó la presencia de hematuria microscópica en 18 del primer grupo (60%) y 17 del segundo grupo (70,8%). Los pacientes diagnosticados de ACG en los que se detectó hematuria no diferían en otros parámetros analíticos ni clínicos de aquellos otros en los que no se había detectado. En las analíticas posteriores al diagnóstico y una vez iniciado el tratamiento esteroideo se documentó en todos ellos la normalización del sedimento urinario en diferentes controles que oscilaban entre 10 días y tres meses.

**Discusión.** La arteritis de células gigantes es una enfermedad autoinmune caracterizada por la presencia de infiltrados granulomatosos en las paredes de las arterias de mediano y gran tamaño. Como respuesta a la lesión autoinmune inicial, la arteria presenta una hiperplasia de la íntima que genera progresivamente oclusión de la luz arterial y conlleva la isquemia de los tejidos que nutría. A pesar de que esta entidad tiene bien reconocido su carácter sistémico hay unos territorios en particular que son los más frecuentemente afectados y debido a esa afectación predominantes hay unos subtipos de la enfermedad mejor reconocidos: La afectación craneal, que conlleva complicaciones oculares isquémicas severas y ocasionalmente de sistema nervioso central, la afectación de grandes vasos con oclusiones de subclavias, la arteritis aórtica y la arteritis que se presenta como polimialgia reumática en que la oclusión en sí misma no muestra repercusión clínica localizada. Así pues los síntomas bien conocidos de la ACG incluyen cefalea, dolor en zonas temporales, claudicación mandibular, pérdidas de visión, astenia generalizada dentro del síndrome polimialgíco e incluso fiebre no filada. La afectación renal no suele ser considerada como una complicación frecuente y la presencia de una hematuria microscópica cuando se produce dentro de un contexto clínico atípico no induciría a sospechar el diagnóstico, sin embargo algunos autores han sugerido que la presencia de hematuria no sería rara en esta entidad. En nuestros pacientes, estudiados de un modo retrospectivo, hemos podido determinar la presencia de hematuria en más de 60% de ellos y en una proporción mayor aunque no estadísticamente significativa, entre aquellos que se manifestaban clínicamente como polimialgia reumática. No se pudo determinar ninguna diferencia en cuanto al resto de la analítica ni en la clínica entre los pacientes que presentaban o no hematuria y ésta se resolvió una vez iniciado el tratamiento esteroideo.

**Conclusiones.** Podemos concluir pues que la presencia de hematuria no es rara en los pacientes afectados de ACG y que en todo caso siempre presenta una buena evolución que no precisa de mayores pruebas diagnósticas a fin de evaluar la afectación renal. Aunque probablemente de poco significado clínico, la presencia de hematuria en un paciente con sospecha diagnóstica de ACG y con una forma de presentación poco definida, debería ir más a favor que en contra del diagnóstico y ayudaría a aumentar el índice de sospecha.

#### IF-59

### PREVALENCIA DE ENFERMEDADES AUTOINMUNES EN UNA SERIE DE 217 PACIENTES CON GRILOBULINAS PERSISTENTEMENTE POSITIVAS

M. Tasia<sup>1</sup>, A. Vargas<sup>2</sup>, M. Belhassen<sup>3</sup>, M. Ramos-Casals<sup>2</sup>, S. Justo<sup>4</sup>, M. Butjosa<sup>5</sup>, D. Galiana<sup>6</sup> y J. Font<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Medicina Interna. Hospital La Fe. Valencia. <sup>2</sup>Enfermedades autoinmunes y sistémicas, <sup>3</sup>Medicina Interna. Hospital Clinic. Barcelona. <sup>4</sup>Medicina Interna III. Hospital Universitario. Salamanca. <sup>5</sup>Medicina Interna. Fundacion Jimenez Diaz. Madrid. <sup>6</sup>Medicina Interna. Hospital de Cabueñes. Gijón.

**Objetivos.** Describir las diferentes enfermedades autoinmunes (EAI) que aparecen asociadas en una serie de pacientes con crioglobulinas positivas en al menos dos ocasiones diagnosticados en un centro hospitalario de tercer nivel español.

**Material y métodos.** Estudio retrospectivo con búsqueda activa de casos a través del Servicio de Informático de pacientes con crioglobulinas positivas en al menos dos ocasiones entre los años 1991-2005, con posterior revisión de las historias clínicas. Realizando el estudio estadístico con el paquete SPSS 12.0.

**Resultados.** Se han hallado 217 pacientes con historia de crioglobulinas positivas en dos o más ocasiones durante el período 1991-2005. Encontrando 70 (32%) pacientes con enfermedades autoinmunes y 122 enfermedades autoinmunes (1,8 por paciente). Con 66 (56%) casos de enfermedad autoinmune sistémica (EAI), 32 con Síndrome de Sjogren, 14 Lupus Eritematoso Sistémico, 4 Artritis Reumatoide, 3 Esclerosis Sistémica, 3 Poliarteritis Nodosa, 5 Síndrome Antifosfolípido, 2 Púrpura Trombótica Trombocitopenica, 1 Enfermedad de Horton y 1 Anemia Hemolítica Autoinmune. El diagnóstico de EAI en 31 casos es previo al de crioglobulinas y en 35 ocasiones posterior. Enfermedades autoinmunes órgano-específica (EAI OE) hay 19 casos (14%). Con 10 casos de hipotiroidismo, 3 psoriasis, 1 penfigo, 1 CBP, 1 CUCI, 1 vitiligo. Dentro de las EAI OE hay 12 casos previos al hallazgo positivo de crioglobulinas y 7 casos posteriores al diagnóstico. En 37 pacientes (30%) tenían un síndrome crioglobulinémico, con una clínica de vasculitis en 26 pacientes, 7 con polineuropatía y 4 con glomerulonefritis. Hallando en el 68% de los pacientes con EAI infección con el virus de la hepatitis C.

**Conclusiones.** Conclusiones. La incidencia de las enfermedades autoinmunes en pacientes con crioglobulinas es importante con una prevalencia del 32,2% de los pacientes y 1,8 enfermedades por paciente. Las enfermedades autoinmunes sistémicas es el grupo más numeroso con 66 casos, siendo el SS la que tiene mayor prevalencia. La incidencia de las enfermedades órgano-específicas es menor con 19 pacientes. Siendo la enfermedad más destacada el hipotiroidismo. Dentro de los 217 pacientes con crioglobulinas positivas solo el 17% de los casos tienen un síndrome crioglobulinémico clínico.

## OSTEOPOROSIS

#### O-1

### GUÍAS DE PRÁCTICA CLÍNICA EN LA ACTIVIDAD ASISTENCIAL DE PACIENTES CON OSTEOPOROSIS

V. Centeno Peláez, M. Rodríguez Gómez y J. Pérez Castrillón

Medicina Interna. Hospital Río Hortega. Valladolid.

**Objetivos.** Determinar el grado de seguimiento de la Guía de Osteoporosis Postmenopáusica de la SEIOMM en cuanto a la indicación de tratamiento en una situación de práctica clínica.

**Material y métodos.** Se realiza un estudio retrospectivo mediante la revisión de 106 historias clínicas de pacientes seguidos en consultas externas de traumatología, reumatología, ginecología, endocrinología y medicina interna del Hospital Río Hortega de Valladolid; a quienes se les había realizado al menos dos densitometrías óseas por estar diagnosticados de osteoporosis, osteopenia y/o presentar factores de riesgo para el desarrollo de osteoporosis. Se recogen de cada paciente los siguientes datos: la edad, sexo, talla, peso, la presencia de fracturas, los tratamientos que realiza para la osteoporosis y la duración de los mismos, otros tratamientos que puedan influir sobre la densidad mineral ósea, la presencia de enfermedades con influencia sobre el hueso y una serie de parámetros densitométricos (área, BMC, DMO, T-score, Z-score tanto de cadera como de columna lumbar).

**Resultados.** El 94% de los pacientes son mujeres, con una edad superior a 50 años el 97% y presentando el 59% sobrepeso u obesidad. El 44% de los pacientes presenta osteoporosis en cadera o columna lumbar según los criterios densitométricos de la OMS, el 47% osteopenia y el 9% valores normales tanto en cadera como en columna lumbar. Tan sólo el 15% presentan fracturas en vértebras, cadera o antebrazo. El 41% de los pacientes no presenta ninguna enfermedad asociada con influencia sobre el hueso, pero el 34% presenta menopausia precoz. En cuanto a fármacos con influencia sobre la densidad mineral ósea, el 78% no reciben ninguno, tan sólo el 7% reciben esteroides y el 5% inmunosupresores. De todos los pacientes el 94% toma algún fármaco para la osteoporosis (THS, bifosfonatos, raloxifeno, calcitonina, ranelato de estroncio, además de suplementos de calcio y vitamina D). De los que reciben tratamiento el 84% presentan una duración mayor de 3 años.

**Discusión.** La SEIOMM propone unas indicaciones de tratamiento para los pacientes con osteoporosis establecida, osteoporosis densitométrica, y para los pacientes que presentando osteopenia acumulan varios factores de riesgo. Del conjunto de nuestros pacientes 47 están diagnosticados de osteoporosis y todos reciben tratamiento salvo uno; de los 50 pacientes diagnosticados de osteopenia, 16 reciben tratamiento sin asociar factores de riesgo; y de los 9 pacientes con densitometría normal 8 reciben tratamiento y tan sólo uno no lo recibe. Cómo se observa hay pacientes que no presentan indicación de tratamiento pero en cambio lo reciben.

**Conclusiones.** No se sigue en ocasiones las indicaciones de tratamiento propuesta por la Guía de Osteoporosis Postmenopáusicas de la SEIOMM. Pacientes con osteopenia sin factores de riesgo, o con valores normales en la densitometría, sin enfermedad clínica y con muy bajo riesgo de fractura preciben tratamiento. Dado los posibles efectos secundarios, el número de pacientes necesario para evitar un evento junto con el coste que suponen los fármacos; todo ello es razón suficiente para seguir los criterios de las guías clínicas y así poder evitar estos inconvenientes.

## O-2 INSUFICIENCIA DE LA INGESTA DE CALCIO EN PACIENTES CON FRACTURA DE CADERA

**J. Riancho<sup>1</sup>, C. Valero<sup>1</sup>, J. Pérez Castrillón<sup>2</sup>, N. Peña<sup>3</sup>, J. Hernández<sup>1</sup>, M. Alonso<sup>4</sup> y J. González Macías<sup>1</sup>**

<sup>1</sup>Medicina Interna. Hospital M. Valdecilla, Univ. Cantabria. Santander. <sup>2</sup>Medicina Interna. Hosp. Univ. Río Hortega. Valladolid. <sup>3</sup>Geriatría. Centro Mayores. Cueto, Cantabria. <sup>4</sup>Traumatología. Hospital M. Valdecilla. Santander.

**Objetivos.** El objetivo de este trabajo fue determinar la ingesta de calcio en pacientes con fractura de cadera y controles procedentes de dos provincias españolas, Cantabria y Valladolid.

**Material y métodos.** La muestra incluyó 341 pacientes ingresados en el hospital por fractura de cadera sin traumatismo grave (edad 54-99 años, media 82) y 468 controles sin fracturas osteoporóticas (edad 55-98 años, media 76). Se determinó la ingesta de calcio derivada del consumo habitual de productos lácteos mediante un cuestionario estandarizado.

**Resultados.** La media global de la ingesta fue de  $612 \pm 352$  mg/día. En el grupo control era significativamente mayor que en el fracturado ( $644 \pm 361$  frente a  $567 \pm 334$  mg/día,  $p = 0,002$ ). Sólo el 11% de los controles y el 7% de los pacientes tenían una ingesta próxima a las recomendaciones, superior a 1.000 mg/día. En el 40% de los controles y el 46% de los pacientes era muy baja, inferior a 500

mg/día. La ingesta tendió a disminuir con la edad ( $p = 0,002$ ), especialmente entre los controles. No obstante, al estratificar por la edad, los pacientes fracturados seguían teniendo una ingesta de calcio significativamente inferior a los controles ( $p = 0,017$ ), especialmente en el subgrupo de edad inferior a 80 años (media 674 frente a 571 mg/día). No se encontraron diferencias en la ingesta de calcio entre varones y mujeres, ni entre individuos de las diferentes provincias.

**Discusión.** La osteoporosis es un proceso de elevada prevalencia y las fracturas de cadera representan su consecuencia más devastadora. Una adecuada homeostasis esquelética precisa un aporte suficiente de calcio. Las recomendaciones internacionales indican que ésta debe alcanzar los 1200-1500 mg/día en las mujeres postmenopáusicas y los varones de edad superior a 65 años.

**Conclusiones.** Un elevado porcentaje de la población anciana de nuestro medio tiene una ingesta de calcio muy deficiente. Esto es más manifiesto entre los pacientes que sufren una fractura de cadera y subraya la conveniencia de desarrollar estrategias que optimicen el aporte de calcio en este grupo de población.

## O-4 RELACIÓN ENTRE HOMOCISTEÍNA Y MASA ÓSEA EN PACIENTES ALCOHÓLICOS

**E. García-Valdecasas Campelo<sup>1</sup>, E. González Reimers<sup>1</sup>, F. Santolaria Fernández<sup>1</sup>, M. de la Vega Prieto<sup>2</sup>, M. Sánchez Pérez<sup>3</sup>, J. Alvisa<sup>1</sup>, J. Viña Rodríguez<sup>1</sup> y A. Fonseca<sup>1</sup>**

<sup>1</sup>Medicina Interna. <sup>2</sup>Laboratorio. Hospital Universitario Canarias. La Laguna, Santa Cruz de Tenerife. <sup>3</sup>Medicina Interna. Hospital del Tórax. Santa Cruz de Tenerife.

**Objetivos.** En el paciente alcohólico se ha observado la presencia de osteopatía caracterizada fundamentalmente por una osteoporosis. Es una enfermedad sistémica caracterizada por una baja masa ósea para la edad y sexo del individuo, con alteración de la microarquitectura de los huesos, lo que confiere una mayor fragilidad ósea y una mayor facilidad para la aparición de fracturas. La homocisteína (tHcy) es un aminoácido intermedio que se produce en el metabolismo de la metionina y que puede interferir con la formación del colágeno, la mineralización ósea y por ende aumentar el riesgo de fracturas osteoporóticas. De hecho en la homocistinuria, enfermedad autosómica recesiva poco frecuente, existen niveles elevados de tHcy en sangre y entre otras graves manifestaciones se observa osteoporosis precoz y fracturas. Los estudios hasta ahora realizados arrojan resultados tanto en concordancia con dicha relación -tHcy y alteración del metabolismo óseo- como en desacuerdo.

**Material y métodos.** 43 pacientes alcohólicos (23 varones) en los que estudiamos la densidad mineral ósea (DMO) mediante la realización de DEXA y determinamos hormonas (cortisol, testosterona, estradiol y T4 libre), marcadores de síntesis y recambio óseo (PTH, vitamina D, osteocalcina y telopéptido c-terminal) y osteoprotegerina/RANK-L para conocer su relación con la tHcy. Los comparamos con un grupo control de 43 individuos.

**Resultados.** La media del valor de tHcy era de  $14,82 \pm 12,36$  en los alcohólicos y de  $12,43 \pm 2,68$  en los controles. No encontramos significación estadística en el estudio de correlación entre la tHcy y los valores de T-score en las diferentes localizaciones analizadas. Los pacientes con osteoporosis ( $Tscore > 2,5$ ) presentaban niveles de tHcy superiores a aquellos sin osteoporosis aunque estas diferencias tampoco fueron significativas (fundamentalmente en columna y triángulo de Ward). Cuando comparamos nuestro grupo con los controles encontramos significación estadística al analizar la DMO en cualquiera de las localizaciones. En el estudio de las hormonas, marcadores de recambio y formación ósea y osteoprotegerina/RANK-L sólo hallamos relación directa entre la tHcy y el cortisol ( $r = 0,36$ ,  $p = 0,025$ ).

**Conclusiones.** En nuestro estudio no hemos encontrado una relación entre la tHcy y la osteoporosis en contra de lo referido por Gjesdal et al (2006), Herrmann et al (2005), Morris et al (2005), Mc Lean et al (2004) y van Meurs et al (2004). Nuestros datos se aproximan más con los encontrados por Nilsson et al (2005) que no llegan a demostrar su hipótesis de que el aumento de la tHcy es un factor de riesgo para el desarrollo de osteoporosis.

**O-5  
EVALUACIÓN DE LAS INDICACIONES DE TRATAMIENTO PARA LA OSTEOPOROSIS INDUCIDA POR GLUCOCORTICOIDES EN EL ÁMBITO HOSPITALARIO**

**A. Villoslada, M. Marco, A. de la Peña, A. Gutiérrez y J. Buades**

Medicina Interna. Hospital Son Llàtzer. Palma de Mallorca.

**Objetivos.** Evaluar el manejo a nivel terapéutico y preventivo de la osteoporosis inducida por glucocorticoides en pacientes ingresados en Medicina Interna.

**Material y métodos.** Estudio transversal de una muestra de pacientes ingresados de forma consecutiva con diagnóstico principal de EPOC reagudizado en el Servicio de Medicina Interna del Hospital Son Llàtzer durante el año 2004. Se analizaron las siguientes variables; edad, sexo, índice de masa corporal, hábitos tóxicos, sedentarismo (< 2 horas/día deambulando), oxigenoterapia, filtrado glomerular, patología asociada (Diabetes mellitus tipo 2, hipertiroidismo, hepatopatía crónica), pruebas complementarias (radiografía simple de columna dorsal y lumbar), fracturas por fragilidad y perfil terapéutico (dosis corticoides sistémicos acumuladas superior a 7,5 mg/día durante 3 meses, tratamiento con calcio, vitamina D y osteoporótico).

**Resultados.** Se analizaron 80 pacientes (edad: 73,2; d.e 10 años, 96,3% sexo varón). 65 pacientes (81%) diagnosticados de EPOC moderado; 28 (35%) acumularon dosis superiores a 7,5 mg/día de glucocorticoides sistémicos durante más de 3 meses. El resto de datos epidemiológicos están representados en la tabla 1. 31 pacientes (39%) fueron diagnosticados radiológicamente de fracturas por fragilidad, de las cuales, 29 (93,5%) eran vertebrales. Las indicaciones de tratamiento con Calcio, vitamina D o difosfonatos están representadas en la tabla 2.

**Discusión.** La osteoporosis inducida por glucocorticoides sistémicos es la causa más frecuente de osteoporosis secundaria. El manejo adecuado de este serio problema de salud requiere una actitud mucho más incisiva a nivel diagnóstico, preventivo y terapéutico por parte de los internistas.

**Conclusiones.** Nuestros datos confirman que la prevención primaria o secundaria de la osteoporosis es una estrategia escasamente tenida en cuenta en el medio hospitalario ya que tan solo se indicó el tratamiento correcto en el 5,5% de los pacientes en prevención primaria y en el 19,4% en prevención secundaria.

Tabla 2. Aspectos terapéuticos.

	Calcio/Vit-D	Difosfonatos
Global**	10 (12,5)	6 (7,5)
Corticoterapia crónica**	4 (14,3)	3 (10,7)
Fracturas osteoporóticas**	9 (29,03)	6 (19,4)

**O-6  
CUMPLIMIENTO TERAPÉUTICO EN PACIENTES CON OSTEOPOROSIS**

**M. Sánchez Ledesma<sup>1</sup>, C. Montilla Morales<sup>2</sup>, S. Aparicio Erroz<sup>1</sup>, A. Maillo González-Orus<sup>3</sup>, E. Mateos Cobos<sup>4</sup>, V. Salazar Navarro<sup>4</sup>, S. Gómez Castro<sup>2</sup> y J. Del Pino<sup>2</sup>**

<sup>1</sup>Medicina Interna, <sup>2</sup>Reumatología. Virgen Vega. Salamanca.

<sup>3</sup>Medicina Familiar y Comunitaria, <sup>4</sup>Urgencias, Hospital Clínico. Salamanca.

**Objetivos.** Conocer el cumplimiento terapéutico de pacientes diagnosticados de Osteoporosis en la Consulta Externa de un Hospital Universitario.

Tabla 1. Aspectos clínicos-epidemiológicos (O-5).

Tabaco (paquetes-año)*	69,17 (29,34)	Vida sedentaria**	25 ( 31,3)
Alcohol**	8 (10)	Oxigenoterapia**	23 (28,8)
Hipertiroidismo **	0 (0)	DM tipo 2**	23 (28,8)
Hepatopatía crónica**	6 (7,5)	índice masa corporal (kg/m <sup>2</sup> )*	26,90 ( 5,03)

\*= media; desviación estándar; \*\*= n (%).

**Material y métodos.** Se realizó un estudio transversal de base poblacional a una muestra representativa. La recogida de información se llevó a cabo a través de un cuestionario cumplimentado mediante entrevista personal a un grupo de pacientes diagnosticados de Osteoporosis. El cuestionario estaba constituido por 78 ítems estructurados en 4 bloques de información (datos sociodemográficos, estilos de vida relacionados con la salud, consumo de medicamentos y cumplimiento terapéutico).

**Resultados.** Cincuenta y un pacientes fueron entrevistados. Todos fueron mujeres. La edad media fue de 65,2 (DE: 9,55). Respecto al consumo de medicamentos, el 29,4% de los pacientes consumió alguna vez medicamentos por decisión propia (en general analgésicos). El 70,6% de los entrevistados lee de forma regular los prospectos y el 66,7% afirma comprenderlos siempre o casi siempre. En el cumplimiento terapéutico, el 92% sigue las indicaciones de tratamiento médico, confiando el 72% en la eficacia del mismo. Aunque la mayoría (94,1%) toma la medicación a sus horas, más de la mitad de los pacientes (56,9%) olvida tomar alguna dosis El 80,4% de los pacientes cumple los requisitos de la dieta mientras más de la mitad hace la actividad física recomendada por el médico.

**Conclusiones.** el cumplimiento terapéutico en la toma de la medicación fue superior al observado en las recomendaciones dietéticas y físicas. Esta conclusión coincide con trabajos previamente publicados en otras enfermedades. Sería necesaria una mayor realización de estudios dirigidos a evaluar cumplimiento terapéutico en pacientes con Osteoporosis.

**O-7  
EFECTOS DEL CALCIO Y VITAMINA D SOBRE LA DENSIDAD MINERAL ÓSEA (DMO) DE COLUMNA LUMBAR**

**M. Rodríguez Gómez, V. Centeno Peláez y J. Pérez Castrillón**

Medicina Interna. Hospital Universitario Río Hortega. Valladolid.

**Objetivos.** Confrontar los efectos sobre la densidad mineral ósea (DMO) de columna lumbar en pacientes con tratamiento antirresortivo, que reciben suplementos con Calcio y Vitamina D, y pacientes que no lo reciben.

**Material y métodos.** Se realizó un estudio descriptivo, de corte transversal, revisando un total de 106 historias clínicas pertenecientes a pacientes osteoporóticos y no osteoporóticos, con al menos dos densitometrías realizadas. Dichas historias se recogieron de los servicios de Medicina Interna, Ginecología y Traumatología de nuestro hospital. La mayoría de la muestra, el 94,3% eran mujeres, y de ellas el 33% presentaban menopausia precoz. Casi todos los pacientes seleccionados, el 94,4% recibían tratamiento para la osteoporosis, con antirresortivos (THS, raloxifeno, calcitonina y bifosfonatos) el 90,7% y con tratamiento mixto (ranelato de estroncio) el 3,7%. Para nuestro estudio se dividieron los pacientes en dos grupos; los que recibían suplementos de calcio y vitamina D, y los que no lo recibían. Posteriormente se compararon la DMO volumétrica y DMO de columna lumbar y su evolución en el tiempo en ambos grupos. El programa estadístico empleado fué el spss 11.1 y los test de contraste de hipótesis el t de Student y W Wilcoxon.

**Resultados.** De los 106 pacientes de nuestra muestra, la mayoría, el 77,3% recibía tratamiento no farmacológico para la osteoporosis con suplementos de calcio y vitamina D, además de su tratamiento de base con antirresortivos o tratamiento mixto, y el 22,6% no recibían dichos suplementos de calcio y vitamina D. Al analizar los dos grupos por separado, observamos cómo en los pacientes en tratamiento con calcio y vitamina D se produce en densitometrías posteriores, un aumento del valor medio de la DMO volumétrica de colum-

na lumbar ( $p = 0,048$ ), y de la DMO lumbar ( $p = 0,005$ ), siendo ambas diferencias estadísticamente significativas. En cambio en los pacientes que no son tratados con calcio y vitamina D sólo nos resulta estadísticamente significativo un ascenso en los valores de la media final del área lumbar ( $p = 0,028$ ). En la DMO lumbar de estos pacientes no encontramos diferencias estadísticamente significativas. Discusión. Diferentes estudios clínicos realizados comparando pacientes que recibían suplementos de calcio y vitamina D, con los que no lo recibían han demostrado que en el grupo que se trata con calcio y vitamina D se atenúa o reduce la pérdida de masa ósea y se disminuye el riesgo de fracturas vertebral, de fémur y no vertebral. Esto se observa en mujeres postmenopáusicas con ingesta de calcio deficiente y en ancianos con niveles de vitamina D insuficientes. Todos los ensayos clínicos en los que se ha valorado la eficacia del tratamiento antirresortivo incluían suplementos de calcio y vitamina D.

**Conclusiones.** La administración de suplementos de calcio y vitamina D son necesarios para obtener un beneficio adecuado con el tratamiento antirresortivo.

### O-8

#### ESTUDIO DE LA RELACIÓN ENTRE LA INSUFICIENCIA PANCREÁTICA, LA INSUFICIENCIA RESPIRATORIA Y LOS NIVELES DE VITAMINA D Y DENSIDAD ÓSEA EN PACIENTES ADULTOS CON FIBROSIS QUÍSTICA

R. López Menchaca<sup>1</sup>, P. Sánchez Molini<sup>1</sup>, N. Ruiz-Giménez Arrieta<sup>1</sup>, S. Sánchez Cuéllar<sup>3</sup>, I. Jiménez Alonso<sup>3</sup>, R. Girón Moreno<sup>2</sup>, A. Álvarez Moccia<sup>3</sup> y J. Herrero Martínez<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Servicios de Medicina Interna, <sup>2</sup>Neumología, <sup>3</sup>Aparato Digestivo. Hospital la Princesa. Madrid.

**Objetivos.** Estudiar la correlación entre la insuficiencia pancreática, la insuficiencia respiratoria, los niveles de vitamina D y la densidad ósea de una población de 32 pacientes adultos con fibrosis quística del área de salud nº 2 de Madrid.

**Material y métodos.** Realizamos un estudio retrospectivo observacional en 32 adultos jóvenes con fibrosis quística con una edad media de 29,1 (rango 22-49 años), siendo un 53% varones y un 47% mujeres. La insuficiencia pancreática se estudió mediante el test del octanoato de colesterol, definiéndose como normales valores entre 20-49%, insuficiencia grado 1 entre 14%-19%, grado 2 entre 7-13% y grado 3 entre 0-6%. La función respiratoria se evaluó mediante ple-tismografía, entendiéndose como normal una FEVI > 80%, insuficiencia respiratoria leve como FEVI 60-80%, moderada FEVI 40-59%, y grave menor de 40%. Se consideró como hipovitaminosis D niveles por debajo de 20 ng/L. Por último, se estudió la densidad ósea mediante densitometría de doble energía de la columna lumbar, definiéndose la osteopenia con T entre -1 y -2,5 y la osteoporosis con T menor de -2,5. El análisis estadístico se llevó a cabo con el programa SPSS 13.0.

**Resultados.** El 34,6% de los pacientes de nuestro estudio presentan hipovitaminosis D. El 68,7% presentan insuficiencia respiratoria, siendo en un 15,6% grave. Un 53,4% de nuestros pacientes presentan insuficiencia pancreática en algún grado, y en el 14% de los mismos es de carácter grave. En el 64,3% de los pacientes se objetiva algún grado de pérdida de masa ósea, y el 28% presentan osteoporosis en columna lumbar. Cuanto mayor es la edad de los pacientes, mayor grado de insuficiencia pancreática presentan, aunque no se alcanza una significación estadística. Tampoco hemos encontrado una vinculación estadísticamente significativa entre la insuficiencia pancreática y la hipovitaminosis D, ni entre ésta y la osteoporosis. Curiosamente parece que los varones presentan mayor osteoporosis que las mujeres, con una  $p = 0,024$ .

**Discusión.** El mejor control de las infecciones respiratorias en los pacientes con fibrosis quística ha permitido un significativo aumento de su esperanza de vida. Sin embargo, la prevalencia de osteoporosis en estos pacientes constituye un problema creciente y de gran importancia, ya que su prevalencia es similar al grupo etario de mujeres de 60-69 años sin fibrosis quística (24,2%), con el riesgo incrementado de fractura que lleva consigo. La mayor prevalencia de osteoporosis encontrada en la población masculina, aunque significativa, ha podido ser fruto del azar. Postulamos como posible explicación a la ausencia de vinculación entre la insuficiencia digestiva y la hipovitaminosis D, o entre la hipovitaminosis D y la osteoporosis

el pequeño tamaño muestral de nuestro estudio. No obstante, no descartamos que con un seguimiento más prolongado o con la ampliación de la muestra podamos encontrar una asociación significativa entre dichas variables. Por último, hay que destacar que aunque los pacientes con hipovitaminosis D comienzan a recibir terapia sustitutiva con calcio o vitamina D, el uso de bifosfonatos y otros fármacos no está tan generalizado, aunque este aspecto desborda el objetivo de nuestro trabajo.

**Conclusiones.** Los pacientes con fibrosis quística han incrementado su esperanza de vida, por lo que la aparición de problemas como la osteoporosis constituye un campo susceptible de mejora en el manejo de estos pacientes. No se ha podido establecer una relación entre la insuficiencia pancreática y la hipovitaminosis D, ni tampoco entre la hipovitaminosis y la osteoporosis con los datos de nuestra población. Se precisan más estudios clínicos para validar el tratamiento con bifosfonatos y otros fármacos en los pacientes con fibrosis quística.

### O-9

#### TRATAMIENTO CON BISFOSFONATOS INTRAVENOSOS EN PACIENTES OSTEOPÉNICAS CON CÁNCER

E. Rodríguez<sup>1</sup>, R. Ros<sup>1</sup>, M. Durán<sup>1</sup>, L. Rodríguez<sup>2</sup>, A. Pérez<sup>1</sup>, A. Castellano<sup>1</sup>, E. González-Reimers<sup>1</sup> y F. Santolaria<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Medicina Interna, <sup>2</sup>Oncología Médica. Hospital Universitario de Canarias. La Laguna, Santa Cruz de Tenerife.

**Objetivos.** Las pacientes con cáncer suelen presentar osteopenia secundaria a los tratamientos aplicados: cirugía (anexectomía bilateral o gastrectomía), radioterapia, quimioterapia, antiestrógenos e inhibidores de la aromatasa. Ello conlleva un aumento del riesgo de fracturas que disminuye la calidad de vida de estas mujeres, un grupo con problemas especiales (riesgo de recurrencia, secuelas digestivas, psicológicas, etc) que pueden necesitar de forma transitoria o definitiva soluciones diferentes a otros grupos de pacientes con osteopenia. Los bifosfonatos han demostrado su eficacia en el tratamiento y prevención de la osteopenia inducida por las terapias antineoplásicas. El zoledronato IV se ha usado para aumentar la masa ósea en mujeres osteopénicas. Nos propusimos analizar los motivos para pautar bifosfonatos IV a un grupo de mujeres diagnosticadas de cáncer enviadas a una consulta de Medicina Interna por osteopenia u osteoporosis, evaluar la tolerancia al tratamiento y el efecto sobre la masa ósea al año de tratamiento.

**Material y métodos.** Se incluyeron 37 pacientes (52 ± 10 años), 22 en remisión completa y 16 con enfermedad neoplásica activa. Todas tenían osteopenia (56,8%) u osteoporosis (43,2%) por densitometría (DMO) y habían sido o iban a ser tratadas con terapias potencialmente inductoras de osteopenia. Se les administró una dosis de 4 mg de zoledronato IV en algún momento de su seguimiento (1995-2006) por diferentes razones. Todas tenían DMO en columna y cadera ( $g/cm^2$ ) antes de recibir la dosis IV y 19 de ellas, DMO al año.

**Resultados.** La neoplasia más frecuente fue el ca. de mama (73%). Las pacientes se trataron con cirugía (92%), quimioterapia (86,5%), radioterapia (73%) y hormonoterapia (56,8%). 27% recibieron inhibidores de la aromatasa. 89,2% eran menopáusicas (de ellas el 61,5% con menopausia no fisiológica). Las razones para pautar bifosfonatos IV fueron variadas: (1) problemas digestivos ( $n = 17$ ): hernia de hiato con reflujo gastroesofágico ( $n = 6$ ), intolerancia digestiva a los bifosfonatos orales ( $n = 4$ ), esofagitis/disfagia postradioterapia ( $n = 2$ ), gastritis por *H. pylori* ( $n = 1$ ), cirugía del tracto digestivo previa con gastrectomía ( $n = 3$ ) y colostomía transitoria ( $n = 1$ ). (2) quimioterapia intercurrente ( $n = 16$ ): primera neoplasia (8), recidiva o segunda neoplasia (8). (3) mal cumplimiento terapéutico ( $n = 4$ ). (4) problemas psiquiátricos (síndrome depresivo, síndrome ansioso o problemas cognitivos) ( $n = 3$ ) (5) otros ( $n = 2$ ). Cinco pacientes (13,5%) presentaron como efectos secundarios migrañas y febrícula (que en un caso duraron varios días). Doce mujeres volvieron al tratamiento oral (8 a bifosfonatos vía oral y 4 a ranelato de estroncio) en cuanto su situación clínica lo permitió. La DMO ( $g/cm^2$ ) tras un año de tratamiento se mantuvo estable en columna lumbar ( $0,892 \pm 0,08$ ;  $0,908 \pm 0,101$   $p = NS$ ) y en cadera (cuello femoral:  $0,732 \pm 0,085$ ;  $0,745 \pm 0,101$   $p = NS$ , trocánter:  $0,650 \pm 0,103$ ;  $0,655 \pm 0,079$   $p = NS$ , cadera total:  $0,887 \pm 0,141$ ;  $0,900 \pm 0,124$   $p = NS$ ).

**Discusión.** Las pacientes supervivientes de cáncer suelen presentar osteopenia secundaria a los tratamientos aplicados. Son un grupo con problemática especial (riesgo de recurrencia de la neoplasia, secuelas digestivas, psicológicas, etc) que hace que puedan necesitar de forma transitoria o definitiva soluciones diferentes a otros grupos de pacientes con osteopenia/osteoporosis. Los efectos secundarios del bisfosfonato IV suelen ser leves y podrían evitarse con tratamiento sintomático (por ej. paracetamol IV previo).

**Conclusiones.** Los bisfosfonatos intravenosos pueden ser útiles en el tratamiento de la osteopenia secundaria a cáncer, al mejorar el cumplimiento en situaciones especiales como problemas digestivos o quimioterapia intercurrente.

**O-10  
OSTEOPENIA Y OSTEOPOROSIS EN PACIENTES CON INFECCIÓN POR EL VIH EN SALAMANCA**

**S. Bahamonde Cabria<sup>1</sup>, A. Fuertes Martín<sup>1</sup>, M. Martín Gómez<sup>2</sup>, R. Ruano Pérez<sup>2</sup>, P. García-Talavera<sup>2</sup>, G. Luna Rodrigo<sup>1</sup>, M. Cordero Sánchez<sup>1</sup> y J. Del Pino Montes<sup>3</sup>**

<sup>1</sup>Medicina Interna II, <sup>2</sup>Medicina Nuclear, <sup>3</sup>Reumatología. Hospital Universitario. Salamanca.

**Objetivos.** La infección por el VIH y/o el empleo de terapia antirretroviral de gran actividad (TARGA) se ha relacionado con alteraciones de la masa ósea. Principalmente osteopenia y osteoporosis, siendo controvertida la causa de estas alteraciones. El objetivo de este estudio es determinar la prevalencia de osteopenia y osteoporosis en los pacientes con infección por el VIH, mediante la realización de densitometrías y estudiar las características de esta población de riesgo.

**Material y métodos.** Se realizó un estudio transversal en el que se incluyeron pacientes con infección por el VIH en seguimiento en las consultas de Medicina Interna del Hospital Universitario de Salamanca que de forma habitual tratan a estos pacientes. Fueron excluidos aquellos pacientes que presentaban factores de riesgo conocidos para baja masa ósea. Se recogieron datos de filiación, edad, IMC (índice de masa corporal), datos de infección por el VIH, tratamiento, y se realizó densitometría ósea de columna lumbar (L1-L4) y cadera (cuello femoral y fémur total) en un total de 37 pacientes.

**Resultados.** De los 37 pacientes incluidos 25 eran hombres (67,57%) y 12 eran mujeres (32,43%). La edad media fue de 39,83 ± 3,70 años. El tiempo desde el diagnóstico fue de 10,80 ± 3,89 años, y el 53,33% se encontraban en estadios B3 y C3 (30% y 23,33% respectivamente). El valor medio de CD4 fue de 450,43 ± 16,02 y en el 83,33% de los pacientes la carga viral era indetectable. Dos no recibían ningún tratamiento y de los que sí lo tenían el 39,28% incluía un inhibidor de la proteasa (IP). El IMC medio fue de 23,28 ± 3,02 kg/m<sup>2</sup> siendo el valor de la mediana de 22,4. El 62,16% de los pacientes presentaban osteopenia en columna lumbar, en cadera o en ambas. El 13,5% presentaban osteoporosis en estas localizaciones.

**Conclusiones.** 1) La afectación ósea en los pacientes con infección por el VIH es frecuente; un osteopenia en el 62,16% y osteoporosis en el 13,5%. 2) Se desconoce la progresión de estas alteraciones en el tiempo, si se mantienen estables o si por el contrario aumentan. 3) No existen guías de tratamiento en pacientes con osteopenia sin osteoporosis franca. 4) Son necesarios estudios prospectivos que ayuden a elaborar guías de actuación, tanto de seguimiento como de tratamiento.

**O-11  
PROFILAXIS DE OSTEOPOROSIS EN PACIENTES QUE RECIBEN TRATAMIENTO CORTICOIDEO**

**M. Galindo Andúgar, E. Moya Mateo, J. Canora Lebrato, P. Romero Millán, I. Peña Gómez, D. Sinatra, P. Alcázar Carmona y M. García Largacha**

Medicina Interna. C.H. La Mancha Centro. Alcázar de San Juan, Ciudad Real.

**Objetivos.** Valorar el uso de profilaxis de osteoporosis en pacientes que han recibido corticoides durante el ingreso hospitalario en diferentes especialidades médicas en un Hospital de Segundo Nivel.

**Material y métodos.** Estudio descriptivo retrospectivo en el que se revisaron las historias clínicas de los pacientes ingresados en nuestro hospital durante un periodo de cuatro meses consecutivos (con excepción de Oncología). Se incluyen en el estudio aquellos pacientes que reciben glucocorticoides durante su estancia hospitalaria. Se recoge la prescripción de profilaxis (vitamina D, suplementos de calcio y/o bifosfonatos) previa al ingreso, durante el mismo y al alta hospitalaria. Se recoge el diagnóstico de osteoporosis y fracturas (especialmente vertebrales y cadera).

**Resultados.** De un total de 830 ingresos, 149 pacientes (90 varones y 58 mujeres) recibieron corticoides durante su estancia en el hospital. 30 de ellos estaban con corticoides previamente (19,5%). 13 pacientes recibían profilaxis previa (8,4%). Sólo dos pacientes estaban con ambos tratamientos (1,3% de 149). La distribución por especialidades fue: (tabla 1). De 3 pacientes con diagnóstico previo de osteoporosis (4,47%), sólo 1 recibió profilaxis (continuando la que ya estaba realizando de forma ambulatoria). Sólo 1 de los pacientes tuvo fractura de cadera previa, y a pesar de estar ya con tratamiento corticoideo, no recibió profilaxis. Hubo 1 caso con fracturas vertebrales en el que sí se pautó la profilaxis.

**Discusión.** Sería preciso realizar actividades formativas y concienciar a los diferentes especialistas, incidiendo especialmente sobre Medicina Interna, Neumología y Neurología.

**Conclusiones.** Sería preciso realizar actividades formativas y concienciar a los diferentes especialistas, incidiendo especialmente sobre Medicina Interna, Neumo y Neurología.

Tabla 1. Uso de profilaxis según especialidades.

	No profilaxis	Sí profilaxis	Total
Especialidad			
M. Interna	81 (85,3%)	14 (14,7%)	95
Cardiología	2 (66,7%)	1 (33,3%)	3
Neumología	37 (94,9%)	2 (5,1%)	39
Neurología	7 (100%)	0	7
Digestivo	1 (50%)	1 (50%)	2
Total	128	18	146

**O-12  
ACTUACIÓN DEL INTERNISTA EN PACIENTES CON FRACTURA DE CADERA. INTERVENCIÓN SOBRE LA OSTEOPOROSIS**

**R. Fernández<sup>1</sup>, C. Palomo<sup>1</sup>, C. Costas<sup>1</sup>, B. García<sup>1</sup>, V. Lázaro<sup>2</sup>, A. Braña<sup>2</sup>, B. Díaz<sup>1</sup> y J. Pilo<sup>1</sup>**

<sup>1</sup>Medicina Interna II, <sup>2</sup>Traumatología II. Hospital Universitario Central de Asturias. Oviedo, Asturias.

**Objetivos.** Estudiar las características de las interconsultas llevadas a cabo por el servicio de Medicina Interna en los pacientes ingresados con fractura de cadera en el Servicio de Traumatología II. Revisar la intervención terapéutica haciendo énfasis en la introducción de tratamiento para la osteoporosis.

**Material y métodos.** En el Hospital Universitario Central de Asturias se lleva a cabo un programa de visita diaria a todos los enfermos con fractura de cadera por parte de un internista, con las funciones de prevención, diagnóstico y tratamiento en su caso de las complicaciones médicas que aparezcan. Se utiliza un protocolo de intervención (realizado de acuerdo con el servicio de traumatología), que incluye: historia clínica, peticiones, utilización de oxigenoterapia, profilaxis antibiótica, tromboprofilaxis, criterios transfusionales y terapia de osteoporosis, con intervención multifactorial. Se analizan las interconsultas realizadas en el período de tiempo de octubre del 2005 a junio del 2006. Hoja de recogida de datos, incluye: datos del ingreso, antecedentes personales, tratamientos crónicos, motivo de consulta a Medicina Interna, diagnósticos post-consulta, cambio de tratamientos crónicos y nuevos tratamientos al alta, éxitus y puntuación en la escala de Norton. Asimismo se realiza un análisis retrospectivo del tratamiento para la osteoporosis en un número equivalente de fracturas de cadera en el período de tiempo de octubre del 2004 a

junio del 2005, previo a la actividad asistencial realizada por el servicio de Medicina Interna. Comparación de porcentajes mediante el test de chi-cuadrado.

**Resultados.** Se documentan 40 fracturas de cadera, de un total de 141 interconsultas (28,4%), en el 90% de los casos se realizaron dentro de las primeras 24 horas post-petición. Un 47,5% requirieron un seguimiento superior a las 4 visitas. La edad media fue 79 años y predominio en mujeres (67%). Los principales antecedentes asociados fueron HTA (45%) y demencia (30%). La media de la escala de Norton fue 7. Los principales diagnósticos post consulta fueron síndrome confusional agudo (20%), EPOC agudizado (15%). Fallecieron durante la hospitalización el 5% de enfermos. Sólo un 2,5% de los pacientes contaban con un diagnóstico previo de osteoporosis. Se indicó tratamiento con calcio y 25 (OH) vitamina D<sub>3</sub> en el 95% de los pacientes, pese a ello sólo se registró en el informe de alta quirúrgica en el 55%, y bifosfonatos en 7,5%. Este aspecto mejoró respecto al período preasistencial octubre 2004-junio 2005 en el que sólo en un 2,5% figuraba dicho tratamiento (p: 0.000).

**Discusión.** Las fracturas de cadera representan un importante volumen de las interconsultas de traumatología. La mayoría son pacientes ancianas, con pluripatología, elevado índice de complicaciones y mortalidad intrahospitalarias. Aunque la mayor parte de las fracturas de cadera son de origen osteoporótico, sin embargo es frecuente que no se haya establecido tal diagnóstico previo a la fractura y que el paciente no esté recibiendo tratamiento al respecto. A pesar de la importante mejora tras la indicación de tratamiento para osteoporosis, el cumplimiento de dichas recomendaciones médicas por parte del servicio quirúrgico responsable, fue inferior al esperado, lo que refuerza la necesidad de seguir mejorando en la colaboración entre los servicios médicos y quirúrgicos.

**Conclusiones.** La asistencia reglada de los pacientes con fractura de cadera, desde el preoperatorio, hace más ágil su manejo, previene complicaciones y, en su defecto, permite un tratamiento precoz de las mismas. Por otra parte, el seguimiento de los mismos mejora el cumplimiento de las recomendaciones médicas.

### O-13

#### ESTUDIO EVOLUTIVO DE LA MASA ÓSEA EN PACIENTES ALCOHÓLICOS

**J. Alvisa Negrín, E. González Reimers, E. García-Valdecasas Campelo, E. Rodríguez Rodríguez, E. Martín Ponce, C. Rodríguez López, L. Lorenzo de la Peña y R. Pelazas González**

Medicina Interna. HUC. La Laguna, Santa Cruz de Tenerife.

**Objetivos.** Analizar la masa ósea de pacientes alcohólicos y su relación con el deterioro de la función hepática así como su evolución en un período de seis meses.

**Material y métodos.** Se incluyeron 41 pacientes alcohólicos y 27 controles de similar edad (cirróticos 48,71 ± 7,17 años; no cirróticos 46,28 ± 10,54 años; controles 46,35 ± 10,45) y sexo a los que se les determinó DMO y niveles séricos de PTH, Vit D, Cortisol, osteocalcina, T4 libre, además de parámetros de función hepática. Estos procedimientos se repitieron a los seis meses.

**Resultados.** Encontramos que la DMO de los pacientes alcohólicos al ingreso mostraban diferencias significativas con respecto a los controles sanos, apreciándose disminución más marcada en cirróticos que en no cirróticos especialmente a nivel de la columna lumbar (L2-L4) (p < 0,02), trocánter (p < 0,02), intertrocántica (p < 0,001), ward (p < 0,001), brazo izquierdo (p < 0,001), brazo derecho (p = 0,02), parrilla costal izquierda (p < 0,001), tórax (p = 0,01), pelvis (p < 0,001), columna lumbar (p < 0,02), pierna derecha (p < 0,001), pierna izquierda (p < 0,001). El análisis de las hormonas involucradas en el metabolismo óseo mostró un descenso significativo de los niveles de testosterona (p < 0,007) así como una tendencia en el descenso de la vit. D (p = 0,08) en el caso de los pacientes cirróticos. En relación a los marcadores de función hepática solo la disminución de la albúmina se relacionó de forma significativa con la disminución de la masa ósea (p < 0,03). A los seis meses apreciamos una disminución significativa de la masa ósea más marcada en cirróticos que en no cirróticos especialmente a nivel del brazo derecho (p < 0,003), pierna izquierda (p < 0,02), parrilla costal derecha (p < 0,03), parrilla costal izquierda (p < 0,04).

**Conclusiones.** En los pacientes alcohólicos existe una mayor pérdida de masa ósea, más acusada en cirróticos y que guarda relación con el deterioro de la función hepática. Tras seis meses de observación se aprecia un descenso de la masa ósea que es significativamente mayor en cirróticos que en no cirróticos.

### O-14

#### CÁNCER DE MAMA PRECOZ: CAMBIOS EN LA DENSIDAD DE MASA ÓSEA DESPUÉS DE DOCE MESES DE LA ADMINISTRACIÓN DE ÁCIDO ZOLEDRÓNICO JUNTO CON EL PRIMER CICLO DE QUIMIOTERAPIA ADYUVANTE

**M. Alemán Valls<sup>1</sup>, B. Alonso Álvarez<sup>2</sup>, L. Rodríguez Rodríguez<sup>2</sup>, E. Rodríguez Rodríguez<sup>1</sup>, M. Llanos Muñoz<sup>2</sup>, S. Ponce Aix<sup>2</sup>, J. Oramas Rodríguez<sup>2</sup> y N. Batista López<sup>2</sup>**

<sup>1</sup>Medicina Interna, <sup>2</sup>Oncología Médica. Universitario de Canarias. La Laguna, Santa Cruz de Tenerife.

**Objetivos.** Analizar a los 12 meses el efecto sobre la densidad de masa ósea en mujeres con cáncer de mama no metastásico, que recibieron antes del primer ciclo de quimioterapia una dosis única de ácido zoledrónico; y estos resultados. Los comparamos con un grupo control que no recibió bifosfonatos intravenosos.

**Material y métodos.** Estudio prospectivo en el cual analizamos el efecto de una dosis única de ácido zoledrónico endovenoso (4 mg), sobre la densidad de masa ósea (DMO) de 49 mujeres con cáncer de mama no metastásico (estadio I-III), administrado antes de la quimioterapia. Las pacientes fueron tratadas en el Servicio de Oncología Médica entre los años 2003 a 2006. Medimos la DMO (gr/cm<sup>2</sup>) en zona lumbar y en cadera al diagnóstico y después de 12 meses de la administración de la quimioterapia. Los resultados. Fueron comparados con los de un grupo control de 45 pacientes con cáncer de mama no metastásico que recibieron tratamiento adyuvante sin bifosfonatos intravenosos.

**Resultados.** Incluimos un total de 49 pacientes con cáncer de mama no metastásico y 45 controles. La edad media fue de 52 ± 10 años y el índice de masa corporal de 28,2 ± 5,5 kg/m<sup>2</sup>. Al inicio del estudio no existían diferencias en la densidad de masa ósea en zona lumbar y cadera entre ambos grupos. Después de 12 meses del primer ciclo (n = 49) hubo un incremento significativo en cuello femoral (0,799 ± 0,12, 0,800 ± 0,12; p = 0,001), trocánter (0,701 ± 0,10, 0,693 ± 0,01; p = 0,042) y cadera total (0,929 ± 0,13; 0,927 ± 0,12; p = 0,036); la DMO permaneció estable en columna lumbar, intertrocánter y triángulo de Ward's. En cambio, en el grupo control encontramos que en área lumbar, trocánter, zona intertrocánterea, triángulo de Ward's y cadera total hubo un descenso de la DMO no significativo.

**Discusión.** La quimioterapia adyuvante ha demostrado un incremento en la supervivencia y podemos entonces encontrarnos con complicaciones a largo plazo como es la osteoporosis. Existen distintos estudios que demuestran el efecto de la misma disminuyendo la densidad de masa ósea, y el perjuicio que puede generar en la calidad de vida de estas pacientes. Con los resultados de nuestro estudio, aunque es un número pequeño de pacientes, parece que la administración de ácido zoledrónico junto con la quimioterapia puede tener un efecto beneficioso sobre la densidad de masa ósea.

**Conclusiones.** La administración de ácido zoledrónico en mujeres con cáncer de mama precoz antes de la quimioterapia ha demostrado un beneficio en la reducción de la densidad de masa ósea, consiguiendo un aumento significativo en algunas áreas y la estabilización en otras.

### O-16

#### ENCUESTA DE SALUD EN UNA POBLACIÓN CON FRAC-TURA DE COLLES ¿TENEMOS EN CUENTA A NUESTROS PACIENTES?

**R. Tirado Miranda, R. Gallardo López, M. Alba Herrero, B. Casas Nicot, J. Rodríguez Jiménez, M. Navarro Hidalgo, S. Jansen Chaparro y J. Criado Montilla**  
Medicina Interna. Hospital Infanta Margarita. Cabra, Córdoba.

**Objetivos.** Conocer la percepción que tienen los pacientes afectos 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 los últimos 30 días. Se interrogó a los pacientes sobre el conocimiento que presentaban en relación a la osteoporosis y sus factores de riesgo, la necesidad de que se les realizarán estudios diagnósticos en este sentido y la necesidad que tenían de una mayor información sobre esta patología.

**Resultados.** De los pacientes entrevistados un 80% fueron mujeres. La edad media fue mayor entre las mujeres (68,9 años) que entre los hombres (62 años). Un 70% de los pacientes desconocían lo que era la osteoporosis. Sin embargo, la mayoría relacionaba su fractura con la falta de calcio en el hueso. Todos reconocieron algún factor con efecto beneficioso sobre el hueso, como la ingesta de calcio, los baños de sol o la actividad física. La mayoría de los pacientes pensaban que tenían una probabilidad mayor de sufrir nuevas fracturas, pero desconocían que estrategias o tratamiento podían emplear para minimizar este riesgo y se mostraban y consideraban muy interesante la asistencia a charlas educativas sobre la osteoporosis.

**Conclusiones.** la mayoría de los pacientes entrevistados no tenían una idea definida sobre la osteoporosis ni sobre las medidas anti-fracturarias. 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. La casi totalidad de los pacientes se mostraron favorables a mejorar su conocimiento sobre esta enfermedad.

tía isquémica y nefropatía diabética. Las variables estudiadas suelen incrementarse con la edad en los dos sexos y en los dos grupos con y sin HVI, aunque con mayores porcentajes de expresión en el grupo con HVI. Hay una reducción de los porcentajes de expresión de la retinopatía grave en la mujer a medida que aumenta con la edad. La incidencia de la HVI va disminuyendo con la edad en los dos sexos. **Conclusiones.** Se observan diferencias significativas en las distintas variables estudiadas entre los dos grupos de pacientes: Con y sin HVI. Con HVI se produce en ambos sexos un incremento en el porcentaje de incidencia de las diversas variables analizadas.

Tabla 1.

	HVI	Varones	Mujeres
Sexo	NS	NS	NS
LDL > 130 mg/dl	NS	NS	NS
HDL < 40 mg/dl	NS	NS	NS
Tabaquismo	NS	NS	NS
Proteinuria >300 mg/24 horas	***	***	**
Creatinina 1,2-2,0 mg/dl	***	***	***
Ateromatosis	***	***	***
Retinopatía II	***	***	***
AFP	**	*	NS
Cardiopatía isquémica	***	***	***
Enf. cerebrovascular	NS	NS	NS
Nefropatía diabética	***	***	***
Enf. vascular periférica	***	***	+
Retinopatía grave	*	***	NS
Peso	NS	NS	NS
Talla	NS	NS	NS
Edad	+	NS	**
IMC	*	NS	+

NS: p > 0,100; +: p < 0,100; \*: p < 0,050; \*\*: p < 0,010; \*\*\*: p < 0,001.

## RIESGO VASCULAR

### RV-1

#### ESTUDIO NACIONAL ESPAÑOL. RELACIÓN ENTRE HVI Y OTROS INDICADORES DE LESIÓN O REPERCUSIÓN CARDIOVASCULAR

B. Ebrí Torné, I. Ebrí Verde, J. Sardaña Ferrer, A. Portolés Suso, S. Jankauskaite, P. Figueras Villalba, M. Pérez Conesa y P. Martínez Heras

Medicina Interna. Hospital Universitario Miguel Servet. Zaragoza.

**Objetivos.** Estudiar las posibles asociaciones entre HVI y otras variables expresivas de enfermedad, lesión o repercusión cardiovascular en población española.

**Material y métodos.** Datos procedentes de 2.264 pacientes de las Consultas Externas de Medicina Interna de la Geografía Española, mayores de 18 años y con riesgo cardiovascular alto o muy alto (Escala Framingham superior al 20% a 10 años) con un 54% de varones y una edad media de 66 años. Los datos clínicos para este nuevo trabajo proceden del Estudio CIFARC (Grupo de Riesgo Vascular de la SEMI). El tratamiento estadístico (Chi-2, ANOVA y regresión lineal de Pearson) se ha realizado mediante el programa STATISTIX.

**Resultados.** Como botón de muestra y por razones de espacio, exponemos únicamente una tabla y gráfica del estudio realizado entre HVI (Hipertrofia Ventricular Izquierda) y las distintas variables analizadas, aunque se realiza la discusión sobre el total de las variables estudiadas.

**Discusión.** Las variables cualitativas estudiadas han mostrado una asociación significativa estadística a p < 0,001 con la HVI excepto sexo, colesterol total, LDL, HDL, tabaquismo, enfermedad cerebrovascular, peso, talla e IMC. En cuanto a las variables cuantitativas analizadas, se han observado diferencias significativas entre las edades medias de los grupos con y sin HVI. Las mujeres con HVI tienen una edad mayor de 2,5 años respecto a las que no lo tienen. En los varones no existen tales diferencias. Las asociaciones de las diferentes variables con la HVI, presentan un mayor porcentaje de expresión en los varones que en las mujeres, a excepción de la cardiopa-

### RV-3

#### ¿ES LA CANTIDAD DE GRASA PERICÁRDICA Y SU DISTRIBUCIÓN, UN FACTOR DE RIESGO CORONARIO? MÉTODO DE CUANTIFICACIÓN MEDIANTE TAC MULTICORTE

S. Mejía Viana<sup>1</sup>, E. González Cocina<sup>1</sup>, C. Díaz Cobos<sup>1</sup>, N. Vasileva<sup>2</sup>, H. Mohd Hasan-Hussein<sup>2</sup>, C. Alonso Sierra<sup>3</sup>, E. Hernández Astorga<sup>3</sup> y M. Concha Ruiz<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Instituto del Corazón, <sup>2</sup>Servicio de Medicina Interna, <sup>3</sup>Servicio de Radiodiagnóstico. Xanit Hospital Internacional. Benalmádena, Málaga.

**Objetivos.** Estudiar la correlación de la cantidad y localización de la grasa pericárdica con la presencia de enfermedad coronaria.

**Material y métodos.** Desde enero hasta abril de 2006, 95 pacientes han sido sometidos a estudio de las arterias coronarias mediante TAC multidetector en nuestro centro. La mayoría son pacientes asintomáticos en los que se evalúa el índice de Agatston (n = 54). El resto (n = 41) tenían antecedentes o sospecha de cardiopatía isquémica (CI). Se eligen 34 pacientes asintomáticos, sin antecedentes de CI (grupo I) y se comparan con 32 pacientes diagnosticados de CI (grupo II). En cada paciente se mide la distancia entre el borde epicárdico y la hoja de pericardio, a nivel de surco auriculoventricular derecho (AD), ápex de ventrículo derecho (VD) y ápex de ventrículo izquierdo (VI). Se excluyen quistes pericárdicos o cualquier otra imagen que pueda confundir el volumen real de grasa en pericardio. Se analiza la relación del volumen de grasa y su distribución con el índice de masa corporal, edad y la presencia de CI.

**Resultados.** La tabla muestra los diámetros de grasa pericárdica en los tres sitios, en ambos grupos de pacientes. No se encontraron diferencias significativas lo que descarta una relación entre la presencia de cardiopatía isquémica y la cantidad de grasa en pericardio. En cambio, con un punto de corte de 50 años por edad, y de 28 por índice de masa corporal, se encontró correlación significativa (AD = p < 0,0001; VD = p < 0,003; VI = p < 0,002).

**Discusión.** Algunos autores han demostrado que, al igual que la grasa abdominal, el acúmulo de grasa pericárdica es un potente fac-

tor predictor de la severidad de la enfermedad coronaria, en varones, en estudios que incluyen el estudio de la angiografía coronaria y el escáner para evaluar el volumen de grasa pericárdica. En nuestro estudio, no encontramos dicha correlación, en cambio si se demuestra su relación con la masa corporal.

**Conclusiones.** En nuestra población la grasa pericárdica no es un predictor significativo de cardiopatía isquémica. Presenta una estrecha correlación con el índice de masa corporal y con la edad. Por su mayor variabilidad, puede ser más representativa la localizada a nivel del apex de ventrículo izquierdo.

Tabla 1. Anova entre grupos I y II según volumen de grasa pericárdica.

Cardiopatía isquémica	Si (G I)	No (G II)	p (IC 95%)
AD	6,9 (1,8)	5,9 (2,9)	0,131
VD	6,7 (2,2)	6,1 (3,0)	0,357
VI	3,6 (1,5)	3,1 (3,1)	0,382

**RV-4**

**ACCIDENTE CEREBROVASCULAR: CASUÍSTICA EN UN SERVICIO DE MEDICINA INTERNA EN UN PERÍODO DE TRES AÑOS**

**J. Aláez Cruz, J. García Rodríguez, L. Mateos Polo, M. Sánchez Ledesma, E. Puerto Pérez, P. Miramontes González, N. Cubino Bóveda y Á. Sánchez Rodríguez**  
 Medicina Interna. Hospital Universitario de Salamanca. Salamanca.

**Objetivos.** Las enfermedades cerebrovasculares representan el 10% de las muertes en los países industrializados y los cambios demográficos hacen que su incidencia vaya en aumento. El área sanitaria de nuestro Complejo Hospitalario abarca una población de 250.000 habitantes y dada la distribución por edades de nuestra Comunidad un alto porcentaje corresponde a personas > 65 años por lo que la patología cerebrovascular tiene alta incidencia. El objetivo de nuestro trabajo es conocer la distribución de las formas de enfermedad vascular cerebral y su mortalidad intrahospitalaria en nuestro medio, a partir de los casos registrados en nuestro servicio.

**Material y métodos.** Se trata de un análisis retrospectivo en el que se revisan los casos de enfermedad cerebrovascular registrados en el Servicio de Medicina Interna del Hospital Virgen de la Vega de Salamanca. El período de estudio comprende desde el 1 de junio de 2003 hasta el 30 de junio del 2006. En el presente estudio se incluyen todos aquellos casos diagnosticados de enfermedad cerebrovascular -mediante criterios clínicos, TAC en todos los casos y RMN y/o Arteriografía cerebral en algunos de ellos- así como la distribución según su etiología y afectación del territorio vascular cerebral. Se recogieron datos referentes al estado de antiagregación o anticoagulación al ingreso, factores de riesgo vascular (HTA, diabetes, dislipemia y obesidad), así como su mortalidad intrahospitalaria.

**Resultados.** En el período descrito se registraron un total de 3.365 pacientes ingresados en nuestro Servicio, de los cuales 451 se corresponden con enfermedad vascular cerebral (13,4%). 342 (75,8%) correspondían a ictus isquémicos y 96 casos (21,2%) a ictus hemorrágico. Al ingreso, 170 pacientes seguían tratamiento antiagregante (37,6%) y 88 seguían tratamiento anticoagulante (19,5%). De los que seguían tratamiento anticoagulante más de la mitad (57,9%) se encontraban mal anticoagulados (por exceso o por defecto) y los pacientes que sufrieron ictus isquémico mantenían una mala anticoagulación hasta en dos terceras partes de ellos (66,6%). Durante el período de hospitalización causaron éxitus 32 pacientes (7,1%), siendo 19 de ellos de etiología isquémica (4,21%) y 13 de etiología hemorrágica (2,88%). Clasificados por su localización, en los de etiología isquémica predominan los hemisféricos; ACM (247 casos; 72,2%), en territorio vertebrobasilar y troncoencéfalo (24 casos; 7,2%), ACP (21 casos; 6,1%), ganglios de la base (17 casos; 4,9%), ACA (14 casos; 4,1%) y en cerebelo (10 casos; 3%). En los ictus hemorrágicos predominan los intraparenquimatosos; cerebrales (38 casos; 40%), ganglios de la base (30 casos; 31,5%), HSA (16 casos; 16,8%), cerebelosos (9 casos; 9,4%) y troncoencéfalo (3 casos; 3,1%). Según la etiología de los ictus isquémicos la mayoría

son de causa aterotrombótica (235 casos; 68,7%) seguido por los de origen cardioembólico (96 casos; 28%), estado de hipercoagulabilidad (Síndrome Antifosfolípido en 5 casos; 1,4%), valvulopatía mitral (5 casos; 1,4%) y en un caso por bajo gasto cardiaco. En cuanto a los factores de riesgo cardiovascular; el 35% de los pacientes eran hipertensos conocidos al ingreso, 34% tenía sobrepeso, 18% eran diabéticos y 15,2% padecían dislipemias. Al momento del ingreso, 98 pacientes (27,2%) cumplían criterios para precisar antiagregación y no la estaban recibiendo.

**Discusión.** El número de ingresos por ictus en nuestro servicio es anormalmente elevado dada la existencia de un servicio de neurocirugía de referencia en nuestro centro.

**Conclusiones.** Valorando el estudio presentado parece claro que el objetivo primario en la prevención es el control de los factores de riesgo tanto en la profilaxis primaria como secundaria; la HTA aumenta el riesgo entre 4 y 6 veces, la obesidad y la falta de ejercicio lo incrementa entre un 11-50%. Nuestro estudio ha demostrado que un gran porcentaje de los pacientes de alto riesgo (27,2%) no están recibiendo medicación para reducirlo y otros no reciben el tratamiento lo suficientemente agresivo según las actuales guías.

**RV-5**

**EPIDEMIOLOGÍA Y ANÁLISIS DE LA VARIABILIDAD DE LAS CONCENTRACIONES DE HDLC EXTREMADAMENTE BAJAS EN EL ÁREA 3 DE LA COMUNIDAD DE MADRID**

**J. Hernández Rey, J. García Díaz, A. López de Guzmán, A. Culebras López y J. López Rodríguez**

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

**Objetivos.** Describir la situación de los niveles de HDLc extremadamente bajos en nuestra área, así como la variabilidad individual de las sucesivas determinaciones y su significación.

**Material y métodos.** Se trata de un estudio observacional transversal, que se realiza sobre el Área 3 de la Comunidad de Madrid adscrita al Hospital Universitario Príncipe de Asturias de Alcalá de Henares (329.782 habitantes). Se identificaron todas las determinaciones de HDLc realizadas durante 2004 (n = 53.842) y se consideró concentración extremadamente baja aquella menor o igual a 30 mg/dl (380), recogiendo los datos demográficos, ámbito asistencial de procedencia de la determinación y el resto del perfil lipídico. Además se revisaron las determinaciones de HDLc previas y posteriores (hasta junio 2005) para cada caso. Las concentraciones de LDLc se estimaron según la fórmula de Friedwald. Los datos recogidos se analizaron con ayuda del programa informático SPSS para Windows.

**Resultados.** En el análisis por sexos se observa un predominio de hombres, con 82,6% frente al 17,4% de mujeres. Se analizó el resto del perfil lipídico, hallando cifras medias de colesterol total (167,9 mg/dl), LDLc (91,1 mg/dl) y colesterol no HDL (140,9 mg/dl) por debajo de los valores considerados como límites de la normalidad. Sólo el 20,3% presentó hipercolesterolemia. Según la definición de hipertrigliceridemia (HTG) que empleamos, > 150 mg/dl o > 200 mg/dl, el porcentaje de asociación de HDLc bajo e HTG oscila entre el 60,8% y el 46,3% respectivamente. Con estos datos se calculó la prevalencia del HDLc bajo aislado (concentraciones de HDLc < 31 mg/dl con colesterol total < 200 mg/dl y TG < 150 mg/dl), hallándose en un 35,8% de los casos. Para el estudio de la variabilidad individual de las determinaciones de HDLc, se contaba con un 74,2% en que existían al menos una determinación de HDLc previa o posterior. Al realizar la media de las sucesivas determinaciones individuales, un 88,7% de los casos mantenían unos niveles de HDLc < 40 mg/dl.

**Discusión.** El primer resultado reseñable sería el de la distribución por sexo, observándose un predominio en hombres en todos los casos, incluso al valorar el HDLc bajo aislado. En ninguno de los análisis realizados se hallaron diferencias significativas en lo que a edad se refiere, lo que hace pensar que la edad no es un factor determinante en el hallazgo de una concentración de HDLc extremadamente bajo. Se confirma el hecho ya descrito de la asociación entre el HDLc bajo y la hipertrigliceridemia, lo que se objetivó en hasta un 46,3% de los casos si se empleaba la definición más estricta de HTG. En cuanto al resto del perfil lipídico, resulta destacable el comprobar la escasa asociación que se observa entre el hallazgo de HDLc bajo

y la presencia de hipercolesterolemia (sólo el 20,3%) o de LDLc elevado. De hecho, los valores medios de las concentraciones de colesterol en todas sus fracciones, permanecen por debajo de los valores definidos como el límite de la normalidad. Esto refuerza la idea de que el HDLc bajo es un factor independiente de otras alteraciones del perfil lipídico, con la excepción quizás de los niveles de TG. En cuanto a la variabilidad, el dato más destacable es que a pesar de ella, en la mayoría de los casos, las concentraciones de HDLc seguían por debajo de 40 mg/dl, siendo compatibles con el concepto de HDLc bajo.

**Conclusiones.** 1) El hallazgo de unas concentraciones de HDLc extremadamente bajas es más frecuente en los hombres que en las mujeres de forma muy significativa. 2) Es considerable la proporción de HDLc bajo aislado, dato que merecería ser investigado con mayor profundidad para valorar si tiene relevancia como factor de riesgo vascular. 3) Existe una clara asociación entre HDLc bajo e hipertrigliceridemia, independientemente de la definición de esta última que empleemos. 4) El hallazgo de un HDLc extremadamente bajo es un dato consistente y relevante, pues a pesar de la variabilidad individual un porcentaje muy alto (cerca del 90%) mantienen concentraciones dentro del concepto de HDLc bajo.

#### RV-6 OBESIDAD, HIPERTENSIÓN E HIPERACTIVIDAD SIMPÁTICA

**F. Gonçalves<sup>2</sup>, T. Sánchez<sup>1</sup>, T. Morgadinho<sup>2</sup>, F. Santos<sup>2</sup> y M. Saldanha<sup>2</sup>**

<sup>1</sup>Medicina Interna. Hospital Infante Dom Pedro. Aveiro.

<sup>2</sup>Medicina Interna. HUC. Coimbra.

**Objetivos.** Actualmente se considera que la hipertensión en los pacientes obesos es secundaria a la resistencia a la insulina e hiperinsulinemia presentes en estos pacientes. Los mecanismos por los que la resistencia a insulina e hiperinsulinemia pueden producir hipertensión incluyen: aumento de la reabsorción renal de agua y sodio, aumento de la concentración intracelular de calcio, disminución de la síntesis de prostaglandinas, vasodilatación defectuosa, aumento de la síntesis de endotelina y por último aumento de la actividad del sistema nervioso simpático. Los autores midieron los niveles plasmáticos de norepinefrina y epinefrina en una muestra de 60 pacientes obesos para averiguar si dichos niveles plasmáticos son más elevados en los pacientes obesos hipertensos que en los obesos normotensos.

**Material y métodos.** Se midieron los niveles plasmáticos de norepinefrina en una muestra de 60 pacientes obesos; 31 eran hipertensos (12 de sexo masculino y 19 de sexo femenino) y 29 normotensos (7 de sexo masculino y 22 de sexo femenino). Posteriormente se midieron los niveles de epinefrina en una muestra de 32 obesos; 18 hipertensos (13 de sexo femenino e 5 de sexo masculino) e 14 pacientes obesos normotensos (10 sexo femenino e 4 de sexo masculino).

**Resultados.** Los niveles plasmáticos de norepinefrina e epinefrina fueron más elevados en los pacientes obesos hipertensos que en los obesos normotensos (la media de los niveles de norepinefrina en obesos hipertensos fue de  $751,12 \pm 3,53$  pg/ml en los obesos hipertensos y la de los obesos normotensos de  $63,68 \pm 286,56$  p/ml y en relación a los niveles plasmáticos de epinefrina la media en los hipertensos era de  $175,88 \pm 232,85$  pg/ml frente a  $106,50 \pm 42,55$  pg/ml en los normotensos) las diferencias halladas no tenían significado estadístico ( $p = 0,08$  para los niveles de norepinefrina y  $p = 0,14$  para los niveles de epinefrina. Sin embargo, en el subgrupo de mujeres hubo diferencias estadísticamente significativas en la media de niveles plasmáticos de norepinefrina ( $809,36 \pm 256,77$  pg/ml en obesos hipertensos vs  $665,50 \pm 289,15$  pg/ml en obesos normotensos con una  $p = 0,04$ ).

**Conclusiones.** Los individuos obesos hipertensos en nuestro estudio presentaron niveles de activación del sistema nervioso simpático superiores a los obesos normotensos principalmente en el subgrupo de mujeres obesos. Estos resultados nos permiten confirmar el papel fundamental que tiene el aumento del tono simpático en el desarrollo y mantenimiento de la hipertensión en los pacientes obesos.

#### RV-7 VARIABILIDAD DEL PATRÓN CIRCADIANO DE PRESIÓN ARTERIAL EN EL SÍNDROME CORONARIO AGUDO

**H. Mas<sup>1</sup>, A. Zamora<sup>1</sup>, G. Vázquez<sup>1</sup>, M. Crespo<sup>1</sup>, A. Gibert<sup>1</sup>, R. Cuenca<sup>1</sup>, A. García<sup>1</sup> y R. Massa<sup>1</sup>**

<sup>1</sup>Medicina Interna. Hospital Blanes. Blanes, Girona. <sup>2</sup>Medicina Interna. Hospital Calella. Calella, Barcelona.

**Objetivos.** 1) Describir el patrón circadiano de la Presión Arterial (PA) en pacientes ingresados con Síndrome Coronario Agudo (SCA) 2) Valorar si la presencia de un determinado patrón circadiano de la PA en pacientes con SCA tiene implicaciones pronósticas

**Material y métodos.** Se incluyeron 28 pacientes ingresados de forma consecutiva en planta de Medicina Interna de un hospital comarcal con el diagnóstico de SCA (15 IAM y 13 angor pectoris). Se recogieron los antecedentes clínicos, datos de la exploración física y analíticos y el tratamiento administrado. Se practicó a todos los pacientes un registro Holter de PA de 24 horas durante el ingreso, sin medicación endovenosa, en situación estable y tras iniciar deambulación. En función del resultado se dividieron en patrón dipper, no dipper, riser y edipper extremo según la definición de la Sociedad Española de Hipertensión. Se realizó seguimiento al mes del evento cardiovascular analizándose: muerte de cualquier causa, muerte cardiovascular, re-ingreso por evento cardiovascular (IAM/angor/Accidente cerebro-vascular), ingreso por insuficiencia cardíaca y necesidad de revascularización.

**Resultados.** Características clínicas de la población: edad media  $75,75 \pm 11,77$ ; mujeres 35,7%; antecedentes de HTA 53,6%; antecedentes de DM 32,1%; antecedentes de dislipemia 46,4%; antecedentes de tabaquismo 3,6%; exfumadores 32,1%; IAM previo 35,7%; antecedente de ictus: 6%; antecedente de vasculopatía periférica 17,9%; antecedente de insuficiencia cardíaca 7,1%; síndrome metabólico 45%; Índice de comorbilidad de Charlson medio 1,7. Datos exploración física: Índice de Masa Corporal  $28,63 \pm 4,06$ ; PAS  $145 \pm 30,52$ ; PAD  $76,54 \pm 12,63$ . Datos analíticos a destacar: glucosa  $113,42 \pm 33,38$ ; microalbuminuria  $62,76 \pm 167,49$ ; colesterol Total  $186 \pm 36,89$ ; colesterol-LDL:  $109,03 \pm 36,89$ ; colesterol-HDL:  $46,18 \pm 10,96$ ; triglicéridos  $150 \pm 71,74$ ; leucocitos  $8.779 \pm 2.666$ ; PCR:  $3,35 \pm 5,21$ ; VSG  $41,14 \pm 33,86$ ; fibrinógeno  $564,68 \pm 167,925$ . Medicación con efecto hipotensor: Bloqueantes 67,9%; calcioantagonistas 42,9%; IECAS 46,4%; ARA-II 7,3%; nitratos 75%; diuréticos 65%. El 75,4% de los sujetos recibieron medicación hipotensora en dos dosis (mañana-noche) y el 24,6% en administración matutina única. Resultados registro Holter de PA de 24 horas: 1) La población analizada es normotensa 2) El 53,6% de los pacientes presentan un patrón riser; el 39,3% un patrón no-dipper y el 7,1% un patrón dipper. 3) El patrón riser se asocia de una forma significativa a una población de mayor edad 4) El patrón riser presenta un sustrato inflamatorio y lesión de órgano diana más marcado que el patrón no dipper 5) No se observaron diferencias significativas en la aparición de eventos adversos mayores al mes de seguimiento en función del patrón circadiano de PA.

**Discusión.** Está bien establecido que el patrón circadiano de PA es un factor de riesgo cardiovascular y marcador de lesión de órgano diana independientemente del grado de control de la PA y de la presencia de otros factores de riesgo cardiovascular, siendo el patrón de peor pronóstico el tipo riser. Hasta el momento no se ha descrito el patrón circadiano de PA en pacientes con SCA. Mejorar el conocimiento de la cronobiología de la PA en el SCA probablemente nos aporte información pronóstica y nos permita un abordaje cronoterapéutico.

**Conclusiones.** En una muestra no seleccionada de pacientes con SCA se registra un alto porcentaje de patrón de variación circadiana de PA no reductor, destacando la alta prevalencia con patrón riser.

#### RV-8 LOS PIES EN EL CUIDADO INTEGRAL DEL DIABÉTICO

**J. Casado Recio, J. Cabilla Vargas, I. Martín Santos y S. Rapado Moreno**

Zona básica de Salud. Centro de Salud. Puerto Real, Cádiz.

**Objetivos.** 1º) Evaluación global del estado de los pies de los diabéticos que atendemos en una consulta de Atención Primaria. 2º) Detección de estadios precoces o incipientes (niveles de riesgo 1 y 2

de la Gedaps<sup>®</sup>), que puedan corregirse con medidas conservadoras. 3<sup>ª</sup>) Valoración exhaustiva, para una actuación intensiva, en los estadios avanzados (niveles de riesgo 3 y 4 de la Gedaps<sup>®</sup>). (4) Grupo de estudio de la Diabetes en la Atención primaria de Salud.

**Material y métodos.** Estudio descriptivo transversal. Se revisan 101 diabéticos tipo 2, (46 hombres y 55 mujeres), con una edad media de 66 ± 10 años, adscritos a una consulta de Atención primaria de 1.600 usuarios. La selección se realizó de forma sistemática, siguiendo el orden de los controles preestablecidos, durante seis meses. Variables registradas: Generales (de filiación, de anamnesis y exploración, de laboratorio) y locales (estado de la piel y anejos, presencia de lesiones cutáneas, signos de vasculopatía y/o neuropatía). Instrumental a utilizar: diapason (128 Hz), monofilamento de Semmens-Weinstein. Los datos se recogen en una base de datos EXCEL y los resultados se expresan en valores absolutos y relativos, para un IC: 95% (p < 0,05).

**Resultados.** 1) Alteraciones anatómicas: 32 (31,7% ± 9); 1.1 Hallux valgus: 19 (18,8% ± 7,6); 1,2 Pié plano/cavo: 8 (7,9% ± 5,2); 1.3 Dedo en garra/martillo: 6 (5,9% ± 4,5); 1.4 Amputaciones: 4 (4% ± 3,8); 1,5 Otras: 2 (2% ± 2,7). 2) Lesiones de la piel: 2,1 Hiperqueratosis: 73 (72,3% ± 8,7); 2,2 Maceración epidermis: 17 (16,8% ± 7,3); 2,3 Úlcera superficial: 6 (5,9% ± 4,6); 2,4 Úlcera profunda: 4 (4% ± 3,8); 2,5 Úlcera profunda infectada: 1 (1% ± 0,9); 2,6 Necrosis localizada: 3 (3% ± 3,3); 2,7 Necrosis extensa: 0 (0%). 3) Exploración neurología: 3,1 Sensibilidad conservada: 88 (88,9 ± 6,2); 3,2 Alteración de la sensibilidad superficial: 11 (11,1% ± 6,1); 3,3 Alteración de la sensibilidad superficial y sensibilidad profunda conservada: 5 (5,1% ± 4,3); 3,4 Sensibilidad superficial y profunda alteradas: 6 (6,1% ± 4,7); 3,5 No valorables: 2. 4) Exploración vascular: 4,1 Asintomáticos sin signos de vasculopatía: 86 (85,1%); 4,2 Asintomáticos con signos de vasculopatía: 8 (7,9%); 4,3 Sintomáticos: 7 (6,9%); 4,4 Complicaciones: 4 (4%); 5,5 Total de vasculopatías: 18 (17,8% ± 7,5). Clasificación por niveles de riesgo: 1. Estadio IA: 17 (9,5%-24,1%); 2. Estadio IB: 65 (56%-74,5%); 3. Estadio II: 11 (4,1%-15,7%); Estadio III: 3 (0%-6,3%) y Estadio IV: 5 (0,8%-9,2%).

**Discusión.** En el informe del Gedaps (1995), la prevalencia de amputación es del 2% y la incidencia de úlceras del 6%; y el Grupo de estudio para la Neuropatía diabética informa de la siguiente prevalencia global: Neuropatía: 24%; Úlceras: 3,3%; amputaciones: 0,7%. El *Multinacional Study of Vascular Disease* da una prevalencia de aterosclerosis en la Diabetes mellitus, en varones, del 15%-39% y en mujeres, del 22%-53%. Un tercio de los diabéticos ingresados en centros hospitalarios lo hacen como consecuencia de problemas vasculares oclusivos. En el estudio hemos detectado alteraciones incipientes por las que el paciente no consulta habitualmente de motu proprio, pues son difícilmente detectables por ellos mismos, y solo lo hacen cuando están en estado más avanzado. La clasificación del estado de los pies, en niveles de riesgo, resulta muy eficaz, con vistas a las actitudes a tomar en el presente, y para poder evaluar sus modificaciones en el futuro. La valoración conjunta de las complicaciones microvasculares (nefropatía, neuropatía, retinopatía) tiene un alto valor predictivo de necrosis y amputación de miembros inferiores. El seguimiento, periódico e integral, del paciente diabético, desde atención primaria, resulta fundamental en la disminución de su morbimortalidad.

**Conclusiones.** La prevalencia global de las alteraciones en los pies de los diabéticos, en nuestro medio. Son similares a los estudios de más amplio alcance. La exploración sistemática y periódica de los pies en los diabéticos, en atención primaria, permite la detección de estadios incipientes (I y II), que podrían pasar desapercibidos a los pacientes y culminar en lesiones avanzadas (III y IV); así como la valoración y actuación inmediata en los estadios avanzados (III y IV).

**RV-9  
REACCIÓN DE ALERTA DETECTADA MEDIANTE LA AUTOMEDIDA DE PRESIÓN ARTERIAL EN NAVARRA  
A. Cia<sup>1</sup>, G. Tiberio López<sup>2</sup>, R. Campos<sup>2</sup>, M. Arteaga<sup>2</sup>, P. Fanlo<sup>2</sup>, V. Jarne<sup>2</sup>, M. Berrade<sup>1</sup> y M. Muniesa<sup>2</sup>**

<sup>1</sup>Universidad Pública de Navarra. <sup>2</sup>Medicina Interna. Hospital Virgen del Camino. <sup>3</sup>Cardiología. Hospital de Navarra. Pamplona, Navarra.

**Objetivos.** Dada la gran utilización de este nuevo método diagnóstico que es la automedida de presión arterial (AMPA) y existiendo

escasa clarificación sobre la reacción de alerta de dicha automedida se realizó este estudio.

**Material y métodos.** Se seleccionó una muestra de 1.136 personas (población total, 2.084), aleatoria y estratificada por edad y sexo, de 25 a 64 años. Se excluyeron a los diagnosticados de HTA. En la recogida de datos en consulta (C) se determinó la PA tres veces, mediante el esfigmomanómetro de mercurio (Hg) en las dos primeras y mediante el aparato automático Omron 705CP (ap autom) en la 3<sup>ª</sup>. Se registró la frecuencia cardíaca (FC), la talla y el peso. Para la recogida de datos en el domicilio (D) se les instruyó en el manejo del ap autom y se les pidió que obtuviesen 9 mediciones de PA, tres por la mañana (M), tres por la tarde (T) y tres por la noche (N) durante tres días laborables (L) y uno festivo (F). Se aplicó la t de Student de medias pareadas y ANOVA de un factor.

**Resultados.** Las mediciones de PA (mmHg) en C y D se obtuvieron en 734 participantes. Las medias de PS/PD en C con el Hg fueron 123,5 ± 15,1/76,4 ± 10,3 y 122,4 ± 14,4/75,5 ± 10 y con el ap autom, 123 ± 16,1 / 73,7 ± 10,3. La media de PS / PD en el D de toda la muestra fue 115 ± 14,3/69,2 ± 9. La media de FC en la C fue 70,3 ± 10,4 (pulsaciones/minuto). La media de FC en el D de toda la muestra fue 67,9 ± 9,7. Al comparar la PA de la C y del D existieron diferencias significativas entre las determinaciones en C en relación con las del D (M, T o N) en los días L y F (p < 0,05); siendo superior la PA en C. La FC fue también diferente en la C y en el D, siendo superior en C que en el D. Al analizar las tres tomas de la M de cada día, se observó que existía una diferencia significativa de la PA tanto en la 1<sup>ª</sup> toma que se realizaba por la M, por la T y por la N del primer día, en relación con la 2<sup>ª</sup> y la 3<sup>ª</sup> tomas del mismo día (p < 0,05), así como comparando la PA de la 1<sup>ª</sup> toma de la mañana del primer día con la 1<sup>ª</sup> toma del segundo, tercer y cuarto día. No existieron diferencias significativas de la 1<sup>ª</sup> y 2<sup>ª</sup> toma de la mañana de PD del 2<sup>º</sup> día (p = 0,96) ni entre la PS de la mañana entre la 1<sup>ª</sup> toma del 2<sup>º</sup> y 3<sup>º</sup> día (p = 0,094) ni entre la 1<sup>ª</sup> toma de la mañana de PD del 2<sup>º</sup> y 3<sup>º</sup> día (p = 0,44). Respecto a la FC, se observaron diferencias significativas entre la 1<sup>ª</sup> toma de la M en comparación con la 2<sup>ª</sup> y la 3<sup>ª</sup> tomas de la M del primer día (p < 0,05) pero no existieron diferencias significativas entre la 1<sup>ª</sup> toma de la mañana del primer día con la del segundo (p = 0,332), tercer (p = 0,864) y cuarto (p = 0,244) días.

**Conclusiones.** 1) Detectamos mayor frecuencia cardíaca en consulta que en el domicilio, lo que viene a demostrar el fenómeno de reacción de alerta en consulta. 2) Comprobamos la existencia de mayor presión arterial y frecuencia cardíaca en la primera toma realizada mediante AMPA, lo que evidencia la reacción de alerta en el domicilio ante la primera determinación de presión arterial.

**RV-10  
COMPARACIÓN DE DOS PAUTAS DE INSULINIZACIÓN EN EL PACIENTE HOSPITALIZADO ¿DEBEMOS ELIMINAR LA PAUTA MÓVIL DE INSULINA RÁPIDA?**

**M. Pérez-Soto<sup>1</sup>, E. Ascuña<sup>1</sup>, P. López-Mondejar<sup>2</sup>, A. Maestre<sup>1</sup>, M. Piedecausa<sup>1</sup>, G. Penades<sup>1</sup>, A. Mora<sup>1</sup> y A. Martín-Hidalgo<sup>1</sup>**

<sup>1</sup>Medicina Interna, <sup>2</sup>Medicina Interna-Sección Endocrinología. HGU Elche. Alicante.

**Objetivos.** Comparar la pauta clásica de insulina rápida (IR) cada 6 horas según dextros con un protocolo de insulinización precoz con insulinas basales y rescate con análogos de insulina de acción rápida antes de las comidas.

**Material y métodos.** Realizamos estudio prospectivo en todos los pacientes con Diabetes Mellitus tipo 2 (DM2) que ingresaron de forma consecutiva por cualquier causa en nuestro servicio de Medicina Interna (MI) durante el mes de enero 06. A este grupo de pacientes le instauramos un tratamiento en las primeras 24-48 horas del ingreso con una insulina basal (NPH o Análogo retardado) y rescate de análogo rápido de insulina en las comidas, según pauta que establecimos previamente. Cómo grupo control analizamos de forma retrospectiva los ingresados durante el mes de diciembre 05 en MI y que presentaron como diagnóstico (principal o secundario) Diabetes Mellitus tipo 2 (DM2). En ambos grupos se recogieron los siguientes parámetros: causa de ingreso, tratamiento hipoglucemiante previo, presencia de complicaciones micro y macrovasculares y otros factores de riesgo vascular (FRV), HbA1c, tratamiento hipoglucemiante

instaurado durante el ingreso, número de episodios de hipo e hiperglucemia durante el ingreso. Comparamos mediante la  $\chi^2$  el porcentaje de episodios de hiperglucemia (Glucosa capilar (GC) > 300 mg/dl) e hipoglucemia (GC < 60 mg/dl) en ambos grupos.

**Resultados.** Durante el mes de Diciembre ingresaron 35 pacientes con diagnóstico de DM2 en el servicio de MI. Recibían  $tt^9$  previo con Insulina 23 pacientes, con antidiabéticos orales 4, eran diabéticos no conocidos 4 y permanecieron en dieta absoluta 4 pacientes. Del total, 22 (63%) se mantuvieron con pauta móvil de insulina rápida durante todo el ingreso. En 13 (37%) se instauró un  $tt^9$  con insulina NPH a lo largo del ingreso. En el grupo de pauta de IR según dextros 13 pacientes (68%) presentaron al menos un episodio de hiperglucemia y 4 (21%) un episodio de hipoglucemia. Durante el mes de Enero ingresaron 32 pacientes con DM2. En este grupo se instauró  $tt^9$  en las primeras 24 horas con insulina detemir o glargina en 19 (60%) pacientes, con mezclas fijas en 10 (30%) y con NPH en 2 (6%). Sólo 10 pacientes (31%) presentaron un episodio de hiperglucemia y 3 (9%) de hipoglucemia ( $p < 0,05$ ). Además el número de episodios por paciente fue 5,8 en el grupo de pauta móvil de IR frente a 2,4 en el grupo tratado con insulinas basales ( $p < 0,05$ ).

**Discusión.** Existen evidencias de que tanto las hipoglucemias como la hiperglucemia aguda tiene una influencia negativa sobre la evolución de diversos procesos patológicos. Por ello no debemos subestimar el control glucémico de nuestros pacientes hospitalizados. La pauta móvil de insulina trata la hiperglucemia, sin embargo administrada cada 6 horas produce un decalaje entre ingesta-inyección que hace muy frecuente los picos tanto hipo como hiperglucémicos. En nuestro estudio objetivamos que con la administración precoz de una pauta que incluya una insulina intermedia o retardada conseguimos disminuir los episodios de hipo e hiperglucemia, lo cual proporciona un mejor control durante el ingreso.

**Conclusiones.** Debemos evitar mantener la pauta móvil de insulina durante todo el ingreso hospitalario. La combinación de una insulina basal (intermedia-lenta) con rescate de análogo rápido de insulina en las comidas puede constituir una alternativa segura y eficaz para el control glucémico de pacientes diabéticos ingresados por otras causas en un servicio de MI.

**RV-11  
PACIENTES CON HTA ESENCIAL. EXPRESIÓN (MRNA) Y ACTIVIDAD DE ENZIMAS ANTIOXIDANTES EN SUS LINFOCITOS**

**M. Martínez<sup>1</sup>, F. Chaves<sup>2</sup>, M. Tormos<sup>2</sup>, P. Marín<sup>2</sup>, V. Giner<sup>1</sup>, G. Sáez<sup>2</sup>, J. Lozano<sup>1</sup> y J. Redón<sup>1</sup>**

<sup>1</sup>Unidad de Hipertensión. Servicio de Medicina Interna.

<sup>2</sup>Fundación Valenciana de Investigaciones Biomédicas.

Departamento Hospital Clínico Universitario. Valencia.

**Objetivos.** Averiguar si la disminución de la actividad de los enzimas protectores frente al estrés oxidativo, en pacientes hipertensos, es consecuencia de una baja expresión de RNAm o si por el contrario, es la consecuencia de un excesivo consumo.

**Material y métodos.** 18 pacientes con HTA esencial, 8 durante el tratamiento antihipertensivo y 10 en ausencia, y 10 controles se incluyeron en el estudio. Se midió la actividad enzimática de superóxido dismutasa (SOD), catalasa y glutathion peroxidasa, y la expresión de RNAm en linfocitos extraídos de sangre periférica. La actividad del RNAm se midió por PCR cuantitativa en tiempo real.

**Resultados.** En ausencia de tratamiento antihipertensivo la actividad de SOD, Catalasa y Glutathion Peroxidasa fue significativamente más baja que la de los controles. Tras 3 meses de tratamiento antihipertensivo, se observó un incremento de la actividad para las 3 enzimas. La medida simultánea del RNA para la SOD mostró un aumento de la expresión tanto antes como después del tratamiento antihipertensivo. Por el contrario, el RNA para Catalasa y Glutathion peroxidasa fue menor en los hipertensos que en los controles en situación basal. Tras el tratamiento se incremento la expresión.

**Discusión.** En humanos la hipertensión arterial, se considera como un estado de estrés oxidativo que puede estar relacionado con el desarrollo de arteriosclerosis y lesión sobre órgano diana. El aumento del estrés oxidativo ha sido atribuido tanto a la hiperactivación de los mecanismos productores de radicales superóxido como a la disminución primaria de los enzimas antioxidantes.

**Conclusiones.** En linfocitos de pacientes hipertensos la baja actividad de la SOD a pesar de un aumento de la expresión de RNAm indica que la falta de actividad es debida a una excesiva degradación en respuesta al estrés oxidativo. El comportamiento de las otras enzimas, Catalasa y Glutathion peroxidasa sigue un patrón distinto. El mejor conocimiento de estos procesos puede mejorar nuestro conocimiento de la relación entre estrés oxidativo e hipertensión.

**RV-12  
ESTUDIO HEMODINÁMICO EN SERIE DE PACIENTES HIPERTENSOS Y NORMOTENSOS**

**C. Fernández Rodríguez<sup>1</sup>, A. Martínez Brotons<sup>2</sup>, A. Ferrero de Loma Osorio<sup>2</sup>, M. Forner Giner<sup>1</sup>, R. Oltra Sempere<sup>1</sup>, N. Abdilla Bonias<sup>1</sup>, M. Fabia Valls<sup>1</sup> y J. Redón i Mas<sup>1</sup>**

<sup>1</sup>Medicina Interna, <sup>2</sup>Cardiología. Hospital Clínico Universitario. Valencia.

**Objetivos.** Evaluar el perfil hemodinámico de pacientes hipertensos y no hipertensos para conocer sus características y posibles diferencias basales.

**Material y métodos.** Se realizó estudio hemodinámico no invasivo a 3 grupos de pacientes: a) pacientes diagnosticados de HTA resistente en tratamiento (grupo 1), b) pacientes no hipertensos del mismo rango de edad (grupo 2) y c) pacientes no hipertensos de menor edad (grupo 3). Cada grupo estaba formado por 7 pacientes y se tomaron datos antropométricos, epidemiológicos y de antecedentes personales. Se excluyeron pacientes diabéticos y aquellos con antecedentes de enfermedad cardiovascular. El estudio se realizó con un aparato *Task Force Monitoring* (CNSystem)<sup>®</sup>. El estudio estadístico se realizó con el programa SPSS versión 13,0 for Windows. Se compararon las medias con test ANOVA y posteriormente con el método t de Bonferroni. Se consideraron diferencias estadísticamente significativas aquellas menores de 0,05. Se compararon datos de presión arterial, frecuencia cardíaca, stroke index, resistencias periféricas (TPRI), balance simpático-vagal, variación de impedancia -reflejo de sobrecarga de volumen- y datos de barorreceptores.

**Resultados.** Hubo diferencias estadísticamente significativas entre el grupo de controles jóvenes y los otros dos en las cifras de presión arterial sistólica y diastólica. No hubo diferencias estadísticamente significativas en la frecuencia cardíaca, en el stroke index, en la impedancia y en los barorreceptores, aunque sí en las resistencias periféricas (tabla 1).

**Discusión.** En nuestro estudio, dentro de los parámetros hemodinámicos las resistencias periféricas fueron significativamente menores en el grupo de jóvenes, aumentando con la edad y aún más en los pacientes hipertensos. No hubo otras diferencias significativas, probablemente por el pequeño número de pacientes. En el estudio de impedancia (que refleja sobrecarga de volumen) sólo 3 hipertensos mostraron variación en este parámetro.

**Conclusiones.** El estudio hemodinámico realiza un perfil de los pacientes valorando diversos parámetros, siendo en nuestro estudio significativo el referido a las resistencias periféricas. Para valorar otras posibles diferencias se deberán realizar estudios en mayor número de pacientes.

Tabla 1. Valores de medias.

	Media	SD	p < 0,05
PAS	1: 137.65	1: 14.73	
	2: 130.00	2: 9.81	1-3
	3: 126.13	3: 12.72	2-3
STROKE INDEX	1: 37.34	1: 10.94	
	2: 34.00	2: 7.51	
	3: 46.07	3: 11.84	-
TPRI	1: 2928.71	1: 550	
	2: 2566.71	2: 294	
	3: 2026.57	3: 612	1-3
Variación impedancia	1: 1.04	1: 1.31	
	2: 0.00	2: 0.00	
	3: 0.00	3: 0.00	-

**RV-13****NIVELES DE 8-OXO-DEOXIGUANOSINA (8-OXO-DG) URINARIOS EN LA EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO DEL ESTRÉS OXIDATIVO EN LA HIPERTENSIÓN ARTERIAL ESENCIAL****M. Martínez<sup>1</sup>, O. Espinosa<sup>2</sup>, J. Jiménez<sup>3</sup>, F. Chaves<sup>2</sup>, M. Tormos<sup>2</sup>, A. Iradi<sup>2</sup>, A. Salvador<sup>2</sup> y J. Redón<sup>1</sup>**<sup>1</sup>Unidad de Hipertensión. Servicio de Medicina Interna,<sup>2</sup>Departamento de Bioquímica y Medicina Molecular de la Facultad, <sup>3</sup>Unidad Central de Investigación. Hospital Clínico Universitario. Valencia.

**Objetivos.** En los pacientes con hipertensión arterial esencial (HTA) el estrés oxidativo es un marcador de riesgo y su modificación con el tratamiento puede indicar la potencial efectividad en la disminución de las complicaciones renales y/o cardiovasculares a largo plazo. El objetivo es evaluar la relación existente entre la excreción urinaria de 8-oxo-dG y el nivel de estrés oxidativo en pacientes con HTA esencial antes y después del tratamiento antihipertensivo.

**Material y métodos.** Se incluyeron 77 pacientes con HTA [edad 44(10), IMC 27(4), PA 151(20)/96(15) mmHg] en ausencia de tratamiento antihipertensivo y en 26 de ellos durante el tratamiento antihipertensivo. Se midieron en ellos parámetros de estrés oxidativo en cls mononucleares de sangre periférica [niveles de GSH, 8-oxo-dG genómica y mitocondrial, y GSSG] y se evaluó la excreción urinaria de 8-oxo-dG en la primera orina de la mañana controlándose para el grado de dilución por la creatinina urinaria.

**Resultados.** En los pacientes en situación basal aparecía un aumento del cociente GSSH/GSH así como de 8-oxo-dG genómica y mitocondrial, que disminuyeron de forma significativa durante el tratamiento en los 26 pacientes que se analizaron tanto en situación basal como durante el tratamiento antihipertensivo. Existía una correlación positiva y significativa entre los valores de 8-oxo-dG y el cociente GSSG/GSH ( $r = 0,65$ ,  $p < 0,001$ ), 8-oxo-dG genómico ( $r = 0,51$ ,  $p < 0,01$ ) y 8-oxo-dG mitocondrial ( $r = 0,54$ ,  $p < 0,01$ ). Posteriormente, se estudió si la excreción urinaria de 8-oxo-dG es más o menos dependiente del 8-oxo-dG genómico o mitocondrial mediante regresión lineal múltiple. El 8-oxo-dG urinario depende fundamentalmente del 8-oxo-dG mitocondrial ( $p < 0,001$ ),  $R^2 0,28$ , pero no del genómico ( $p = 0,886$ ).

**Discusión.** El aumento del estrés oxidativo ha sido atribuido tanto a la hiperactivación de los mecanismos productores de radicales superóxido como a la disminución primaria de los enzimas antioxidantes. Los parámetros utilizados para la determinación del estrés oxidativo, valorando su impacto sobre distintos puntos: ADN, lípidos, LDL y niveles enzimáticos evita que pasen desapercibidos estados de oxidación aumentada. El tratamiento antihipertensivo provoca un descenso de los marcadores de estrés oxidativo y un aumento de los antioxidantes.

**Conclusiones.** La determinación urinaria de 8-oxo-dG urinaria es un buen marcador del estrés oxidativo sistémico y depende, básicamente, del impacto del estrés oxidativo en el ADN mitocondrial.

**RV-14****PREVALENCIA DEL SÍNDROME METABÓLICO Y PERFIL CARDIOVASCULAR EN MADRID****M. Martínez López<sup>1</sup>, M. Mora Rillo<sup>2</sup>, J. Suero Palancar<sup>3</sup>, J. Sanz Arribas<sup>4</sup>, M. Álvarez Otero<sup>5</sup>, F. Castellanos Maroto<sup>6</sup>, G. Juan José<sup>7</sup> y J. García Puig<sup>8</sup>**<sup>1</sup>Unidad de Urgencias, <sup>8</sup>Medicina Interna. Hospital UniversitarioLa Paz, Madrid. <sup>2</sup>Unidad de Urgencias. Hospital del Escorial.Madrid. <sup>3</sup>Atención Primaria. Centro de Salud Jazmín. Madrid.<sup>4</sup>Atención Primaria. Centro de Salud Dr. Tamames. Coslada,Madrid. <sup>5</sup>Atención Primaria. Centro de Salud Peñagrande.Madrid. <sup>6</sup>Atención Primaria. Centro de Salud Potes. Madrid.<sup>7</sup>Atención Primaria. Centro de Salud La Chopera. Alcobendas, Madrid.

**Objetivos.** Estimar la prevalencia de síndrome metabólico (SM) y describir el perfil de riesgo cardiovascular de una población de atención primaria en Madrid.

**Material y métodos.** Diseño: estudio transversal de base poblacional. El proyecto fue aprobado por los Comités de Ética de los Hospitales La Paz y Ramón y Cajal (Madrid). Participantes: Se incluyeron 1.191 sujetos de edades comprendidas entre 30 y 70 años,

seleccionados aleatoriamente a partir del censo de usuarios de 13 centros de salud de la Comunidad de Madrid. Métodos: a cada participante se le realizó una evaluación clínica en su centro de salud que recogió la siguiente información: historia cardiovascular, examen físico, determinación de presión arterial, circunferencia de cintura, peso, talla, glucemia basal, colesterol total, colesterol HDL y triglicéridos. El diagnóstico de SM se realizó de acuerdo con los criterios del ATP III. Todos los participantes dieron su consentimiento informado. **Resultados.** La prevalencia de SM en nuestra muestra fue de un 23% (IC 95% 21-25%). El SM fue más frecuente en hombres que en mujeres (27 vs. 21%, respectivamente;  $p < 0,001$ ) y se asoció con la edad ( $p < 0,01$ ), el sedentarismo ( $p < 0,05$ ), el antecedente de enfermedad cardiovascular grave y el bajo nivel educativo ( $p < 0,05$ ). La mayoría de los participantes tenía al menos un criterio de SM, siendo los más frecuentes la elevación de la presión arterial (48%) y la obesidad abdominal (40%). Solo un 18% de los sujetos presentó hipertrigliceridemia.

**Discusión.** Nuestros datos revelan una elevada presencia de factores de riesgo cardiovascular en nuestra población adulta. De hecho, nuestra prevalencia de SM es una de las más altas publicadas en España, solo superada por la población canaria. Es interesante la mayor prevalencia del SM en varones (excepto en mayores de 60 años) y en las personas de nivel educativo bajo, como indicador socioeconómico. A diferencia de estudios previos, no encontramos relación con el tabaquismo.

**Conclusiones.** 1) En nuestra población se observa una alta prevalencia de factores de riesgo cardiovascular y, como consecuencia de ello, de SM. 2) Algunos factores como el sexo masculino, la edad y el nivel educativo bajo, son predictores de SM.

**RV-15****OBJETIVO DEL TRATAMIENTO HIPOLIPEMIANTE EN PACIENTES CON ALTO RIESGO Y MUY ALTO RIESGO CARDIOVASCULAR: ¿UN RETO POSIBLE?****I. Amoros Quiles<sup>1</sup>, L. Castellano<sup>1</sup>, B. Serra Sanchis<sup>1</sup>, E. Rodilla<sup>3</sup>, C. González<sup>2</sup>, J. Costa<sup>3</sup> y J. Pascual<sup>1</sup>**<sup>1</sup>Medicina Interna, <sup>2</sup>Medicina Preventiva, <sup>3</sup>Unidad de Hipertensión y de Riesgo Vascular. Hospital de Sagunto. Puerto de Sagunto, Valencia.

**Objetivos.** Las últimas modificaciones del Nacional Colesterol Education Program (NCEP) indican unos objetivos terapéuticos de colesterol unido a proteínas de baja densidad (C-LDL) más bajos en los pacientes de muy alto riesgo vascular. El objetivo de nuestro estudio es establecer el grado de cumplimiento de los objetivos terapéuticos definidos por estas modificaciones.

**Material y métodos.** Se realizó un estudio descriptivo transversal en el que se calculó el C-HDL de cada paciente y se definieron los valores considerados objetivos terapéuticos acordes con su riesgo coronario, siguiendo las últimas modificaciones del NCEP-ATPIII.

**Discusión.** En el presente estudio sólo el 15% de los pacientes que pertenecen al grupo de muy alto riesgo cardiovascular consiguen el objetivo terapéutico propuesto por las últimas modificaciones del NCEP-ATP III. Además, aunque se optimizase el tratamiento hipolipemiente al máximo o utilizando tratamiento combinado, menos de la mitad de estos pacientes podrían conseguir el nuevo objetivo terapéutico de  $< 70$  mg/dl de C-LDL. Creemos que estos datos son representativos de la práctica clínica habitual por haberse realizado en pacientes no seleccionados atendidos de forma consecutiva en una consulta de riesgo vascular. Estos datos tan alejados de los resultados en ensayos clínicos, probablemente se deben a la incidencia cada vez mayor de obesidad, intolerancia a la glucosa, diabetes y síndrome metabólico que implica la aparición de dislipemias más difíciles de tratar. Además, debe mejorarse el tratamiento con la dosis necesaria de estatinas y/o con tratamiento combinado con otros hipolipemiantes, planificando la terapia teniendo en cuenta el porcentaje de descenso del C-LDL necesario. La asociación de estatinas y ezetimibe ofrece un doble mecanismo de acción en la reducción de C-LDL y ha demostrado mejoras importantes en el porcentaje de pacientes que consiguen sus objetivos terapéuticos sin que la combinación aumente el riesgo de miopatía o aumento de enzimas hepáticas. En nuestra opinión, con frecuencia el tratamiento de estos pacientes de alto riesgo es compartido entre diversos especialistas, que tienen distinta sensibilidad ante los diversos factores de riesgo.

Sin embargo, la proporción de pacientes tratados ha mejorado en nuestra propia unidad en poco tiempo, lo que nos hace pensar que existe un amplio margen de mejora, especialmente en los pacientes diabéticos.

**Conclusiones.** El objetivo terapéutico definido por las guías terapéuticas está todavía muy lejos del alcance de la mayoría de pacientes con dislipemias: sólo el 15,2% de los pacientes considerados de muy alto riesgo consiguen el objetivo terapéutico de C-LDL menor de 70 mg/dl, que podría llegar hasta 48,4% optimizando el tratamiento hipolipemiente disponible, y ello en pacientes polimedificados en los que dosis mayores de estatinas puede favorecer el riesgo de aparición de efectos secundarios. En ello influyen distintos factores como la baja adherencia a las guías terapéuticas, en especial a los aspectos más novedosos de las últimas guías respecto a las anteriores y la falta de utilización correcta del arsenal terapéutico que tenemos a nuestro alcance (tratamiento hipolipemiente combinado), pero también evidencia que sin el desarrollo de nuevos fármacos hipolipemiantes más potentes será muy difícil alcanzar los nuevos objetivos terapéuticos propuestos.

#### **RV-16 IMPORTANCIA DE LOS COMPONENTES DEL SÍNDROME METABÓLICO EN LOS VALORES DE PROTEÍNA C REACTIVA**

**S. Mares<sup>1</sup>, I. Amorós<sup>4</sup>, L. López<sup>4</sup>, J. Costa<sup>1</sup>, A. Miralles<sup>2</sup>, C. González<sup>5</sup>, C. Sánchez<sup>3</sup> y E. Rodilla<sup>1</sup>**

<sup>1</sup>Unidad de Hipertensión y de Riesgo Vascular, <sup>2</sup>Análisis Clínicos, <sup>3</sup>Unidad de Endocrinología, <sup>4</sup>Medicina Interna, <sup>5</sup>Medicina Preventiva. Hospital de Sagunto. Puerto de Sagunto, Valencia.

**Objetivos.** La proteína C reactiva (PCR) es un marcador de la inflamación ligada a la arteriosclerosis. El objetivo del presente estudio ha sido valorar si el síndrome metabólico (SM) y los parámetros implicados en su diagnóstico influyen en el valor de la PCR.

**Material y métodos.** Se realizó un estudio descriptivo transversal de pacientes controlados en una unidad de HTA y Riesgo Vascular. Se determinó por inmunonefelometría el valor de la PCR (ultra sensible en mg/L). El diagnóstico de SM se realizó en base a los criterios del *National Cholesterol Educational Program* ATP-III.

**Resultados.** Fueron estudiados 1.969 pacientes (47% V) distribuidos en cuatro grupos: 1) 1.220 no diabéticos sin SM; 2) 384 no diabéticos con SM; 3) 153 diabéticos sin SM y 4) 212 diabéticos con SM. La existencia de SM se asoció a valores de PCR más elevados tanto en el grupo de no diabéticos: 3,0 (1,7-4,4) mg/L frente a 1,7 (0,9-3,4) mg/L (mediana y rango intercuartil;  $p = 0,001$ , Mann-Whitney), como en el grupo de diabéticos: 2,8 (1,5-4,6) mg/L frente a 2,2 (0,9-4,3) mg/L (mediana y rango intercuartil;  $p = 0,01$ , Mann-Whitney). Los pacientes diabéticos sin SM tenían unos valores de PCR que no se diferenciaban de los pacientes no diabéticos sin SM. Los valores de PCR aumentaron según el número de parámetros del síndrome metabólico desde 1,7 (2,2) mg/L, en los pacientes que no tenían ninguno, hasta 4,2 (2,8) mg/L los que cumplían los cinco ( $p = 0,001$ ) (Kruskal-Wallis). Al realizar análisis de regresión lineal múltiple, de los cinco criterios del SM, el perímetro abdominal, ( $p = 0,001$ ) los triglicéridos ( $p = 0,001$ ) y la glucemia ( $p = 0,02$ ) se asociaban con los valores de PCR tras corregir por otros factores. En un análisis de regresión logística el aumento del perímetro abdominal (odds ratio = 1,9, intervalo de confianza al 95% 1,5 a 2,4;  $p = 0,001$ ) y triglicéridos (odds ratio = 1,4, intervalo de confianza al 95% 1,1 a 1,7;  $p = 0,003$ ), pero no el tener la glucemia elevada, aumentaba notablemente el riesgo de presentar valores de PCR > 3 mg/L.

**Discusión.** La existencia de SM se asocia a valores de PCR más elevados, lo que indica que el SM se asocia a mayor grado de inflamación subclínica, además la proporción de pacientes con SM que tiene unos valores de PCR > 3 mg/L (considerado de alto riesgo) es mayor que los que no tienen SM. De todos los componentes que forman parte del SM, el que tiene más influencia en los valores de PCR, es la obesidad abdominal, seguido de los valores de TG y C-HDL, la hipertensión y los valores de glucemia tienen escasa relevancia. Este mayor grado de inflamación subclínica de los pacientes con SM es independiente de la existencia de diabetes. En el presente estudio, los pacientes diabéticos sin SM tenían unos valores de PCR similares a los de los no diabéticos sin SM e inferiores a los pacientes con SM

(tanto diabéticos, como no diabéticos). Uno de los factores fisiopatológicos claves en el SM es la resistencia a la insulina que además se asocia a valores más elevados de PCR. Con mucha frecuencia coexisten obesidad y diabetes, y la glucemia es uno de los criterios que forman el SM. Se ha descrito además una correlación entre los valores de glucemia (basales y tras una 75 gr de glucosa) y PCR en la población no diabética. En nuestro estudio se confirma esta correlación y se aprecia además que la PCR aumenta cuantos más parámetros de SM se acumulan. No obstante nuestros datos muestran que, en el SM, la obesidad abdominal es el factor clínico más importante que determina los valores de PCR. Esto ocurre tanto en los diabéticos como en los no diabéticos. Los valores de PCR de los pacientes con diabetes y sin SM (indistinguibles de los no diabéticos sin SM, y claramente inferiores a los no diabéticos con SM) también apoyan de forma indirecta la influencia de la obesidad como factor determinante de los valores de PCR sobre los valores de glucemia.

**Conclusiones.** Los pacientes con SM, tanto diabéticos como no diabéticos, tienen unos valores de PCR elevados. El factor más relacionado con este incremento de la PCR es la obesidad abdominal.

#### **RV-17 NUEVA DEFINICIÓN DEL SÍNDROME METABÓLICO ¿MISMO RIESGO CARDIOVASCULAR?**

**I. Amorós<sup>1</sup>, L. Castellano<sup>1</sup>, J. Pascual<sup>1</sup>, E. Rodilla<sup>3</sup>, C. González<sup>2</sup>, J. Costa<sup>3</sup> y L. López<sup>1</sup>**

<sup>1</sup>Medicina Interna, <sup>2</sup>Medicina Preventiva, <sup>3</sup>Unidad de Hipertensión Arterial y de Riesgo Vascular. Hospital de Sagunto. Puerto de Sagunto, Valencia.

**Objetivos.** La Federación Internacional de Diabetes (FID) ha cambiado recientemente los criterios diagnósticos del síndrome metabólico (SM). El objetivo del presente trabajo es conocer la proporción de nuevos pacientes al emplear la nueva definición de la FID, en relación a la previa del *National Cholesterol Educational Program* ATP-III (NCEP ATP-III), sus características diferenciales y su riesgo cardiovascular.

**Material y métodos.** Se realiza un estudio descriptivo transversal de pacientes controlados en una unidad de HTA y Riesgo Vascular. Se determinó el riesgo coronario (Framingham) junto a los valores de proteína C reactiva de alta sensibilidad (PCR) y la excreción urinaria de albúmina (EUA) por inmunonefelometría.

**Resultados.** Fueron estudiados 2.404 pacientes, 1.901 eran hipertensos no diabéticos y 503 diabéticos. En los no diabéticos, 726 (38,2%) tenían SM según la definición del NCEP ATP-III, el número se incrementó notablemente hasta 1.091 (57,4%) con la definición de la FID. En los diabéticos, la proporción no se modificó (93% y 92%, respectivamente). La concordancia en el diagnóstico fue del 78% en los no diabéticos y del 91% en los diabéticos. Los nuevos pacientes, no diabéticos, incluidos tenían similar riesgo coronario (Framingham) pero tenían valores inferiores de otros parámetros de riesgo vascular: logEUA 1,00(0,49) mg/24 horas frente a 1,06 (0,55) mg/24 horas ( $p = 0,003$ ), y PCR 1,9 (2,7) mg/L frente a 2,5 (3,2) mg/L (mediana e intervalo intercuartil;  $p < 0,001$ ).

**Discusión.** La nueva definición de SM de la FID aumenta notablemente el porcentaje de pacientes diagnosticados del mismo en una población hipertensa o con riesgo vascular no diabética que pasa del 38,2% al 57,4% en nuestro estudio. El diagnóstico de SM es concordante en las dos definiciones en el 78% de los casos. Sin embargo, en la población diabética los nuevos criterios diagnósticos apenas modifican el número de pacientes. Este notable incremento del SM en la población no diabética puede tener importantes repercusiones en nuestra práctica médica. Algunas características de los nuevos pacientes incluidos merecen ser destacadas. Son pacientes más jóvenes, más delgados y, en general, con diferente perfil de riesgo vascular clásico (valores más elevados de Colesterol total, C-LDL y C-HDL), no obstante, tienen un RC (calculado por Framingham) similar, debido probablemente a que la edad es un factor muy importante en este sistema de cálculo de riesgo. Pero es indudable que el gran atractivo que ha despertado en los clínicos se debe a que puede identificar de forma sencilla y sin emplear algoritmos complejos pacientes con especial riesgo cardiovascular. Es necesario resaltar, sin embargo, que los algoritmos de predicción de riesgo cardiovascular sólo se calculan a 10 años y es probable que el SM sólo indique riesgo aumentado cuando se considera un plazo más prolongado dada

la naturaleza progresiva del síndrome, por lo que la importancia de identificar nuevos marcadores de riesgo vascular esta fuera de toda duda. Entre los nuevos marcadores la EUA y la PCR son algunos de los más extendidos en su aplicación clínica y se ha postulado que su determinación puede mejorar la valoración del RC de un individuo y se aconseja su estudio complementario en pacientes con SM, por lo que su análisis en esta población es muy importante. En el presente estudio, tanto la EUA como la PCR eran claramente inferiores en los nuevos pacientes incluidos en la definición de SM. Estos datos sugieren que el riesgo cardiovascular global de estos nuevos pacientes puede ser inferior a los pacientes antiguos de la definición del NCEP ATP-III, aunque no puedan diferenciarse por el algoritmo clásico de Framingham.

**Conclusiones.** La nueva definición de la FID incrementa notablemente el número de pacientes diagnosticados de SM. Aunque el riesgo coronario clásico (Framingham) es similar, los nuevos pacientes incluidos tienen valores inferiores de otros parámetros de riesgo cardiovascular como PCR y EUA. El impacto de la nueva definición de SM en la valoración del riesgo cardiovascular está por definir.

**RV-18**  
**CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS DE PACIENTES CON HTA ESENCIAL: EXPERIENCIA DE 14 AÑOS**

**S. Olivera González, B. Amores Arriaga, Á. Flamarique Pascual, B. Sierra Bergua, M. Sánchez Marteles V. Garcés Horna, M. Herrero Torrús y J. Pérez Calvo**  
*Medicina Interna. HCU Lozano Blesa. Zaragoza.*

**Objetivos.** Describir las características clínicas y epidemiológicas de los pacientes diagnosticados de HTA esencial en una consulta hospitalaria de M. Interna.

**Material y métodos.** La muestra estudiada está compuesta por 89 pacientes diagnosticados de HTA, en Consultas Externas de M. Interna de nuestro hospital, entre los años 1993 y 2006. A todos los pacientes se les aplicó un modelo de encuesta en la que se recogían las siguientes variables: edad, sexo, IMC, grado de HTA, hábitos tóxicos, DM, dislipemia, lesión en órganos diana, y tratamiento prescrito.

**Resultados.** La edad media de nuestros pacientes fue de casi 56 años (DE 12,65), siendo mayor el porcentaje de hombres que de mujeres. La media del IMC fue del 29,36 (DE 4,68). El 62,9% de los pacientes presentaba un grado 2 de HTA en el momento de la consulta, y un 23,6% el grado 1. El 48,1% tenía algún hábito tóxico (enolismo y/o tabaquismo). Con respecto a los factores de riesgo cardiovascular, el 50% presentaba alteración del metabolismo de los hidratos de carbono (DM o hiperglucemia) y el 54,9% dislipemia. Casi el 44,8% no presentaba lesión en órgano diana en el momento de la consulta, y del resto de pacientes el 35,6% tenía lesión en un órgano diana, el 14,9% en 2 órganos diana, y sólo el 4,5% en 3 o más órganos.

**Discusión.** Los resultados de nuestra población se comparan con los de otras poblaciones atendidos en atención primaria y en consultas hospitalarias especializadas, y se discuten las posibles causas de las diferencias.

**Conclusiones.** La edad media de los pacientes vistos en nuestras consultas, es superior a la edad de los pacientes valorados en consultas de Atención Primaria. Los pacientes que acuden a la consulta hospitalaria, presentan una HTA más avanzada, así como mayor frecuencia de complicaciones. Los pacientes hipertensos de nuestra consulta asocian con más frecuencia otros factores de riesgo cardiovascular, lo que implica una mayor necesidad de seguimiento, y un control de todos esos factores, así como de las cifras de presión arterial, más estricta.

Tabla 1. Número de órganos lesionados .

Órganos lesionados	Porcentaje
0	5,6%
1	39,3%
2	30,3%
3	19,1%
4	4,5%

**RV-19**  
**PREVENCIÓN SECUNDARIA DE LA ENFERMEDAD ARTERIAL EN PACIENTES MAYORES DE 80 AÑOS. RESULTADOS DEL REGISTRO FRENA**

**M. Camafort Babkowski<sup>1</sup>, L. López Jiménez<sup>1</sup>, M. Monreal<sup>2</sup>, R. Coll<sup>3</sup>, J. M. Sureda<sup>4</sup>, C. Sanclemente<sup>6</sup>, A. Ceballos<sup>7</sup>**  
**y Grupo FRENA**

<sup>1</sup>Medicina Interna. Hospital Comarcal. Móra d'Ebre, Tarragona. <sup>2</sup>Medicina Interna. Hospital Reina Sofía. Córdoba. <sup>3</sup>Medicina Interna. <sup>4</sup>Rehabilitación. Hospital Germans Trias i Pujol. Badalona, Barcelona. <sup>5</sup>Medicina Interna. Hospital Valle Hebrón. Barcelona. <sup>6</sup>Medicina Interna. Hospital General de Vic. Vic, Barcelona. <sup>7</sup>Medicina Interna. Hospital de Antequera. Antequera, Málaga.

**Objetivos.** FRENA es un registro multicéntrico y prospectivo que recoge pacientes consecutivos que hayan presentado una enfermedad isquémica arterial de cualquier localización, en los 3 meses previos a su inclusión, y que tengan un seguimiento mínimo de 12 meses. El objetivo de este estudio es analizar las características clínicas y el pronóstico (mortalidad vascular y total, y nuevos episodios vasculares) en pacientes mayores de 80 años.

**Material y métodos.** Pacientes > 80 años incluidos consecutivamente en el registro FRENA, y que han sido controlados durante al menos un año. Los pacientes debían haber presentado al menos un episodio de enfermedad arterial cardíaca, cerebral o periférica en los 3 meses previos a la inclusión. Los criterios de exclusión fueron estar dentro de un ensayo clínico o la imposibilidad para realizar un control ambulatorio. Los parámetros valorados fueron las características basales, como las medidas morfométricas, la enfermedad que provocó la inclusión, comorbidades, factores de riesgo vascular existentes y enfermedades vasculares previas. Se realizó un seguimiento clínico, exploratorio y analítico de al menos 12 meses, con registro de la medicación administrada. Se valoró la mortalidad global, la mortalidad vascular y la aparición de nuevos episodios vasculares en otros territorios. Se realizó un estudio univariante para identificar aquellas variables significativas en el objetivo del estudio (muerte vascular, no vascular, y nuevos episodios vasculares). Con aquellas variables significativas (p < 0,05) se realizó un análisis multivariante de regresión logística para identificar las variables predictoras de la aparición de nuevos episodios vasculares.

**Resultados.** Se incluyeron un total de 112 pacientes > 80 años (13% del total); de ellos un 49% eran hombres. En el análisis multivariante fueron predictores de nuevos episodios vasculares: la edad, odds ratio (OR) de 2,1 (IC 95% 1,1-4,0) y p de 0,036, la insuficiencia cardíaca, OR de 3,1 (IC 95% 1,4 -6,6) y p de 0,005, la diabetes mellitus, OR de 2,3 (IC 95% 1,3-3,9) y p de 0,003, tener como presentación clínica inicial un síndrome coronario agudo sin elevación del segmento ST (SCASEST), OR de 2,3 (IC 95% 1,3 -4,2) y p de 0,005, tener como presentación clínica inicial una isquemia crítica de EEII, OR de 3,0 (IC 95% 1,4-6,3) y p de 0,003; asimismo, los niveles de colesterol LDL > de 100 mg/dl fueron predictores de nuevos episodios vasculares con una OR de 1,9 (IC 95% 1,1-3,3) y p de 0,016. Únicamente mostraron efecto protector estadísticamente significativo la utilización de ARA II, OR de 0,4 (IC 95% 0,2-0,9) y p de 0,019, y la utilización de estatinas, OR de 0,6 (IC 95% 0,4- 0,9) y p de 0,030.

**Discusión.** No existen muchos datos sobre la prevención vascular secundaria en pacientes > 80 años. Aunque se trata de una primera valoración de los datos del registro FRENA, nuestros resultados muestran que se debe insistir en las medidas terapéuticas en este grupo de pacientes.

**Conclusiones.** En cuanto a la prevención secundaria del riesgo vascular en pacientes ancianos, la presencia de insuficiencia cardíaca, la diabetes mellitus y el tener un episodio previo de SCASEST o de isquemia crítica de extremidades inferiores, son predictores de nuevos episodios vasculares. Asimismo, en los pacientes > 80 años debería perseguirse también el objetivo de un colesterol LDL < 100 por ser predictor de nuevos episodios, y sería beneficiosa la administración de ARA II y estatinas.



**RV-20****NUEVOS EVENTOS CARDIOVASCULARES EN PACIENTES EN PREVENCIÓN SECUNDARIA EN CONSULTAS EXTERNAS DE MEDICINA INTERNA EN NAVARRA. ESTUDIO FRENA****P. Fanlo Mateo, R. Campos Rivas, M. Arteaga Mazuelas, M. Muniesa Zaragozano, V. Jarne Betrán, O. Ateka Basterrica y G. Tiberio***Medicina Interna. Hospital Virgen del Camino. Pamplona, Navarra.*

**Objetivos.** El objetivo de este estudio es determinar el número o el porcentaje de nuevos eventos cardiovasculares en pacientes en prevención cardiovascular secundaria seguidos durante 12 meses en consultas externas de Medicina Interna del Hospital Virgen del Camino en Pamplona.

**Material y métodos.** Se realizó un estudio descriptivo en pacientes ambulatorios de medicina interna que habían sufrido un evento cardiovascular (a nivel cerebral, coronario o arterial periférico) en los 3 meses previos a la primera consulta y fueron seguidos durante 12 meses. Se recogieron los datos de forma informatizada dentro del registro FRENA (factores de riesgo y enfermedad arterial). Se realizó el análisis estadístico por medio del programa SPSS.

**Resultados.** Se estudio a 55 pacientes con un total de 152 visitas, con una media de 2,76 visitas por paciente en un período de 12 meses, la edad media fue de  $75,89 \pm 10,51$  años, el 58,2% de los pacientes eran varones y el 41,8% de los pacientes eran mujeres. El 65,5% eran hipertensos, dislipémicos el 32,7%, diabéticos el 29,1% y fumadores activos el 12,7%. El 41,8% de los pacientes ya había sufrido un evento previo al que había motivado el estudio, el principal era la cardiopatía isquémica (23,6% angor y 12,7% IAM). El evento cardiovascular más importante que motivó el estudio fue la enfermedad cerebrovascular (38,2% ACVA y 18,2% AIT). Tras 12 meses de seguimiento, hubo un total de 23 nuevos eventos, de los cuales la enfermedad cerebrovascular fue la más frecuente con 7 (30,4%) episodios de Ictus y 5 (21,7%) AIT. Durante el estudio fallecieron 4 pacientes 1 por causa arterial, otro por insuficiencia cardíaca y otros 2 pacientes por causa infecciosa.

**Discusión.** La enfermedad cardiovascular es la causa principal de mortalidad en España. Dentro de las comunidades autónomas Navarra posee una de las tasas más bajas de mortalidad. Por medio de estudios nacionales en pacientes ambulatorios en prevención secundaria y de muy alto riesgo vascular es sabido que los pacientes se controlan de forma insuficiente. Por lo que tal y como muestra nuestro estudio sobre todo en pacientes ancianos y de muy alto riesgo vascular las guías sobre el control de factores de riesgos cardiovascular (FRCV) quedan lejos de la práctica clínica habitual.

**Conclusiones.** Casi la mitad de nuestros paciente (41,81%) sufrieron un nuevo evento cardiovascular durante el seguimiento en consultas externas. La enfermedad cerebrovascular fue el principal evento cardiovascular y la principal causa de nuevos evento. Por lo que hace cuestionarnos que el grado de control de los FRCV de estos pacientes no ha sido el adecuado.

**RV-21****TRATAMIENTOS RECIBIDOS EN PACIENTES EN PREVENCIÓN CARDIOVASCULAR SECUNDARIA EN CONSULTAS EXTERNAS DE MEDICINA INTERNA****P. Fanlo Mateo, R. Campos Rivas, M. Arteaga Mazuelas, M. Muniesa Zaragozano, V. Jarne Betrán, C. Pérez García y G. Tiberio***Medicina Interna. Hospital Virgen del Camino. Pamplona, Navarra.*

**Objetivos.** Describir el grupo terapéutico, el principio activo y los efectos adversos de los tratamientos recibidos en pacientes en prevención cardiovascular secundaria controlados en consultas externas de medicina interna del Hospital Virgen del Camino en Pamplona.

**Material y métodos.** Se realiza un estudio descriptivo de los tratamientos recibidos por pacientes en prevención secundaria cardiovascular con evento isquémico, coronario, cerebral o de extremidades inferiores, seguidos durante 12 meses. Se recogieron los datos por medio del registro informatizado FRENA (factores de riesgo y enfer-

medad arterial). Se realizó una estadística general por medio del programa SPSS.

**Resultados.** Se siguieron 55 pacientes durante 12 meses en consultas externas de medicina interna. Todos los pacientes habían sufrido un evento cardiovascular previo. Se prescribieron un total de 325 tratamientos. El grupo terapéutico más frecuente fue los antiagregantes (15,7%) dentro de los cuales el AAS fue el más utilizado (10,9%), el clopidogrel en el 3,1%, los inhibidores de la bomba de protones en el 11,4% dentro de estos el omeprazol con 9,1%. Los diuréticos presentaban el 11,4% dentro de este grupo el más frecuente la furosemida con el 4,4% y la torasemida con el 2,8%, el 8,6% recibieron IECA'S dentro de los cuales el enalapril con un 7,8% fue el más utilizado. El 7,7% de los tratamientos pautados fueron las estatinas, la más pautada fue la sinvastatina con el 4,1%, los anticoagulantes se utilizaron en el 7,1%, los betabloqueantes en el 6,5%, de los cuales el bisoprolol (4,1%) fue el más frecuente. Los nitratos se prescribieron en el 7,1% de las ocasiones. Los ARA II constituían el 4,6%, el valsartan con el 1,9% fue el más frecuente. Los antagonistas del calcio se prescribieron en el 5,5% de los tratamientos el nimodipino con el 1,6% fue el más frecuente. Los antiarrítmicos constituyeron el 4,6%, la digoxina con un 4,1% fue el más utilizado. Los hipoglucemiantes orales se utilizaron en el 2,5%, la glibenclamida con 1,3% fue la principal. En el 1,9% de los tratamientos se prescribió insulina. Se registraron 10 efectos adversos, la hipotensión constituyó el 20%, el 10% la hemorragia, la urticaria en otro 10% y los vómitos en otro 10%. Dentro de los cuales el 80% fue de intensidad moderada. En el 60% de los casos se retiró el fármaco y en un 30% se disminuyó la dosis o se interrumpió de forma temporal.

**Discusión.** Tratamientos como los antiagregantes, las estatinas y los IECA'S vs ARAII son tratamientos fundamentales dentro de la prevención cardiovascular secundaria. Según las recomendaciones actuales todos los pacientes en prevención secundaria debería recibir tratamiento antiagregante en nuestro estudio se utilizaron en 51 ocasiones, cuando nuestro estudio englobaba a 55 pacientes, las estatinas, no sólo por su efecto hipolipemiente sino por sus efectos pleiotrópicos, como estabilizadores de la placa, se utilizaron sólo en 25 ocasiones. Los IECA'S se prescribieron en 28 ocasiones cuando 43 de los 55 pacientes estaban diagnosticados de hipertensión arterial.

**Conclusiones.** Podemos concluir que en pacientes en prevención cardiovascular secundaria se infratilizan tratamientos esenciales como los antiagregantes, las estatinas y los IECAS según las recomendaciones terapéuticas de las guías actuales.

**RV-22****ACCIDENTE CEREBROVASCULAR AGUDO (ACVA) EN EL 2005 - COMPARACIÓN CON 1999****J. Benavente<sup>1</sup>, A. Arana<sup>1</sup>, E. Sánchez<sup>2</sup>, C. Sarasqueta<sup>3</sup>, E. Zubillaga<sup>1</sup>, J. Oruesagasti<sup>1</sup>, M. Bustinduy<sup>1</sup> y G. Zubillaga<sup>1</sup>***<sup>1</sup>Medicina Interna, <sup>2</sup>Neurología, <sup>3</sup>Epidemiología Clínica. Hospital Donosita, Osakidetza. Servicio Vasco de Salud, Universidad del País Vasco, San Sebastián.*

**Objetivos.** Analizar retrospectivamente el perfil de pacientes con ACVA que ingresa en el Hospital en el 2005, la clínica, factores de riesgo, recursos utilizados, tratamiento recibido, secuelas, Barthel, mortalidad, destino y tratamiento al alta, seguimiento de las guías clínicas. Fibrinólisis. Comparar los fallecidos con los no fallecidos. Comparar estos resultados con una cohorte histórica de 1999. Sensibilizar a los clínicos del uso de guías clínicas.

**Material y métodos.** Obtenemos retrospectivamente del CMBD y Documentación Clínica el listado de 685 Altas con ACVAs en el 2005. Seleccionamos al azar 123 pacientes. Desplegamos en una Base de datos Excel los parámetros a analizar, repartimos lo pacientes entre los miembros Residentes arriba señalados. Obtenemos resultados, contabilizamos y comparamos estadísticamente cuando proceda. Comparamos con un archivo histórico del 1999 de 133 pacientes. Destacamos los aspectos más importantes y extraemos conclusiones.

**Resultados.** Edad media: 75 años (a.) (IC: 73-77). Rango: 44-99 a. 57% varones. Edad media hombres: 73,6 a., mujeres: 77 a. Factores de riesgo: HTA: 61%, DM: 27%, Dislipemia: 24%, ACxFA: 26%, IAM: 19%, Estenosis carotídea: 12%. Con 1 factor de riesgo:

34%, con más de 2 factores: 54%. Recursos utilizados: TAC: 85%, RNM: 70%, Eco-Doppler Craneal: 62%, Ecocardiograma: 28%, Holter: 10%. Afectación de fuerza casi general. Esfínteres afectos: 50%, problemas deglutorios: 30%. Lenguaje Normal: 34%. Glasgow normal 15 puntos: 63%. Complicaciones en el Ingreso: Infec. respiratoria: 14%. ITU, ICC, y hemorragia menor del 3%. Tratamiento al Ingreso: AntiHTA: 60%, Diuréticos: 33%. T.Arterial: 147/80. Medidas dietéticas: Normal: 74%. Espesante: 16%. Sonda NG: 5%. ADO 17% e Insulina previa: 6,5%. Pauta correctora ingreso Insulina: 23%. Colesterol: 185 mg%, LDL: 115, HDL: 50. Glucemia: 129 mg%. Estatinas previas: 23%, durante el ingreso: 26%. Fibrinolisis: 5%. Antiagregación: 75% (45% AAS, 40% Clopidogrel). Anticoagulación previo: 5%, en ingreso: 24%. Cumplen criterios de Antiagregación y Anticoagulación. Rehabilitación: 30%, Ambulatoria: 9%. No: 10%. Secuelas: Comunicación normal: 56%. Alimentación normal: 77%, espesantes: 10%. Sonda NG: 2,4%. Nivel de conciencia normal: 68%. Autocuidado: 59%. Secuela esfínteres: 50%. Barthel: 69 puntos (dependencia leve). Al Alta se optimizan los tratamientos de HTA, estatinas, Antiagregantes y Anticoagulantes. ADO e Insulina, Antiarrítmicos. Mortalidad: 9,8%. De las 6 fibrinolisis fallecen 3. Destino al Alta: 66% domicilio, 19% Centro de Crónicos. Institución de origen: 4%. Edad media de fallecidos 76,2 a. y factores de riesgo no diferente estadísticamente del resto. No diferencia en Barthel de fibrinolisis (65 puntos) y no fibrinolisis (69 puntos). En el año 1999 eran 4 años más jóvenes de media, tanto hombres como mujeres ( $p < ,001$ ). Se usaron más antiagregantes, y menos anticoagulantes, estatinas y antihipertensivos. La mortalidad no fue mayor: 15% en 1999 que en el 2005: 9,8% ( $p = 0,28$ ).

**Conclusiones.** 1) La edad media de los ACVAs de 75 años, superior en 4 años a los de 1999 refleja envejecimiento de la población y mejor control de los factores de riesgo vascular en la actualidad. Más hombres y las mujeres más ancianas como refleja la literatura. 2) Añadido a esto el descenso de la mortalidad (de 15% a 10%), aunque no significativa por el tamaño de la muestra, en estos 6 años refleja mejor tratamiento desde que llega al hospital y mejor tratamiento al Alta. 3) El uso más adecuado de antihipertensivos, anticoagulantes, Insulina y estatinas reciente reduce la mortalidad y riesgo vascular en el ingreso y ulterior. Se ha iniciado la Fibrinólisis. Ha habido pocas complicaciones de neumonías e infecciones urinarias, no TVP, ni TEPs, ni hemorragias. Se ha incrementado la Rehabilitación.

### RV-23 EVOLUCIÓN DE LA PRESIÓN ARTERIAL Y DEL RIESGO CARDIOVASCULAR EN PACIENTES DIABÉTICOS E HIPERTENSOS

**M. Gómez Marcos, L. García-Ortiz, E. Ramos Delgado, N. Toral Lara, A. Sánchez Santamaría, A. García García, J. Parra Sánchez y L. González Elena**

Unidad de Investigación de la Alamedilla. Centro de Salud. Salamanca.

**Objetivos.** Evaluar la evolución del control de la presión arterial y del riesgo cardiovascular en pacientes diabéticos e hipertensos y fármacos utilizados durante un período de 6 años.

**Material y métodos.** Diseño: estudio descriptivo longitudinal. Sujetos y ámbito: de la base de datos de pacientes hipertensos de dos centros de salud. Por muestreo aleatorio se seleccionan 849 hipertensos, de ellos hemos estudiado los 183 diabéticos. Edad media 71,12(IC95%: 69,56-72,68). 68,26 en varones; y 72,70 en mujeres; (65% mujeres). Variables: edad, sexo, presión arterial, lípidos, tabaco, glucemia. Riesgo coronario total y grave, riesgo relativo (RR) (Grundy) y fármacos antihipertensivos utilizados.

**Resultados.** En la evaluación del 2.002 la media de la presión arterial sistólica (PAS) fue 144,89 (IC95%: 142,85-146,92), de la presión arterial diastólica (PAD) 80,87 (IC95%: 79,50-82,24), el riesgo coronario absoluto fue 23,04 (IC95%: 21,14-24,94), el riesgo de tener un evento grave fue 17,07 (IC95%: 16,02-18,32) y el riesgo relativo 2,69 (IC95%: 2,42-2,96). En el 2.004 la media de PAS: 139,56 (IC95%: 136,73-142,39) y de PAD: 77,93 (IC95%: 76,55-79,30), el riesgo coronario absoluto fue 20,44(IC95%: 18,80-22,10), el riesgo de tener un evento grave fue 15,08 (IC95%: 13,25-17,13) y el riesgo relativo 2,38 (IC95%: 2,08-2,58) y en el 2.006 la

media de PAS: 139,11 (IC95%: 137,10-141,13) y de PAD: 77,30 (IC95%: 75,65-78,9), el riesgo coronario absoluto fue 19,53 (IC95%: 17,45-21,60), fue 14,46 (IC95%: 12,88-16,49) y el riesgo relativo 2,23 (IC95%: 2,02-2,46). Tienen presión arterial  $< 130/80$  mmHg un 6%, un 13,7% y el 23,4% en cada una de las tres evaluaciones respectivamente. La media de fármacos antihipertensivos utilizados por paciente ha sido 1,60, 1,85 y 1,95, estaban con asociaciones farmacológicas un 51,9%, un 64,4% y un 65,9%. Los fármacos utilizados de forma aislada con más frecuencia fueron los IECA (20,2%, 17,4% y 13,2%) y la asociación utilizada con más frecuencia fue diuréticos-IECA (19%, 18% y 17%) seguidas de Diuréticos-ARAI (6,7%, 11% y 13%). Todos los datos referidos a las evaluaciones realizadas en el 2002, 2004 y 2006 respectivamente.

**Discusión.** El porcentaje de pacientes hipertensos diabéticos con control adecuado de su presión arterial al igual que ocurre en múltiples estudios publicados en nuestro país es muy bajo, sin embargo está mejorando en los últimos años al igual que ocurre con el riesgo cardiovascular, debido a que cada vez los profesionales sanitarios estamos más mentalizados de la importancia de conseguir cifras de presión arterial menores de 130/80 mmHg como recomiendan las Guías de Práctica clínica.

**Conclusiones.** Las cifras medias de presión arterial tanto sistólica como diastólica y el riesgo cardiovascular han disminuido, el porcentaje de pacientes con cifras de presión arterial controladas ha aumentado, aumentando la media de fármacos por paciente y el porcentaje de asociaciones.

### RV-24 UTILIDAD DEL BNP COMO MARCADOR DE ISQUEMIA MIOCÁRICA EN PACIENTES QUE CONSULTAN A UNA UNIDAD DE DOLOR TORÁCICO EN URGENCIAS

**B. López Barbeito<sup>1</sup>, E. Bragulat Baur<sup>1</sup>, E. Gómez Angelats<sup>1</sup>, M. Morales Ruiz<sup>2</sup>, S. Jiménez Hernández<sup>1</sup>, G. García Segarra<sup>1</sup>, M. Ortega Romero<sup>1</sup> y M. Sánchez Sánchez<sup>1</sup>**

<sup>1</sup>Sección de Urgencias Medicina, <sup>2</sup>Centro de Diagnostico Biomédico, Laboratorio de Hormonal. Hospital Clínico de Barcelona. Barcelona.

**Objetivos.** Uno de los Objetivos. de nuestra unidad de dolor torácico es la de diagnosticar lo antes posible a los pacientes afectos de un síndrome coronario agudo (SCA). En este sentido, los pacientes cuyo dolor torácico es debido a isquemia miocárdica deben a menudo permanecer en la unidad de dolor torácico hasta que se alcanza el diagnóstico. Es por ello que nos proponemos analizar la utilidad del BNP como marcador de isquemia miocárdica en un grupo de pacientes que consultan por dolor torácico a una unidad de dolor torácico de un servicio de urgencias.

**Material y métodos.** Se trata de un estudio prospectivo observacional en el que se incluyeron 50 pacientes. Los pacientes tras una rápida evaluación clínica inicial y un primer ECG se clasificaron como: Grupo 1: DT de probable origen coronario, con clínica sugestiva y ECG sin alteraciones, o Grupo 2: DT de origen coronario, con clínica sugestiva con ECG patológico y/o determinación de Troponina I positiva. A su llegada y a las seis horas de su estancia en urgencias se realizaron determinaciones plasmáticas de Troponina I y BNP. Todos los pacientes incluidos en el primer grupo fueron sometidos a una prueba de esfuerzo convencional y todos los pacientes del segundo grupo ingresaron en cardiología. Fueron incluidos todos los pacientes mayores de 18 años que consultaron a urgencias por dolor torácico no traumático, excluyendo aquellos mayores de 90 años, aquellos con enfermedad oncológica avanzada, o enfermedad coronaria conocida y no tributaria de revascularización.

**Resultados.** Se incluyeron 25 pacientes en cada grupo con una mediana de edad de 71 años para el grupo 1 y 72 años para el grupo 2. En relación a la presencia de factores de riesgo cardiovascular (HTA, diabetes mellitus, dislipemia, tabaquismo, antecedentes familiares y personales de cardiopatía isquémica) no se observaron diferencias significativas entre ambos grupos. Todos los pacientes del grupo 1 presentaron determinaciones de Troponina I negativa ( $< 0,1$  ng/ml). En los pacientes del grupo 2, 12 pacientes presentaron la primera determinación de Troponina  $> 0,1$  ng/ml y 15 pacientes la segunda determinación de Troponina I  $> 0,1$  ng/ml. En los pacientes del grupo 1 el valor mediano de la primera determinación de

BNP fue de 79,7 pg/ml y de la segunda determinación de 74,9 pg/ml (P NS). En los pacientes del grupo 2 el valor mediano de la primera determinación de BNP fue de 73,6 pg/ml y de la segunda determinación de 154,5 pg/ml ( $p < 0,005$ ).

**Discusión.** Los presentes resultados preliminares sugieren que el BNP no constituye un marcador útil de isquemia miocárdica en un grupo de pacientes que consultan por dolor torácico a una unidad de dolor torácico. Aunque en el grupo de pacientes afectados de necrosis miocárdica si hemos observado una diferencia significativa en la determinación consecutiva de BNP, no hemos obtenido, hasta el momento, resultados similares en pacientes con sospecha de isquemia miocárdica en comparación con aquellos en los que descartamos la presencia de un SCA. Cabe esperar que la inclusión de más pacientes permita aclarar este aspecto.

#### RV-25 SIGNIFICADO CLÍNICO DE LA HOMOCISTEÍNA EN PACIENTES HOSPITALIZADOS MAYORES DE 65 AÑOS

**A. Martínez Riera<sup>1</sup>, J. Viña Rodríguez<sup>1</sup>, F. Santolaria Fernández<sup>1</sup>, E. González Reimers<sup>1</sup>, M. Vega Prieto<sup>2</sup>, E. Rodríguez Rodríguez<sup>1</sup>, E. García Valdecasas Campelo<sup>1</sup> y J. Ruiz Lacambra<sup>1</sup>**

<sup>1</sup>Medicina Interna, <sup>2</sup>Laboratorio de Bioquímica. Hospital Universitario de Canarias. La Laguna, Tenerife.

**Objetivos.** Las concentraciones plasmáticas de homocisteína aumentan con la edad, y se considera un factor de riesgo cardiovascular condicional, además, se ha relacionado con el desarrollo de insuficiencia cardíaca y de demencia en pacientes mayores. También se han relacionado cifras bajas de homocisteinemia con un peor pronóstico, en pacientes en diálisis. El objetivo del estudio fue analizar la prevalencia, el significado clínico y el valor pronóstico de las concentraciones plasmáticas de homocisteína en pacientes mayores de 65 años ingresados en una planta de hospitalización de medicina interna.

**Material y métodos.** Estudiamos a 337 pacientes ingresados en una planta de hospitalización de medicina interna, 184 hombres y 153 mujeres, cuya media de edad fue de  $77,2 \pm 0,4$  años y cuyo ingreso no estuviese motivado por un evento vascular, y a 36 sujetos sanos como controles (18 hombres y 18 mujeres), de edades similares. En ellos determinamos el índice de masa corporal (IMC) y las concentraciones plasmáticas de colesterol, triglicéridos, ácido fólico, vitamina B12 y homocisteína. Tras el alta hospitalaria valoramos la supervivencia de 301 de los pacientes, mediante llamada telefónica. Las curvas de supervivencia se realizaron mediante el método de Kaplan y Meier.

**Resultados.** La mediana de supervivencia fue de 1.186 días. No encontramos diferencias en la homocisteinemia con el grupo control, aunque si una mayor dispersión con un aumento del porcentaje de pacientes con valores bajos y elevados. Los pacientes con insuficiencia cardíaca, con deterioro cognitivo, con disminución del ácido fólico y de la vitamina B12, con malnutrición y con insuficiencia renal crónica, tenían concentraciones más altas de homocisteína, mientras que los pacientes con sepsis, leucocitosis e hipoalbuminemia tenían concentraciones menores. Además la homocisteína correlacionó de forma positiva con la edad, y con las concentraciones de creatinina y albúmina, y de forma negativa con la vitamina B12 y el ácido fólico. Los pacientes que tenían una homocisteinemia inferior al percentil 15 ( $9,6 \text{ mmol/l}$ ) o superior al 50 ( $14,4 \text{ mmol/l}$ ), usados como puntos de corte, tenían una menor supervivencia. Las variables con valor predictivo independiente de una menor supervivencia (Cox) fueron BUN bajo (RR 9,98), cáncer activo (RR5,53), edad avanzada ( $> 85$  años RR 2,47), desnutrición (RR2,18), linfocitos bajos ( $< 1.500/\text{mm}^3$  RR2,00), hiponatremia ( $\text{Na} < 132 \text{ mEq/l}$  RR 1,90), y protrombina baja ( $< 70\%$  RR 1,14). La homocisteína no mostró, sin embargo, valor predictivo independiente, al ser desplazada en el análisis multivariado por el estado nutricional. Tanto los valores altos como bajos de homocisteína se asociaron a malnutrición.

**Conclusiones.** Una concentración de homocisteína baja en ancianos que no toman suplementos de vitaminas y que están hospitalizados, no debe de ser interpretado como un factor protector individual, al contrario se debe considerar como un efecto de un proceso inflamatorio y de desnutrición que conlleva a un mal pronóstico.

#### RV-26

#### DIFERENCIAS DE GÉNERO EN LA ENFERMEDAD ARTERIAL CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS Y PRONÓSTICAS. REGISTRO FRENA

**C. Sanclemente Ansó<sup>1</sup>, J. Vilaró Pujals<sup>1</sup>, M. Piedecausa<sup>2</sup>, M. Monreal<sup>3</sup>, J. Toril<sup>4</sup>, R. Coll<sup>5</sup>, J. Alcalá<sup>6</sup> y Grupo FRENA**  
<sup>1</sup>Medicina Interna. H. General de Vic, Barcelona. <sup>2</sup>Medicina Interna. H. General Universitario de Elche, Alicante. <sup>3</sup>Medicina Interna, <sup>4</sup>Rehabilitación. Hospital Germans Trias i Pujol. Badalona, Barcelona. <sup>5</sup>Medicina Interna. Centro Médico y de Rehabilitación. Castelldefels, Barcelona. <sup>6</sup>Medicina Interna. H. Comarcal Valle de los Pedroches. Pozoblanco, Córdoba.

**Objetivos.** Existen pocos estudios en nuestro país que analicen las diferencias de género en los pacientes en prevención secundaria de enfermedad arterial. FRENA es un registro multicéntrico prospectivo, que incluye pacientes consecutivos que hayan presentado una enfermedad isquémica arterial de cualquier localización en los 3 meses previos a su inclusión, seguidos por lo menos 12 meses. El objetivo es analizar si existen diferencias de género en las características clínicas, factores de riesgo cardiovascular y pronóstico (mortalidad vascular, total y nuevos episodios vasculares) de estos pacientes. **Material y métodos.** Se realizó un estudio univariante para detectar las variables con significación estadística ( $p < 0,05$ ), para posteriormente realizar un estudio multivariante para identificar las variables que se asocian significativamente estadística con un mayor riesgo de presentar un nuevo evento cardiovascular. Se realizó con un paquete estadístico SPSS.

**Resultados.** De un total de 860 pacientes, 614 (71%) eran varones y 246 (29%) mujeres, con una edad media de  $65 \pm 11$  años para los varones y de  $71 \pm 10$  para las mujeres. El 74% de los varones y un 81% de las mujeres tenían un índice de masa corporal superior a 25. El 63% de los varones eran hipertensos frente a un 74% de las mujeres. Igual sucedió con la diabetes: 31% de los varones y 48% de las mujeres. Respecto al perfil lipídico, el colesterol total  $> 190 \text{ mg/dL}$  estaba presente en el 38% de los varones y en un 59% de las mujeres. Los varones eran más fumadores (20%) que las mujeres (4,9%). La forma de presentación del primer episodio arterial fue diferente, siendo más frecuente la enfermedad cerebrovascular (ECV) en las mujeres (46%), la coronariopatía (ECC) (42%) y la claudicación intermitente (27%) en los varones. En el análisis multivariante se observó como factores de mal pronóstico y asociados a padecer un nuevo evento cardiovascular: la insuficiencia cardíaca y la arteriopatía periférica en el sexo femenino y la diabetes, el SCASEST como forma de presentación del primer episodio y el c-LDL  $> 100 \text{ mg/dL}$  en los varones.

**Conclusiones.** Los factores de riesgo se distribuyen de forma diferente según el sexo: las mujeres presentaron más diabetes, edad e HTA con una  $p < 0,001$  para las dos primeras variables y  $p < 0,002$  para la tercera. La forma de presentación inicial de la enfermedad arterial fue más frecuente en forma de ECV en las mujeres  $p < 0,001$  y en forma de ECC y claudicación intermitente en los varones con una  $p < 0,001$  para ésta última. La evolución clínica: nuevos eventos o forma de presentación de los mismos fue similar para ambos sexos. Los factores pronósticos son diferentes según el sexo, siendo la insuficiencia cardíaca ( $p 0,007$ ) y la enfermedad arterial periférica ( $p 0,046$ ) de mal pronóstico para presentar un nuevo evento cardiovascular en el sexo femenino y la diabetes ( $p 0,033$ ), el SCASEST ( $p 0,046$ ) como primer episodio y el c-LDL  $> 100 \text{ mg/dL}$  ( $p 0,029$ ) en el varón. Probablemente estos datos indiquen que el abordaje de los FRCV y de la enfermedad cardiovascular haya de ser diferente dependiendo del sexo.

#### RV-27

#### ¿ESTÁ LA HIPERTENSIÓN ARTERIAL REFRACTARIA DETERMINADA A NIVEL GENÉTICO?

**M. Sánchez Ledesma<sup>1</sup>, I. Cruz González<sup>2</sup>, C. González Maroño<sup>1</sup>, E. Puerto Pérez<sup>1</sup>, A. Antolí Royo<sup>1</sup>, D. Varillas Delgado<sup>3</sup>, R. González Sarmiento<sup>3</sup> y A. Sánchez Rodríguez<sup>1</sup>**

<sup>1</sup>Medicina Interna 1, <sup>2</sup>Cardiología. Hospital Universitario de Salamanca. Salamanca. <sup>3</sup>Unidad de Medicina Molecular. Universidad de Salamanca. Departamento de Medicina, Salamanca.

**Objetivos.** Analizar si variantes alélicas de los genes de metabolismo hepático y xenobiótico GSTT1, GSTM1, GSTP1 y CYP2D6, y de los

genes endoteliales NOS3 (786 T > C) y endotelina (862 G > T) se asocian con una mayor susceptibilidad a desarrollar HTA-Refractaria (HTA-R).

**Material y métodos.** Planteamos un estudio observacional de casos y controles incidentes prospectivos. De 950 pacientes hipertensos seguidos durante 42 meses seleccionamos 50 HTA-R y 236 hipertensos controlados (sin diferencias en sexo y edad entre ambos grupos). El análisis alélico se realizó mediante PCR y digestión enzimática con endonucleasas. Las diferencias fueron estudiadas mediante el test de la chi cuadrado de Pearson.

**Resultados.** La edad media de los HTA-R fue 68 ± 11 años, 34% eran varones y recibían una media de 3,7 fármacos antihipertensivos. Los HTA-R presentan mayor afectación miocárdica (p = 0,001), y retiniana (p = 0,02), así como más años de evolución. Tanto el alelo C (-786C > T NOS3) como el alelo G de la endotelina (G862T) se asociaron con hipertensión refractaria con respecto a los hipertensos controlados (p = 0,014 OR 2,32 IC 1,17-4,63; p = 0,037 OR 2,15 IC 1,036-4,501 respectivamente) Por otra parte, un 57% de los HTA-R carecían de los exones 4 y 5 del gen GSTM, lo que se correlaciona con ausencia de función de esta enzima, frente a un 39% de los hipertensos controlados siendo estas diferencias estadísticamente significativas (p = 0,025 OR = 0,49, IC (0,2-0,9)). No encontramos diferencias en la distribución de GSTT, GSTP ni CYP2D6.

**Discusión.** Los HTA-R presentan variaciones alélicas con respecto a los hipertensos controlados. Los HTA-R se asocian con mayor frecuencia a la ausencia del gen GSTM con respecto a los hipertensos controlados. El déficit de este gen que regula la eliminación de productos tóxicos y fármacos, y el estrés oxidativo a nivel endotelial, podría ser uno de los mecanismos implicados en la resistencia de estos pacientes. Del mismo modo existen diferencias a nivel genético entre hipertensos refractarios e hipertensos controlados en la distribución alélica de la NOS3 y de la endotelina. El fracaso del tratamiento en estos pacientes podría determinarse al menos en parte por variaciones genéticas implicadas en la regulación del tono vascular endotelial.

**Conclusiones.** Existen diferencias en la distribución alélica y genotípica de diversos genes de metabolismo hepático y endoteliales entre los hipertensos refractarios e hipertensos controlados lo que sugiere que esta patología pueda estar determinada al menos en parte a nivel genético.

**RV-28**  
**ANÁLISIS DE RENDIMIENTO DE LA ECOCARDIOGRAFÍA ULTRALIGERA EN UNA SALA DE URGENCIAS EN PACIENTES CON DOLOR TORÁCICO AGUDO DE RIESGO CORONARIO BAJO O INTERMEDIO**

**Z. Santos<sup>1</sup>, M. Tubia<sup>1</sup>, R. Chirino<sup>4</sup>, A. Guerrero<sup>3</sup>, M. Irurita<sup>2</sup>, L. Calvo<sup>1</sup>, C. Glucksmann<sup>5</sup> y C. Culebras<sup>2</sup>**

<sup>1</sup>Medicina Interna, <sup>2</sup>Cardiología, <sup>3</sup>Anestesiología y Reanimación, <sup>4</sup>Fisiología, <sup>5</sup>Nefrología. Hospital Universitario Insular. Las Palmas de G.C.

**Objetivos.** Es frecuente en los servicios de urgencias el observar a pacientes con dolor torácico de carácter anginoso significativo, sin alteraciones eléctricas de importancia y sin una clara elevación de marcadores bioquímicos. Estos pacientes son comúnmente considerados de bajo o medio riesgo y por ello no ingresan en institución hospitalaria, quedando a expensas de pruebas de provocación, normalmente tardías. **Objetivos** Idoneidad del eco ultraligero (Eco-P) en la discriminación del dolor torácico agudo (DT), de bajo o medio riesgo, en el servicio de urgencias.

**Material y métodos.** Recogimos de forma consecutiva 67 pacientes con dolor torácico, dados de alta del servicio de urgencia de nuestro hospital. Con estas características: Edad media 58; 60% varones; 80% HTA; 67% dislipémicos; 43% diabéticos; 25% fumadores; 43% cardiopatía previa sin IAM. Estudiamos con pruebas de provocación de isquemia las alteraciones segmentarias o de movimiento, eléctricas, de perfusión y anatómicas con Eco-P antes y tras ergometría (PE), a la que añadíamos radiofármacos (Mibi Tc) para estudiar perfusión, basal y tras estrés. Si alguna de ellas era considerada como positiva para isquemia las realizábamos una coronariografía.

**Resultados.** El 34% de los DT de riesgo bajo o medio que se observado en urgencias tienen lesiones coronarias con un comportamiento funcional y/o anatómicamente patológicas.

**Conclusiones.** La Eco P durante el estrés, demuestra una alta especificidad y un buen valor predictivo, es de utilidad para la discriminación negativa durante una fase aguda. El Mibi-Tc tiene una alta sensibilidad y especificidad asociado a la PE, comparados con los resultados coronariográficos.

Tabla 1. Lesión anatómica.

	Coronariografía +	Coronariografía	p
PE +	20	23	0,011
PE	3	21	0,011
Radioisótopos +	22	1	< 0,001
Radioisótopos	1	43	< 0,001
Eco portatil +	15	2	< 0,001
Eco portatil	8	42	< 0,001

Tabla 2. Valor predictivo.

	PE %	Radiofármacos %	Eco portatil
Sensibilidad	86%	95%	65
Especificidad	47%	97%	95
Valor redictivo +	46%	95%	88
Valor predictivo	87%	97%	84
Likelihood ratio	1.664	42087	14.348

**RV-29**  
**CONTROL AMBULATORIO DE LA DIABETES MELLITUS TIPO 2 Y FACTORES DE RIESGO CARDIOVASCULAR ASOCIADOS**

**C. Campo López, R. Alonso Estellés, J. Aguilar Jiménez y J. Calabuig Alborch**

Medicina Interna. Hospital La Fe, Valencia.

**Objetivos.** Evaluar el manejo ambulatorio de los pacientes con diabetes mellitus (DM) tipo 2 y determinar la proporción de factores de riesgo cardiovascular asociados.

**Material y métodos.** Estudio prospectivo y descriptivo de pacientes con DM tipo 2 que ingresan en un hospital traumatológico por patología aguda no relacionada con su diabetes. Se recogen datos en la anamnesis sobre su diabetes: años de evolución, cifras habituales, tipo de control y tratamiento habitual. Se valoran otros factores de riesgo cardiovascular asociados como HTA referida por los pacientes, tabaquismo, dislipemia y obesidad (IMC). Se determina al ingreso la glucemia en ayunas, función renal (urea/creatinina), perfil lipídico, hemoglobina glicosilada y microalbuminuria en orina de 24 h.

**Resultados.** Se estudiaron 86 pacientes durante 5 meses de los cuales 48 (55,8%) eran mujeres y 38 (44,18%) eran varones. La edad media fue de 68,3 años (42-90) y la media de años de evolución de la DM de 11,8 años (0-40). Las cifras habituales medias de glucemia referidas por el paciente de 151.2 mg/dl (80-250). El 83,7% de pacientes (72) estaba controlado por su médico de cabecera y el 4,6% (4) no seguía ningún control. El resto, un 5,8%(5) apartes iguales controlados por especialista y especialista más médico de cabecera. El tratamiento habitual en el 65,1% (56 pacientes) de los casos era con antidiabéticos orales, 22% insulina, 5,8% antidiabéticos e insulina, 5,8% dieta y en un caso nada por desconocer su DM. La glucemia digital media en ayunas fue de 151,7 mg/dl (81-362). La media de hemoglobina glicosilada fue 7,9 de los 83 pacientes en los que se realizó y en porcentaje en el 47,7% (38) de los pacientes fue inferior a 7 y en el 54,2% (45) superior a 7. Hubo deterioro analítico de la función renal en 15 pacientes (17,4%), conocido sólo en 3 de ellos y microalbuminuria positiva en orina de 24 horas en el 36,7% (29) de los 79 pacientes en los que se determinó. Como factores de riesgo cardiovascular asociados encontramos HTA en 49 pacientes (56,9%), tabaquismo en 14 pacientes (16,2%), colesterol LDL > 100 mg/dl en 32 pacientes (37,2%) e IMC > 30 en 24 pacientes (27,9%).

**Discusión.** La DM tipo 2 es un problema importante y creciente en nuestro medio. El manejo es complicado pues también hay que intentar controlar otros factores de riesgo cardiovascular asociados para prevenir futuras complicaciones a medio y largo plazo. Para ello es necesaria una buena preparación de los médicos de atención primaria y una buena educación diabetológica en los pacientes.

**Conclusiones.** El manejo de la DM tipo 2 en nuestro medio es todavía inadecuado. La mayoría de los pacientes son controlados por su médico de cabecera sin consultar con un especialista y están infratratados con antidiabéticos orales. El deterioro de la función renal y, sobre todo, la microalbuminuria patológica es un dato importante y desconocido por muchos pacientes. Existen otros factores de riesgo cardiovascular asociados entre los que destacan sobre todo la hipertensión arterial y el aumento de LDL colesterol.

### RV-30

#### COMPARACIÓN ENTRE EL ALGORITMO DE FRAMINGHAM Y EL DE SCORE EN EL CÁLCULO DE RIESGO CARDIOVASCULAR EN SUJETOS ENTRE 40-65 AÑOS: DIFERENTES ACTITUDES Y DISTINTOS PACIENTES

I. Amorós<sup>2</sup>, L. Castellano<sup>2</sup>, L. López<sup>2</sup>, E. Rodilla<sup>3</sup>, J. Pascual<sup>2</sup> y C. González<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Medicina preventiva, <sup>2</sup>Medicina Interna, <sup>3</sup>Unidad de Riesgo Vascular e Hipertensión Arterial. Hospital de Sagunto. Puerto de Sagunto, Valencia.

**Objetivos.** Analizar las implicaciones terapéuticas en la práctica clínica habitual derivadas del uso de los dos modelos distintos del cálculo de riesgo cardiovascular y estudiar las diferencias entre los individuos clasificados como de alto riesgo por cada sistema, en una población de hipertensos de 40 a 65 años.

**Material y métodos.** Se incluyeron 929 pacientes de 40 a 65 años (51% mujeres), no diabéticos, ni con antecedentes de enfermedad cardiovascular, con al menos un año de seguimiento en una Unidad de Hipertensión y Riesgo vascular. Se estimó el riesgo de muerte cardiovascular (RCV) en 10 años según la función SCORE, de la Guía Europea y riesgo coronario (RC) en 10 años según la función de Framingham modificada por NCEP-ATPIII. Se clasificaron como de alto riesgo si RCV > 5% y RC > 20%.

**Resultados.** Un 4,1% de los pacientes fueron clasificados como de alto riesgo por SCORE, frente a un 2,5% según Framingham. Sólo un 0,2% de las mujeres fueron clasificadas como de alto riesgo por un sistema u otro, mientras un 8,2% de los hombres lo fueron por SCORE, y un 4,8% por Framingham. Existía una baja concordancia entre los dos sistemas. Sólo un 1,5% de los varones fueron clasificados de alto riesgo por los dos sistemas, y ninguna mujer. Los pacientes clasificados como de alto riesgo por SCORE, pero no por Framingham, presentaban una edad superior, menos frecuencia de tabaquismo y mejor perfil lipídico que el grupo de pacientes clasificados de alto riesgo sólo por Framingham. Según las recomendaciones de NCEP-ATPIII, el tratamiento hipolipemiente estaría indicado en un 35%, frente a un 24% según la Guía Europea. En los hombres, el tratamiento estaría indicado en un 43% según NCEP-ATPIII frente a un 28% según la Guía europea, y en las mujeres, en un 28% y 23%, respectivamente.

**Discusión.** En nuestro estudio se han seleccionado los casos con el fin de comparar los dos sistemas de cálculo de riesgo en un rango de edad adaptable a ambos sistemas. Pero incluso en este intervalo (40 a 65 años) la edad tiene una gran influencia en el cálculo del riesgo según el sistema utilizado. En varones < 50 años, el modelo de SCORE no considera de alto riesgo a ninguno frente al 6,4% de Framingham, mientras que en el grupo de 60 a 65 años SCORE clasifica como alto riesgo al 32%, una proporción 7 veces mayor que con la función de Framingham. Por lo tanto como norma general el modelo de SCORE prima a los pacientes con más edad frente a los más jóvenes. Además de clasificar a una proporción diferente, la concordancia de los dos sistemas para clasificar a los pacientes en grupos de riesgo es muy baja. En nuestro estudio SCORE considera de alto riesgo casi al doble de hombres entre 40 y 65 años que Framingham, pero deja fuera al 68% de los hombres clasificados como de alto riesgo por Framingham. Aunque el SCORE considera a más pacientes como de alto riesgo, el número en los que se aconseja tratamiento farmacológico con hipolipemiantes es más bajo si se utilizan las tablas de SCORE (24%) que el algoritmo de Framingham

(35%). Especialmente los varones de 40 a 49 años son los que se quedan sin tratamiento si se utiliza el SCORE. Sin embargo en este grupo de pacientes cada vez existe más evidencia derivada de ensayos clínicos controlados, que indica que el tratamiento hipolipemiente es beneficioso y previene complicaciones, por lo que la posibilidad de utilizar unas guías que en ocasiones no van acorde con la evidencia conocida es cuestionable.

**Conclusiones.** A pesar de que la función de SCORE, en comparación con el algoritmo de Framingham, casi duplica el número de pacientes de alto riesgo, el tratamiento hipolipemiente farmacológico estaría indicado en una menor proporción de pacientes según la Guía europea que según las recomendaciones del NCEP-ATPIII.

### RV-31

#### UTILIZACIÓN INADECUADA DE LA TROPONINA I EN LA PRÁCTICA CLÍNICA

J. Vázquez Labrador<sup>1</sup>, M. Morillo Blanco<sup>1</sup>, E. Arroyo Masa<sup>1</sup>, M. Martínez Giles<sup>1</sup>, J. Buenavida Villar<sup>1</sup>, M. García López<sup>2</sup>, D. Magro Ledesma<sup>1</sup> y M. Pérez Miranda<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Medicina Interna. Hospital Infanta Cristina. Badajoz, <sup>2</sup>Medicina Familiar y Comunitaria. Hospital de Mérida. Mérida, Badajoz.

**Objetivos.** Conocer la frecuencia y la adecuada indicación de la determinación de la troponina I.

**Material y métodos.** Se realizó un estudio descriptivo retrospectivo de los pacientes ingresados en el Servicio de Medicina Interna a lo largo de 17 meses (01/01/05 hasta 31/05/06), y se revisaron aquellos a los que se les determinó la troponina. Se consideró adecuada indicación de la determinación de troponina, cuando el paciente consultaba por un dolor torácico de perfil coronario o cuando aparecen cambios electrocardiográficos sugestivos de cardiopatía isquémica.

**Resultados.** De los 167 pacientes revisados, 91 eran hombres (54,5%) con una edad media de 74 años, y 76 mujeres (45,5%) con una media de edad de 80 años. Se realizó una determinación de troponina de forma inadecuada en 130 pacientes (77,8%), siendo los diagnósticos más frecuentes: Insuficiencia Cardíaca 57 (34,1%), Infección respiratoria 19 (11,4%), ACVA 14 (8,4%), taquiarritmias 10 (6%), EPOC reagudizado 10 (6%), neoplasias 6 (3,6%), síncope vasovagal 5 (3%), TEP 2 (1,2%), otros 14 (8,4%). Se determinó la enzima de forma adecuada al 22,2%, 37 pacientes, de los cuales 32 consultaron por dolor torácico de perfil coronario, 19 de ellos además presentaban cambios ECG sugestivos de isquemia; y 5 pacientes sólo presentaban cambios ECG sugestivos de isquemia miocárdica sin dolor de perfil coronario. La enzima fue positiva en 18 enfermos (10,8%), 12 presentaban un Síndrome coronario agudo, 2 Insuficiencia Cardíaca, 2 ACVA, 1 taquiarritmia y 1 shock cardiogénico. El 59,3% de los revisados (99 pacientes), presentaban posibles causas no coronarias de elevación enzimática, siendo la más frecuente, la Insuficiencia cardíaca 34,7%, taquiarritmias 12%, Insuficiencia Renal 8,4%, ACVA 7,8%, TEP 1,2% y shock 0,6%.

**Discusión.** Los procesos que cursan con dolor torácico son de presentación frecuente en la labor diaria en el Servicio de Urgencias, y el médico que se enfrenta a la valoración de un Síndrome de dolor torácico cualquiera, puede verse tentado a solicitar sin criterio alguno, determinación de troponina, se objetiva de forma clara en el estudio dónde al 77,8% de los pacientes se les determina la enzima sin criterio clínico ni ECG. Es un error frecuente en la práctica médica considerar que valores normales de troponina excluyen el diagnóstico de Síndrome Coronario Agudo, en nuestro estudio 18 enfermos son diagnosticados de Síndrome coronario Agudo sin elevación enzimática. La elevación de troponina tampoco es patognomónica de necrosis isquémica, se puede observar en algunos casos de Insuficiencia Cardíaca, ACVA, taquiarritmias y shock, que provocan incremento de la enzima de causa no coronaria, constituyendo los falsos positivos ya descritos en estudios previos. En el estudio no se incluyeron los pacientes ingresados en otros servicios (Cardiología) con la sospecha inicial de Síndrome Coronario Agudo, produciendo sesgo a tener en cuenta a la hora de valorar nuestros resultados haciendo también variar la incidencia de los mismos.

**Conclusiones.** Este estudio evidencia una alta determinación de troponina de forma inadecuada, lo cual hace aumentar los costes médicos para el estudio de los pacientes con "cualquier dolor torácico", convirtiéndose en un problema económico importante. Por tanto, la historia clínica junto con los cambios electrocardiográficos, siguen siendo una herramienta de gran valor para el diagnóstico diferencial de dolor torá-

cico, la determinación de troponina es de interés ante pacientes con sospecha de Síndrome Coronario Agudo y no a todos los pacientes que consultan por dolor torácico en el servicio de Urgencias.

### RV-32

#### CARACTERÍSTICAS EPIDEMIOLÓGICAS DE LOS PACIENTES CON ENFERMEDAD VALVULAR SEVERA QUE ACUDEN A UNA SALA DE HEMODINÁMICA

**C. Fernández del Prado, E. Castilla Cabanes, J. Gimeno Garza, M. Ortas Nadal, A. Miñano Oyarzabal, B. Simó Sánchez, A. Peleato Peleado y A. Del Río Ligorit**  
Cardiología. Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa. Zaragoza.

**Objetivos.** Estudiar los aspectos clínico – epidemiológicos de los pacientes con enfermedad valvular severa que acuden a una sala de hemodinámica.

**Material y métodos.** Se analizaron 301 pacientes con enfermedad valvular severa remitidos para cateterismo cardiaco a nuestra Unidad, durante los años 2003 y 2004. Posteriormente, se contactó con ellos mediante llamada telefónica al cabo de 1 año como mínimo. Los datos se analizaron con el programa SPSS 12.0.

**Resultados.** De los 301 pacientes 50,5% varones, con una edad media de 67,8 (DT9,7). Diagnóstico inicial: 56,8% estenosis aórtica (EA) 51,8% insuficiencia aórtica (IA), 30,6% estenosis mitral (EM) y 60,3% insuficiencia mitral (IM). Los factores de riesgo cardiovascular asociados fueron: HTA (40,8%), Dislipemia (27,3%), DM (19,8%), Tabaquismo (7,8%), Cardiopatía isquémica crónica (10,5%), Claudicación en extremidades inferiores (2%), Insuficiencia renal crónica (7,1%) y Enfermedad pulmonar obstructiva crónica (7,5%). El 61% de los pacientes se encontraban en ritmo sinusal estable, frente al 39% que estaban en fibrilación auricular persistente. En la coronariografía realizada se detectaron lesiones coronarias significativas en el 28,1%, de las cuales el 15,9% eran susceptibles de revascularización concomitante mediante pontaje aortocoronario. La clínica acompañante a la valvulopatía fue: Insuficiencia cardíaca (72,3%), ángor (24,9%), dilatación del ventrículo izquierdo (9,7%), disfunción ventricular izquierda (7,6%), síncope (6,9%) e hipertensión pulmonar (2,4%). Se contactó con el 71%, de los pacientes: 70,9% intervenidos y 17,8% fallecidos (7,4% precirugía).

**Conclusiones.** Los pacientes de nuestro medio que acuden a la sala de hemodinámica por enfermedad valvular severa presentan una edad media alta. Los factores de riesgo cardiovascular asociados más frecuentes fueron: La HTA y la Dislipemia, con una alta prevalencia de enfermedad arterial coronaria significativa. La clínica determinante del tratamiento quirúrgico fue la insuficiencia cardíaca en casi todas las valvulopatías

### RV-33

#### RELACIÓN DEL ÍNDICE DE MASA CORPORAL CON OTROS FACTORES DE RIESGO CARDIOVASCULAR EN DIABETES MELLITUS TIPO 2

**J. Díaz Benito<sup>1</sup>, C. Jean Louis<sup>2</sup>, I. Pérez Litago<sup>2</sup>, A. Pous Marín<sup>2</sup>, M. León Díaz<sup>1</sup>, A. Sola Larraza<sup>1</sup>, M. Hernández Espinosa<sup>1</sup> y M. Ruiz Martínez<sup>1</sup>**

<sup>1</sup>Atención Primaria. Centro de Salud Iturrama. Pamplona, Navarra, <sup>2</sup>Servicio de Urgencias. Hospital de Navarra. Pamplona, Navarra.

**Objetivos.** Determinar el grado de control de los factores de riesgo cardiovascular en los pacientes con diabetes mellitus tipo 2 (DM2), y los factores asociados a un control inadecuado.

**Material y métodos.** Estudio descriptivo transversal, en el ámbito de una zona básica de salud urbana. Sujetos: selección de 97 pacientes con DM2, mediante muestreo aleatorio simple. El tamaño muestral se estimó para una  $p = 0,12$ , precisión 0,06 y error  $\alpha = 0,05$ . Se midieron y registraron los datos antropométricos, clínicos y bioquímicos, y se realizaron tres tomas de presión arterial (PA) con un monitor automático y oscilométrico. El análisis estadístico se llevó a cabo con SPSS 12, estimando las correlaciones mediante el coeficiente de correlación de Pearson.

**Resultados.** Media de edad 64,9 años (DE 8,9). El índice de masa corporal (IMC) se correlaciona con la PA sistólica ( $r = 0,24$ ;  $p =$

0,019), con la PA diastólica ( $r = 0,42$ ;  $p < 0,001$ ), con los triglicéridos (TG) en ayunas ( $r = 0,22$ ;  $p = 0,03$ ) y con el colesterol-HDL ( $r = -0,35$ ;  $p = 0,001$ ). El 38,1% de los pacientes (IC 95%, 28,5 – 47,7) presenta PA  $< 130/80$  mmHg. Factores asociados a control inadecuado: mayor IMC ( $p = 0,02$ ) y más alta presión de pulso ( $p < 0,001$ ). El 47,3% (IC 95%, 37,1–57,5) alcanza valores de  $HbA_{1c} < 7\%$ . Un mayor IMC se asocia a un inadecuado control glucémico ( $p = 0,017$ ). Grado de control de dislipemia: c-LDL  $< 100$  mg/dl, en el 33% (IC 95%, 23,5–42,5); TG  $< 150$  mg/dl, en el 61,1% (IC 95%, 51,3 – 70,9). En el caso de TG se constata también una asociación entre su inadecuado control y un IMC mayor ( $p = 0,004$ ). En conjunto, solamente se alcanzan los objetivos de la ADA para TG, c-LDL,  $HbA_{1c}$  y PA en el 6,2% (IC 95%, 1,5 – 10,9) de nuestros pacientes diabéticos tipo 2.

**Conclusiones.** Los pacientes con DM2 y un mayor IMC (sobrepeso/obesidad) tienen un peor control glucémico, tensional y lipídico. Una más alta presión de pulso se asocia a un inadecuado control de PA. Es necesario un mayor esfuerzo de los servicios sanitarios para mejorar el control de los factores de riesgo cardiovascular.

### RV-34

#### PREVALENCIA DE OBESIDAD Y SU RELACIÓN CON EL RIESGO CARDIOVASCULAR EN UNA COHORTE DE PACIENTES HIPERTENSOS SEGUIDOS EN CUATRO CONSULTAS PROGRAMADAS DE ATENCIÓN PRIMARIA.

**E. Macià Botejara<sup>1</sup>, I. Maynar Mariño<sup>2</sup>, M. Maynar Mariño<sup>2</sup>, P. Pascual Montero<sup>3</sup>, C. de Vera Guillén<sup>3</sup>, A. Martínez Rodríguez<sup>3</sup>, G. Montes Salas<sup>4</sup> y N. Batalla Rebollo<sup>2</sup>**

<sup>1</sup>Medicina Interna. Hospital Perpetuo Socorro. Badajoz, <sup>2</sup>EAP. Centro de Salud El Progreso. Badajoz, <sup>3</sup>EAP. Centro de Salud San Fernando. Badajoz, <sup>4</sup>Escuela de Estudios de Ciencias de la Salud. S.E.S. Badajoz.

**Objetivos.** Determinar la prevalencia de obesidad en una cohorte de pacientes hipertensos, y estudiar su relación con otros factores de riesgo vascular (HTA, Hipercolesterolemia, Hipertrigliceridemia, HDL-Colesterol, LDL-Colesterol, Diabetes Mellitus, Circunferencia abdominal e Índice cintura-cadera), así como con el nivel de riesgo cardiovascular, medido con las tablas de Framingham).

**Material y métodos.** Se trata de un estudio descriptivo transversal en atención primaria. Se incluyeron 454 personas hipertensas sin enfermedad cardiovascular previa, ni seguimiento por atención especializada, atendidos en la consulta programada de 4 médicos de familia, en un Centro de Salud urbano, y que habían acudido un mínimo de 4 veces a la consulta de enfermería durante el último año, según un protocolo previamente establecido. Clasificamos a los paciente como normopeso (IMC  $< 25$ ), sobrepeso (IMC 25-29,9) y obeso ( $> 29,9$ ). Se estudió la correlación lineal entre el IMC y las variables cuantitativas indicadas, para variables cualitativas se estudió la Ji cuadrado de tendencia. Los análisis estadísticos se hicieron con el paquete estadístico SPSS.

**Resultados.** De los 454 sujetos estudiados, 152 (33,5%) fueron hombres y 302 (66,5%) mujeres. De ellos un 9,5% tenían normopeso, un 35,7% sobrepeso y un 54,8% obesidad. La TAS se correlaciona significativamente con el ICC ( $p < 0,01$ ), con el Colesterol total ( $p < 0,05$ ) y con los triglicéridos ( $p < 0,05$ ), mientras que la TAD lo hace con el IMC ( $p < 0,01$ ), con la CC ( $p < 0,05$ ), con el Colesterol total ( $p < 0,01$ ) y con el LDL-colesterol ( $p < 0,01$ ). Encontramos una correlación significativa entre el IMC y la Circunferencia de la Cintura ( $p < 0,01$ ), el HDL-colesterol ( $p < 0,01$ ) y los triglicéridos ( $p < 0,01$ ). Al aplicar una regresión lineal, para relacionar el riesgo cardiovascular, medido según Framingham, con las mediciones antropométricas, la mayor relación se encuentra con el ICC (0,08) y con la Circunferencia de la Cintura (0,04). No hay relación entre el IMC y el RCV (0,00) Al correlacionar el riesgo cardiovascular con los intervalos de IMC referidos, no encontramos diferencias significativas. La presencia o ausencia de Diabetes Mellitus no se relaciona con el aumento de peso corporal.

**Discusión.** Se confirma una relación significativa entre las cifras de tensión arterial y el perfil lipídico, lo que justifica su abordaje integral. En nuestra cohorte la prevalencia de exceso de peso, ya sea sobrepeso u obesidad, es muy alta, al igual que en otros estudios. La correlación con el IMC se da con el HDL-colesterol y con los triglicéridos, pero no con el LDL-colesterol. La regresión lineal no muestra rela-

ción entre el RCV y el IMC, por lo que parece cuestionarse el valor de esta variable como indicador de riesgo vascular, no así con el ICC y la CC, lo que ya ha sido confirmado en otros estudios. La no relación entre nuestro subgrupo de diabéticos y las variaciones de IMC podría explicarse por el exhaustivo control a que están sometidos los pacientes diabéticos incluidos en programas de salud.

**Conclusiones.** El nivel de riesgo vascular medido por la ecuación de Framingham se relaciona significativamente con el ICC y con la CC. No hay relación entre el IMC y el nivel de riesgo. Las cifras de tensión arterial se correlacionan con el perfil lipídico y con algunos datos antropométricos. Estos datos confirman la necesidad del abordaje global de los diferentes factores de riesgo que inciden en los pacientes hipertensos.

**RV-35**

**SÍNDROME CORONARIO AGUDO CON ELEVACIÓN DEL ST (SCAEST). ¿EL MOMENTO EVOLUTIVO ELÉCTRICO LE CONFIERE CARÁCTER DIFERENCIAL?**

**A. Ramírez<sup>5</sup>, R. Guerra<sup>5</sup>, R. Chirino<sup>4</sup>, C. Glucksmann<sup>5</sup>, M. Irurita<sup>2</sup>, A. Guerrero<sup>3</sup>, L. Calvo<sup>1</sup> y C. Culebras<sup>2</sup>**

<sup>1</sup>Medicina Interna, <sup>2</sup>Cardiología, <sup>3</sup>Anestesiología y Reanimación, <sup>4</sup>Fisiología, <sup>5</sup>Nefrología. Hospital Universitario Insular. Las Palmas.

**Objetivos.** En los síndromes coronarios agudos con elevación del ST (SCAEST), la clínica y las alteraciones del ecg mantenida o no, suele condicionar la conducta terapéutica inicial. Objetivo Según las alteraciones ECG finales, 24 h tras un SCAEST. Evaluamos la estrategia terapéutica seguida, resultados y características de pacientes.

**Material y métodos.** Estudiamos 77 pacientes (P) de forma consecutiva con SCAEST, los divididos en tres grupos: A (sin Q y sin lesión coronaria 27 P), B: (sin Q y con lesión coronaria 18 P), C: (con Q 32 P). Recogimos variables demográficas, sus factores de riesgo, marcadores bioquímicos, terapias, funcionalidad y datos angiográficos y de revascularización.

**Conclusiones.** Las características comunes iniciales en estos pacientes sugiere, que la diferenciación eléctrica al final SCAEST, viene provocada por un mecanismo individual o combinado de: disfunción endotelial, mecanismos de reperfusión miocárdica u otros mecanismos de protección, como la colateralidad vascular. Confirmamos un condicionamiento por estas alteraciones del ecg, en la terapia inicial y final de los mismos.

Tabla 1. Características.

	A	B	C	Chi cuadrado
Edad media	43	47	49	0,35
Varones	19	14	27	0,4
Índice masa corporal	27,8	28,8	28,5	0,6
HTA previa	12	11	18	0,4
Dislipemia	11	14	17	0,49
Tabaco	19	14	19	0,3
Diabetes	6	6	10	0,6

Tabla 1. Parámetros hemodinámicos (RV-36).

	Antes HD	Mitad HD	Post HD	P1 (antes HD us mitad)	P2 (antes HD us post)
PAS (mmHg)	151,7	132,9	146,2	0,000	0,2
PAD (mmHg)	79,7	71,63	75,5	0,003	0,07
PP (mmHg)	71,9	61,3	70,7	0,07	0,7
FC (lpm)	81,3	84,7	84,2	0,021	0,036
PR (ms)	130	92	127	0,016	0,2
QT (ms)	360	352	360	0,432	0,8
QTc (ms)	410	423	420	0,263	0,08
FE%	50,5	53	57	0,202	0,003
VTD (cc)	145,7	128,4	131,5	0,010	0,013
VTS (cc)	71	63,26	54,5	0,081	0,003
DTD (mm)	50,4	48,43	48,5	0,016	0,018
DTS (mm)	32	31	30	0,129	0,46

Tabla 2. Resultados.

	Grupo A	GrupoB	Grupo C	Chi cuadrado
Troponina (m)	1,7	4,2	70,6	0,0001
Fibrinolisis (p)	3	4	23	0,0001
Cateterismo 1º (p)	3	7	2	0,05
Fracción eyección	58,7	56,6	49,6	0,0001
Revasc. mecanica (p)	0	15	24	0,0001

**RV-36**

**MODIFICACIONES AGUDAS MIOCÁRDICAS DURANTE LAS INTERFASES DE UNA SESIÓN DE HEMODIÁLISIS**

**C. Glucksmann<sup>6</sup>, R. Guerra<sup>6</sup>, A. Ramírez<sup>6</sup>, R. Chirino<sup>4</sup>, A. Guerrero<sup>3</sup>, M. Tubia<sup>1</sup>, J. Fuentes<sup>5</sup> y C. Culebras<sup>2</sup>**

<sup>1</sup>Medicina Interna, <sup>2</sup>Cardiología, <sup>3</sup>Anestesiología y Reanimación, <sup>4</sup>Fisiología, <sup>6</sup>Nefrología. Hospital Universitario Insular. Las Palmas, <sup>5</sup>Medicina Intensiva. Perpetuo Socorro. Las Palmas.

**Objetivos.** Se admite la existencia de cambios cardiológicos funcionales, eléctricos y/o ecocardiográficos en los pacientes en programa de hemodiálisis, cuando esta es crónica. Objetivos. Evaluamos los cambios miocárdicos funcionales y anatómicos agudos durante una sesión de hemodiálisis (HD), su grado e importancia.

**Material y métodos.** Examinamos 34 pacientes con insuficiencia renal crónica en HD. Características. Mujeres 53%, edad media 63,5, tiempo medio en HD 29,5 meses, volumen medio de ultrafiltrado 2.093 ± 986 cc. Realizamos ECG, ecocordio y valoración de parámetros hemodinámicos al inicio, mitad y final de la HD; hemograma y bioquímica pre y post HD.

**Resultados.** Hematocrito (prediálisis 35,9 postdiálisis 37) (p 0,4), Hemoglobina (prediálisis 11,5 postdiálisis 11,8) (p 0,6), glucosa (prediálisis 139,6 postdiálisis 126,8) (p 0,2), urea (prediálisis 118,2 postdiálisis 40,8) (p 0,0001), creatinina (prediálisis 5,4 postdiálisis 2,4) (p 0,0001), Na (prediálisis 136,7 postdiálisis 137,4) (p 0,1), K (prediálisis 5 postdiálisis 3,4) (p 0,0001), Ph (prediálisis 7,23/ postdiálisis 7,27) (p 0,4). En las determinaciones analíticas tan solo observamos diferencias estadísticamente significativas en los valores de urea, creatinina y potasio pre y post diálisis.

**Conclusiones.** Apreciamos cambios significativos durante HD en los siguientes parámetros ecocardiográficos: fracción de eyección, diámetros telediastólicos del ventrículo y aurícula izquierda, y en sus volúmenes. En cuanto a los cambios funcionales y del ecg solo se percibió una tendencia significativa en la fase intermedia de la HD.

**RV-37**

**CONOCIMIENTO SOBRE LAS REPERCUSIONES CLÍNICAS DE LA HIPERCOLESTEROLEMIA Y SU TRATAMIENTO EN PACIENTES QUE RECIBEN ESTATINAS: RELACIÓN CON EL CONTROL DE OBJETIVOS. ESTUDIO OPINA**

**J. Mostaza<sup>1</sup>, A. Criado<sup>1</sup>, F. Laguna<sup>1</sup>, E. Torrecilla<sup>1</sup>, I. Vicente<sup>1</sup> y C. Lahoz<sup>1</sup>**

<sup>1</sup>Medicina Interna. Hospital Carlos III. Madrid. <sup>2</sup>Cardiología. Hospital Móstoles. Móstoles, Madrid.

**Objetivos.** Evaluar el conocimiento de los sujetos que reciben tratamiento con estatinas sobre las potenciales repercusiones clínicas de

la hipercolesterolemia y sobre las medidas dietéticas y terapéuticas dirigidas a su control y relacionarlo con la consecución de objetivos terapéuticos.

**Material y métodos.** Fueron estudiados 2347 sujetos, edad media 59 (12) años, 48% mujeres, en tratamiento con estatinas. A todos los participantes se les realizó una encuesta dirigida a evaluar el conocimiento sobre las repercusiones clínicas de la hipercolesterolemia, la dieta hipolipemiente y el tratamiento farmacológico. Se determinó el porcentaje de sujetos que alcanzó objetivos terapéuticos según el ATP III.

**Resultados.** Excepto el riesgo de IAM, el número de participantes que conocían otras consecuencias negativas de la dislipemia era escaso. El conocimiento de la dieta era adecuado sólo para los alimentos con efectos negativos sobre la concentración de colesterol. Un 25% desconocía el nombre de la medicación hipolipemiente que recibía. El conocimiento global sobre las repercusiones clínicas de la hipercolesterolemia y sobre su tratamiento fue mayor en los sujetos más jóvenes, en aquellos con un mayor nivel de educación, en los que tenían una hiperlipemia de origen familiar, en los que llevaban más tiempo en tratamiento y en los atendidos en consultas de atención primaria o medicina interna, siendo peor en los pacientes diabéticos y en aquellos con enfermedad cardiovascular. Los sujetos con un mayor nivel de conocimientos alcanzaron en mayor proporción los objetivos de colesterol-LDL.

**Conclusiones.** Los pacientes que reciben tratamiento con estatinas tienen un adecuado conocimiento de la dieta y escasa información sobre el tratamiento farmacológico. Este conocimiento se asocia con la consecución de Objetivos terapéuticos.

**RV-38**  
**SÍNDROME METABÓLICO (SM) EN PACIENTES CON ARTRITIS REUMATOIDE PRECOZ (ARP) INFLUENCIA DE FACTORES METABÓLICOS EN LA RESPUESTA AL TRATAMIENTO**

**S. Aparicio Erroz<sup>1</sup>, A. Mailló González-Orus<sup>2</sup>, I. Aláez Cruz<sup>1</sup>, M. Sánchez Ledesma<sup>1</sup>, E. Mateos Cobos<sup>3</sup>, E. Fernández Pulido<sup>1</sup>, A. Matias<sup>2</sup> y V. Salazar Navarro<sup>3</sup>**  
<sup>1</sup>Medicina Interna. Virgen Vega. Salamanca. <sup>2</sup>Medicina Familia y comunitaria, <sup>3</sup>Urgencias, <sup>4</sup>Pediatría. Clínico. Salamanca.

**Objetivos.** 1) Determinar la presencia del SM en un grupo de pacientes con ARP. 2) Establecer diferencias entre parámetros de actividad de ARP en relación a la presencia de SM 3) Valorar si los factores metabólicos influyen en la respuesta al tratamiento en los pacientes con ARP.

**Material y métodos.** Se incluyeron 27 pacientes con AR de menos de un año de evolución que de forma consecutiva acudieron a las consultas de Reumatología desde enero hasta junio del 2005. Se determinó en la primera visita los triglicéridos c-HDL, glucemia basal y la insulinemia. Todos los pacientes se trataron según la escalada terapéutica recomendada por la SER. Clasificamos SM según los criterios de ATP-III.

**Resultados.** La edad media de los pacientes fue de 56,3 años (DE: 14,8), diez eran hombres (37,0%). El 30% de los pacientes presentaron SM. Ninguno tomaba prednisona. No se observaron diferencias significativas entre los parámetros de actividad al inicio del tratamiento entre ambos grupos (número de articulaciones dolorosas: 6,00 vs 6,71; número de articulaciones tumefactas: 5,17 vs 3,29; VSG: 32,4 vs 34,6; PCR: 4,02 vs 2,62). El 50% de los pacientes estaba en remisión tras tres meses de tratamiento. Los valores de los parámetros metabólicos en ambos grupos se presentan en la siguiente tabla: Respondedores No respondedores P Glucemia basal (mg/dL) 90,0 109,8 0,04 Trigliceridemia (mg/dL) 124,7 112,1 0,5 c-HDL (mg/dL) 59,6 58,5 0,9 Insulinemia UI/dL 8,0 18,7.

**Conclusiones.** Casi un tercio de los pacientes presentaron SM. Esta proporción se mostró levemente superior a los obtenidos en estudios sobre poblaciones caucásicas. Los pacientes con SM no presentaron mayor actividad antes de comenzar tratamiento para la AR. Los pacientes que respondieron a Metotrexate presentaron menores niveles de glucemia basal. Se necesitan estudios controlados y con mayor número de pacientes para explicar el papel de los factores metabólicos en la AR.

Tabla 1. Parámetros metabólicos en ambos grupos.

	Respondedores	No respondedores	p
Glucemia basal (mg/dl)	90,0	109,8	0,04
Trigliceridemia (mg/dl)	124,7	112,1	0,5
c-HDL (mg/dl)	59,6	58,5	0,9
Insulinemia UI/dl	8,0	18,7	0,06

**RV-39**  
**TROMBOCITEMIA ESENCIAL COMO FACTOR DE RIESGO CARDIOVASCULAR**

**R. Ríos Fernández, A. Rodríguez Cuartero, D. Vinuesa García y F. Pérez Blanco**

Grupo de Investigación de Medicina Interna I. Hospital Universitario de San Cecilio. Facultad de Medicina. Granada.

**Objetivos.** La trombocitemia esencial (TE) es una enfermedad clonal mieloproliferativa caracterizada por trombocitosis persistente, proliferación excesiva de megacariocitos en la médula ósea, masa eritrocitaria normal, ausencia de fibrosis medular y de cromosoma filadelfia. La historia natural de esta enfermedad está marcada por las complicaciones trombóticas y hemorrágicas. Nuestro objetivo es analizar las complicaciones cardiovasculares en treinta casos de trombocitemia esencial.

**Material y métodos.** Presentamos 30 casos de trombocitemia esencial vistos en los últimos años en Medicina Interna, 14 varones y 16 mujeres, distribuidos etariamente según la tabla 1. En la metódica diagnóstica se siguieron los criterios de *Polycythemia Vera Study Group*. Se estudiaron los factores mayores de riesgo cardiovascular.

**Resultados.** El diagnóstico de trombocitemia esencial fue: a) Descubrimiento fortuito en un examen hematológico 18 casos; b) Complicaciones trombóticas 9 casos; c) Complicaciones hemorrágicas 3 casos. Factores mayores de riesgo cardiovascular se presentaron en 6 enfermos (2 con hipertensión arterial, 2 con diabetes mellitus y 2 con hiperlipoproteinemia). Las manifestaciones cardiovasculares fueron: 1) Trombosis arterias coronarias 4 casos (13,33%); 2) Trombosis arterias cerebrales 2 casos (6,66%); 3) Trombosis arterias femoro-popliteas 1 caso (3,33%). Además observamos accidentes vasculares isquémicos transitorios en otros dos pacientes. Solo uno de los pacientes con manifestaciones cardiovasculares presentaba factores mayores de riesgo cardiovascular (Diabetes Mellitus).

**Discusión.** El aumento persistente del número de plaquetas (TE) puede considerarse un factor de riesgo cardiovascular; en nuestra serie de 30 pacientes con TE observamos 9 casos (30%): 4 de localización coronaria, 4 cerebrales (2 con infarto cerebral y 2 con AIT) y 1 caso de localización periférica. Solo un caso de los que presentaron manifestaciones trombóticas tenía asociado un factor mayor de riesgo cardiovascular.

Tabla 1.

Edad	< 50	50-59	60-69	> 70
Varones	0	1	7	6
Mujeres	2	3	6	5

**RV-40**  
**PRIMER ACCIDENTE VASCULAR CEREBRAL; CONOCIMIENTO DE SUS FACTORES DE RIESGO**

**M. Nechita Ferreira, P. Cantiga Duarte, L. Castelo Branco, M. Vilafranca y J. Braz Nogueira**  
Medicina IB. Hospital Santa Maria. Lisboa, Portugal.

**Objetivos.** Seleccionar una población con el diagnóstico de primer AVC isquémico para en ella definir la existencia, conocimiento previo y control de los siguientes factores de riesgo: hipertensión arterial (HTA), diabetes mellitus (DM) y dislipidemia.



**Material y métodos.** Fueron analizados 250 procesos de pacientes internados durante los años 2005 y 2006 en un Servicio de Medicina Interna con el diagnóstico de AVC. De éstos, se seleccionaron apenas aquellos que correspondían a un primer episodio comprobado de AVC isquémico (151 procesos). Fueron analizados sexo, edad, hábitos tabáquicos y alcohólicos. En cuanto a la HTA, DM y dislipidemia, fué analizado el conocimiento previo de estas patologías por parte del paciente, su control y terapéutica efectuada y los valores a ingreso.

**Resultados.** De los 151 pacientes seleccionados, 60 eran de sexo masculino y 91 eran de sexo femenino con una media de edades de 75 años. Se constató que el 65% de los pacientes sabían que eran hipertensos, de éstos solo 27,5% estaban controlados. Del resto que no conocían de su patología, se observó que 49% eran hipertensos. En relación a la DM se constató que 28,5% de los pacientes tenían el diagnóstico de DM; de éstos, 93% no estaban controlados. Entre los restantes pacientes que desconocían la enfermedad, el diagnóstico de diabetes fué realizado en el 46% de los casos. En cuanto a la dislipidemia, el 14% tenían conocimiento del diagnóstico, pero el 62% de éstos, no estaban controlados. Del resto que desconocían la patología, 35% presentaban dislipidemia.

**Discusión.** Se verifica que la gran mayoría de los pacientes con el diagnóstico de primer AVC isquémico tenían factores de riesgo y desconocían su existencia. De aquellos que conocían sus factores de riesgo, el porcentaje de los que estaban controlados era mínimo.

**Conclusiones.** El accidente vascular cerebral (AVC) es una enfermedad altamente prevalente en Portugal, con un elevado índice de morbilidad y mortalidad. Como los factores de riesgo son bien conocidos, su control permitiría influenciar definitivamente este panorama.

#### RV-41

##### VARIABILIDAD DE LA PRESIÓN ARTERIAL AMBULATORIA Y PRONÓSTICO CARDIOVASCULAR

**C. Calvo<sup>1</sup>, R. Hermida<sup>2</sup>, D. Ayala<sup>2</sup>, J. López Paz<sup>1</sup>, M. Rodríguez<sup>1</sup>, A. Mojón<sup>2</sup>, M. Chayán<sup>1</sup> y J. Fernández<sup>2</sup>**

<sup>1</sup>Unidad de Hipertensión y Riesgo Vascular. Hospital Clínico Universitario. Santiago de Compostela, La Coruña. <sup>2</sup>Laboratorio de Bioingeniería y Cronobiología. Universidad de Vigo. Vigo, Pontevedra.

**Objetivos.** La variabilidad de la presión arterial (VPA) es un factor de riesgo cardiovascular (CV) y la disminución de la profundidad de la presión arterial (PPA) se asocia a un aumento de mortalidad CV. Hemos evaluado y comparado el valor pronóstico de la VPA y de la PPA en el estudio MAPEC (Monitorización Ambulatoria de la Presión arterial y Eventos Cardiovasculares).

**Material y métodos.** Estudio prospectivo con 2643 sujetos del área sanitaria de Santiago de Compostela, de 51,9 ± 14,1 años de edad. La PA se evaluó con MAPA de 48 horas, con evaluación clínica y biológica, procedimientos que se repitieron anualmente o, cada 3-4 meses, si era necesario ajustar el tratamiento. El tiempo de supervivencia sin evento CV se analizó con el modelo de Cox.

**Resultados.** La mediana del tiempo de seguimiento es de 3,2 años (rango 0,5 a 5,8). Después de ajustar el modelo en función de la edad, sexo, diabetes y tratamiento antihipertensivo, la VPA (desviación típica de los datos de MAPA) no se relaciona con el riesgo CV ( $p = 0,050$ ). Cuando la VPA y la PPA se incluyen en el mismo modelo de Cox, sólo la profundidad predice la morbilidad CV. Los pacientes se dividieron en cuartiles, en orden creciente de VPA y en orden decreciente de PPA. La incidencia de eventos CV fue similar entre los tres primeros cuartiles de VPA ( $P = 0,138$ ), y sólo aumentó en el cuarto, en el que los eventos estaban asociados a la pérdida de PPA; además, el 41% de los pacientes con evento CV en el cuartil de mayor VPA eran riser. El aumento de morbilidad entre los cuartiles de mayor a menor profundidad fue muy significativo ( $p < 0,001$ ), especialmente cuando los análisis se correlacionaban con la MAPA más próxima al evento, para cada paciente.

**Conclusiones.** La probabilidad de supervivencia sin presentar un evento cardiovascular está correlacionada con la profundidad de la presión arterial y, en menor medida, con el aumento en la variabilidad de la presión arterial. Los resultados sugieren que aumentar la profundidad con Cronoterapia, disminuye la morbimortalidad cardiovascular.

#### RV-42

##### RITMO CIRCADIANO DE LA PRESIÓN ARTERIAL EN LA ENFERMEDAD ARTERIAL PERIFÉRICA

**L. Gacia Ortiz, M. Gómez Marcos, L. González Elena, J. Parra Sanchez, A. García García, C. Herrero Rodríguez, A. González García y L. Melón Barrientos**

Unidad de investigación de la Alamedilla. Centro de Salud. Salamanca.

**Objetivos.** Analizar la relación del índice tobillo/brazo, como indicador de arteriopatía periférica, con el ritmo circadiano de la presión arterial sistólica y diastólica.

**Material y métodos.** Diseño: estudio descriptivo trasversal Sujetos y ámbito: Todos los pacientes hipertensos con Monitorización Ambulatoria de Presión Arterial (MAPA), realizada principalmente para la evaluación de hipertensos de nuevo diagnóstico y para valorar la respuesta terapéutica en pacientes ya diagnosticados, en dos centros de salud urbanos. En total se han estudiado 256 sujetos (50,2% mujeres), con edad media de 61,12 años. Mediciones Edad, sexo, índice tobillo/brazo, y monitorización ambulatoria de la presión arterial (MAPA). Criterios de clasificación índice tobillo/brazo: > 1,31: No compresible; 0,91 a 1,30: Normal; 0,41 0,90: Enfermedad arterial periférica (EAP) moderada y 0 a 0,40: EAP severa

**Resultados.** Encontramos un 19,1% (43) de pacientes con arteriopatía periférica en alguna de las dos piernas, la mayoría no compresible o enfermedad arterial moderada. El patrón circadiano encontrado fue: Dipper 44,4%, No dipper 37,8% Extra dipper 6,7% y Riser 11,1%. No encontramos diferencia de patrón circadiano en función de la presencia o no de arteriopatía periférica ( $p = 0,606$ ). La profundidad del descenso nocturno de la presión arterial sistólica fue de 9,45%; 9,65% en pacientes sin arteriopatía periférica y 8,61% con arteriopatía periférica ( $p = 0,42$ ). La profundidad de la presión arterial diastólica fue de 14,73%; 15,33% en pacientes sin arteriopatía periférica y 12,20% con arteriopatía periférica ( $p = 0,015$ ). El índice tobillo/ brazo medio fue de 1,15 (SD: 0,14) en el izquierdo y 1,13 (SD: 0,12) en el derecho. No hay diferencia en función del patrón circadiano ni en la pierna izquierda ( $p = 0,07$ ), ni en la derecha ( $p = 0,0198$ ). Encontramos una correlación negativa discreta ( $r = -0,19$  en pierna izquierda y  $r = -0,15$  en pierna derecha), pero estadísticamente significativa entre el índice tobillo/brazo y la profundidad del descenso de la presión arterial diastólica, pero no con la sistólica.

**Conclusiones.** Encontramos una asociación negativa entre el descenso nocturno de la presión arterial diastólica, pero no con la sistólica, y el índice tobillo brazo en ambas piernas. La presencia de arteriopatía periférica parece disminuir el descenso nocturno de la presión arterial especialmente de la diastólica. Sería necesario investigar las repercusiones clínicas relacionadas con el descenso nocturno de presión arterial diastólica y no solo de la sistólica y evaluar el papel que puede representar la evaluación de los distintos parámetros de la monitorización ambulatoria de la presión arterial en la detección de la enfermedad arteriosclerótica.

#### RV-43

##### PATRÓN NON DIPPER Y FILTRADO GLOMERULAR

**F. Jaén Águila, J. Mediavilla García, C. García García, N. Navarrete Navarrete, J. Sabio Sánchez, C. Fernández Torres y J. Jiménez Alonso**

Medicina Interna. Hospital Universitario Virgen de las Nieves. Granada.

**Objetivos.** La monitorización ambulatoria de la presión arterial (MAPA) permite dividir a los pacientes hipertensos en dipper (caída de la PAS nocturna respecto a la diurna de más de 10%) y non-dipper. Los non-dipper parecen tener un peor pronóstico cardiovascular. Presentamos los datos del patrón circadiano de PA y el filtrado glomerular (FG) en pacientes hipertensos tratados y no tratados.

**Material y métodos.** Se incluyeron 702 pacientes con criterio para realizar MAPA (diagnóstico dudoso de HTA, eficacia de tratamiento, HTA resistente, discordancia entre PA en consulta y en domicilio etc). La MAPA se realizó en brazo no dominante y siguiendo los criterios establecidos para la misma. Se tomó como PA diurna la comprendida entre las 7-22 horas. Se definieron a los pacientes con patrón dipper (PD) como aquellos con descenso nocturno de PAS

mayor del 10%; se realizó estudio protocolizado de HTA, y medición del FG según la ecuación MDRD corregida para el sexo. Los resultados se registraron en base ACCESS y analizados mediante SPSS 12.0.

**Resultados.** La edad media fue 46,1 ± 15,53 años, 370 mujeres (52,7%) y con una evolución media del diagnóstico de la HTA de 4,5 ± 7,32 años. Las cifras medias de PA clínica fue de 152,7 ± 23,06/94,4 ± 11,5 mmHg. El FG medio fue 75, 4 ± 14,9 ml. El 15,8% de los pacientes presentaba un FG menor de 60 ml. Los pacientes con FG < 60 ml/min/m<sup>2</sup> eran varones, diabéticos y presentaron menor edad, niveles más elevados de colesterol, triglicéridos y ácido úrico. Las presiones arteriales clínicas y del MAPA fueron significativamente más elevadas en los pacientes con FG < 60 ml/min/m<sup>2</sup>. El 59% presentó un patrón non-dipper (PND). El FG en los pacientes con PD y PND fue 79,2 ± 16,04 ml frente a 73,6 ± 14,1 ml; p = 0,002. También hubo significación cuando los pacientes eran categorizados a FG mayor o menor de 60 ml. Un FG menor de 60 ml supone un riesgo estimado de 2,86 (IC al 95% 1,29-6,36) para presentar un PND.

**Conclusiones.** 15,8% de los pacientes presentaron un filtrado glomerular menor de 60 ml/m<sup>2</sup>. Los pacientes con FG reducido eran varones, diabéticos, de mayor edad, y con cifras de presión arterial más elevadas. Un FG reducido se asocia a patrón non-dipper.

Tabla 1. Prevalencia de FG (K/DOQI) por grupos de edad.

	< 40 años	40-60 años	> 60 años
Estadio 1	53,3	37,8	8,9
Estadio 2	16,6	54,3	29,1
Estadio 3	2,5	25,8	71,7
Estadio 4			100
Estadio 5			100

Tabla 2. Prevalencia de FG (K/DOQI) y grado de PAS.

	PAS normal	PAS grado 1	PAS grado 2	PAS grado 3
Estadio 1	52,3	17	25	5,7
Estadio 2	38,3	22,5	24,8	14,4
Estadio 3	30,1	16,4	30,1	23,5
Estadio 4			25	75
Estadio 5			50	

**RV-44**

**CARACTERÍSTICAS DE LOS PACIENTES VALORADOS EN UNA CONSULTA ESPECÍFICA DE RIESGO CARDIOVASCULAR**

**J. Carmona Álvarez<sup>1</sup>, A. García Olid<sup>1</sup>, L. Martos Melguizo<sup>2</sup>, G. López<sup>3</sup>, C. Rubio Sanchez<sup>1</sup>, F. Rosa Jiménez<sup>1</sup> y J. Moreno Izarra<sup>1</sup>**

<sup>1</sup>Medicina Interna, <sup>2</sup>Auxiliar Clínico, <sup>3</sup>Enfermera. Alto Guadalquivir. Andujar, Jaén

**Objetivos.** Evaluar las características basales de los pacientes atendidos en una consulta específica de riesgo cardiovascular durante los 6 primeros meses tras su puesta en marcha y su modificación con el seguimiento.

**Material y métodos.** Incluimos a los pacientes valorados en la consulta desde su creación en una base de datos con las variables antropométricas (peso, talla, IMC, perímetro abdominal), eventos cardiovasculares, factores de riesgo cardiovascular (tabaquismo, diabetes, HTA, HVI, antecedentes familiares de ECV precoz, Obesidad, sedentarismo, síndrome metabólico, FA), datos de laboratorio (CT, HDL-colesterol, LDL-colesterol, Triglicéridos, HbA<sub>1c</sub>, microalbuminuria), tratamientos prescritos y estimación del riesgo de eventos car-

diovasculares con las escalas Score y Framingham a 10 años. Utilizamos el programa estadístico SPSS para el análisis de la base de datos.

**Resultados.** Durante los 6 primeros meses atendimos a un total de 123 pacientes, cuyas características basales se muestran. Cuando comparamos en función del sexo encontramos diferencias significativas en la edad (H 60,62 ± 12,6 vs M 65,2 ± 11,1; p = 0,038), c-HDL (H 47,8 ± 11,6 vs M 55,26 ± 13,2; p = 0,001), score (H 4,59 ± 3,4 vs M 2,76 ± 2,2; p = 0,025), tabaquismo activo (H 25% vs M 7%; p = 0,000) y prevalencia de enfermedad arterial periférica (H 16% vs M 2%; p = 0,021). Existía una tendencia no significativa a mayor riesgo coronario a los 10 años en los hombres (21.9 ± 12.1 vs 18.03 ± 11.8; p = 0,089). Cuando establecimos la comparación entre prevención 1ª vs 2ª observamos diferencias significativas en edad (1ª 58.18 ± 12.9 vs 2ª 67.29 ± 9.1; p < 0,001), índice de masa corporal (1ª 34.90 ± 6,2 vs 2ª 30,77 ± 5,3; p = 0,001), TA diastólica (1ª 85.8 ± 13.5 vs 2ª 80.02 ± 11.5; p = 0,019), score (1ª 2.64 ± 2.5 vs 2ª 4.70 ± 3.1; p = 0,042), diabetes (1ª 81% vs 2ª 63%; p = 0,032), obesidad (1ª 81% vs 2ª 51%; p = 0,003), síndrome metabólico (1ª 82% vs 2ª 62%; p = 0,04) y FA crónica (1ª 14% vs 2ª 7%; p = 0,01. Igualmente hallamos tendencias no significativas en niveles de CT (1ª 221.68 ± 67.7 vs 2ª 200.34 ± 44.3; p = 0,068) y tabaquismo activo o pasado (1ª 40% vs 2ª 53%; p = 0,066). Los grupos terapéuticos más utilizados fueron los IECAs/ARAI (78%), AAS/clopidogrel (86%) y las estatinas (72%). En los pacientes con enfermedad cardiovascular establecida encontramos una mayor utilización de antagonistas del calcio (42% vs 19%; p = 0,007), clopidogrel (51% vs 10%; p < 0,001), un menor uso de fibratos (8% vs 23%; p = 0,033) y tendencias no significativas al mayor uso de estatinas (85% vs 67%; p = 0,061) y menor de metformina (27% vs 44%; p = 0,059). Los niveles de colesterol total (211.91 ± 75.7 vs 176.67 ± 55.9; p < 0,001), c-LDL (120.3 ± 39.6 vs 91.34 ± 38.0; p < 0,001) y HbA<sub>1c</sub> (8.03 ± 1.9 vs 6.7 ± 1.5; p = 0,005) fueron significativamente inferiores en la revisión a los 3 meses y existía una tendencia no significativa al descenso de los valores medios de TAS (150,94 ± 22,5 vs 141,88 ± 19,9; p = 0,075).

**Discusión.** Como era de esperar encontramos una alta prevalencia de factores de riesgo cardiovascular. La mayoría de los pacientes en prevención secundaria ha sufrido un evento vascular cerebral, en relación al seguimiento de la enfermedad coronaria por la unidad de Cardiología. Encontramos una prevalencia nada despreciable de enfermedad vascular periférica (10%), que muy probablemente aumentará a medida que extendamos la medición del índice tobillo brazo. El uso de fármacos, fundamentalmente estatinas, IECAs/ARAI y antiagregantes, es superior al descrito en otros estudios. En cuanto al control de los factores de riesgo cardiovascular y el beneficio del seguimiento en la consulta específica ya hemos encontrado diferencias significativas a los 3 meses y esperamos seguir mejorando el perfil de riesgo de nuestros pacientes.

**Conclusiones.** Los pacientes valorados y seguidos en nuestra consulta presentan un alto riesgo cardiovascular, presentando el 50% al menos un evento previo. La mejoría del control de factores de riesgo comienza a notarse con tan solo 3 meses de seguimiento.

**RV-45**

**FACTORES DE RIESGO CARDIOVASCULAR Y COMPLICACIONES VASCULARES EN PACIENTES CON ÚLCERA DE PIE DIABÉTICO: REVISIÓN RETROSPECTIVA (1999-2001)**

**M. Alramdan<sup>1</sup>, B. Herreros Ruiz Valdepeñas<sup>2</sup>, E. Pintor Holguín<sup>3</sup>, Á. Díaz Pérez<sup>1</sup>, C. Guijarro Herráiz<sup>1</sup>, E. Villalobos Baeza<sup>5</sup> y G. Palacios García Cervigón<sup>2</sup>**

<sup>1</sup>Endocrinología, <sup>2</sup>Medicina Interna. Hospital Clínico San Carlos. Madrid. <sup>3</sup>Departamento Especialidades Médicas. Universidad Europea de Madrid. Villaviciosa de Odón, Madrid. <sup>4</sup>Medicina Interna. Fundación Hospital Alcorcón. Alcorcón, Madrid. <sup>5</sup>Área 8. Atención Primaria. Alcorcón, Madrid.

**Objetivos.** Describir los factores de riesgo cardiovasculares en los pacientes ingresados en el Servicio de Endocrinología del Hospital Clínico San Carlos de Madrid por úlcera de pie diabético.

**Material y métodos.** Revisión retrospectiva (1 de enero de 1999 a 31 de julio de 2001) de las historias clínicas de los pacientes ingre-

sados por úlcera de pie diabética en el Servicio de Endocrinología del Hospital Clínico San Carlos de Madrid. Se registraron los datos demográficos, los factores de riesgo cardiovascular añadidos a la diabetes, las complicaciones micro y macrovasculares asociadas y la etiología de las úlceras.

**Resultados.** En total ingresaron 90 pacientes por úlcera de pie diabético, 88 pacientes con DM 2 y 2 pacientes con DM 1. El 65,5% (59) fueron varones y la edad media fue de 67,8 años. En cuanto al control basal de la diabetes, la media de Hb1c fue de 6,9%. La prevalencia de los factores de riesgo cardiovascular mayores fue: 18% tabaquismo, 52% hipertensión arterial y 47% hipercolesterolemia. Respecto a las complicaciones microvasculares asociadas a la diabetes, el 68% presentaba polineuropatía diabética, el 35% retinopatía diabética y el 26% nefropatía diabética. En cuanto a las complicaciones macrovasculares, un 30% presentaba cardiopatía isquémica y el 27% había sido diagnosticado previamente de enfermedad vascular periférica. Etiología de las úlceras: 37% neuropáticas, 27% vasculares y 36% mixtas.

**Discusión.** Alrededor del 20% de los diabéticos desarrollará úlceras en los pies a lo largo de su vida, afectando a casi el 23% en nuestro país. Las causas de úlcera en el pie diabético son neuropáticas, vasculares, infecciosas y traumáticas, siendo las 2 primeras las más importantes. Una adecuada historia clínica junto a la exploración física ofrece hasta el 90% del diagnóstico etiológico. Los factores de riesgo que acompañan al pie diabético son similares a los que acompañan a cualquier complicación vascular asociada a la diabetes, ya que no hay que olvidar que el pie diabético es consecuencia de complicaciones vasculares asociadas a la diabetes, especialmente de la polineuropatía (en nuestra serie un 68%, muy por encima de las cifras habituales en la diabetes).

**Conclusiones.** Los factores de riesgo cardiovascular asociados al pie diabético son similares a los que acompañan a cualquiera de las complicaciones vasculares diabéticas. La mayor incidencia de polineuropatía en dichos pacientes es orientativa de su etiología y refuerza la necesidad de prevenir el pie diabético en dicha población.

#### R-46 SÍNDROME METABÓLICO EN PACIENTES CON LUPUS ERMATOSO SISTÉMICO

**M. Zamora Pasadas, J. Jiménez Jáimez, J. Vargas Hitos, J. Sabio Sánchez, C. Hidalgo Tenorio y J. Jiménez-Alonso**  
Medicina Interna. Hospital Universitario Virgen de las Nieves. Granada.

**Objetivos.** Los pacientes con LES tienen mayor riesgo de desarrollar arteriosclerosis (AT) precoz. Este hecho se ha atribuido a factores de riesgo cardiovascular tradicionales, factores relacionados con el LES y su tratamiento. En la población general, el síndrome metabólico (SM) es un factor de riesgo independiente de AT. **Objetivos:** a) determinar la prevalencia del SM en un grupo de pacientes con LES, respecto a un grupo control (GC), de edad, escolaridad y sexo similares; b) determinar qué factores influyen en su aparición.

**Material y métodos.** Estudio transversal de casos y controles. Casos: Pacientes con LES (4 o más criterios de la ACR). GC: Sujetos sanos procedentes del entorno de los investigadores. **Definición de SM:** Presencia de 3 o más de los siguientes criterios de la ATP-III: 1) cintura > 88 cm en mujeres y > 102 cm en hombres; 2) HTA > o = 130 y/o 85 mmHg o en tratamiento; 3) Glucemia > o = 110 mg/dl; 4) triglicéridos > o = 150 mg/dl; 5) HDL colesterol < 40 y < 50 mg/dl en hombres y mujeres, respectivamente. **Escolaridad:** EGB = 8; COU = 11, FP o Diplomatura = 15; Licenciatura = 17; Doctorado = 21 años. **Análisis estadístico:** Las variables cuantitativas se expresaron como media  $\pm$  DE y las cualitativas como porcentajes. El test t de Student se usó para comparar la media de las variables cuantitativas y el test de Yates para comparar variables cualitativas. La significación se estableció para una  $p < 0,05$ .

**Resultados.** Se incluyeron 265 sujetos en el GC y 155 pacientes con LES. La edad, el sexo y la escolarización fueron: 42,4  $\pm$  9,8 vs 42,1  $\pm$  14,7 años, 91% vs 92% mujeres y 10,4  $\pm$  2,5 vs 9,9  $\pm$  5,3 años, respectivamente. La prevalencia de SM en el grupo LES fue de 19,4% respecto al 12,8% del GC ( $p = 0,013$ ). La distribución por número de componentes de SM en el GC y grupo LES fue respectivamente: 0 componentes: 39 vs 18%, 1: 28 vs 38%, 2: 21 vs 23%, 3: 10 vs 15%, 4: 2 vs 5% y 5: 1 vs 1%. Por tramos etarios la distri-

bución del SM fue en el GC y LES respectivamente: < 30 años: 3,8 vs 14,6% ( $p = 0,035$ ), 31-40 años: 5,3 vs 13,5%, 41-50 años: 14,5 vs 11,8, > 50 años: 27,8 vs 34,5%. En cuanto a las diferencias entre los pacientes lúpicos con y sin SM, los primeros fueron significativamente de más edad (48,0  $\pm$  18,0 vs 40,6  $\pm$  13,6 años;  $p = 0,013$ ), con menor escolarización (6,2  $\pm$  5,8 vs 10,9  $\pm$  4,8;  $p < 0,001$ ), más obesos (IMC: 30,5  $\pm$  5,4 vs 24,7  $\pm$  4,8;  $p < 0,001$ ), más hipertensos (PAS 141  $\pm$  21 vs 129  $\pm$  18 mmHg;  $p = 0,003$ ), con menos HDL colesterol (44,6  $\pm$  18,2 vs 62,6  $\pm$  16,3 mg/dl;  $p < 0,001$ ), más triglicéridos (162  $\pm$  73 vs 85  $\pm$  38 mg/dl;  $p < 0,001$ ), más ácido úrico (6,5  $\pm$  3,7 vs 4,7  $\pm$  1,6 mg/dl;  $p < 0,001$ ), niveles de C3 más altos (110  $\pm$  36 vs 95  $\pm$  26 mg/dl;  $p = 0,010$ ), PCR y VSG más altas (1,5  $\pm$  2,7 vs 0,5  $\pm$  0,8 mg/dl;  $p < 0,001$ ; 25  $\pm$  17 vs 37  $\pm$  27 mm,  $p = 0,003$ , respectivamente) y una dosis de prednisona acumulada por día de enfermedad mayor (7,0  $\pm$  6,1 vs 4,5  $\pm$  4,7 mg/día,  $p = 0,043$ ). El daño acumulado (índice SLICC) fue mayor en los pacientes lúpicos con SM (2,47  $\pm$  2,13 vs 1,26  $\pm$  1,59,  $p = 0,001$ ), pero la actividad del LES (índice SLEDAI) fue similar.

**Discusión.** El SM fue más prevalente entre los pacientes con LES que en el GC, lo que podría contribuir al desarrollo de AT acelerada en estos pacientes. La mayor frecuencia de SM fue más acusada a edades más tempranas, lo que podría favorecer el desarrollo de AT a largo plazo. Por tanto, sería importante identificar el SM en este subgrupo de pacientes e instaurar los tratamientos oportunos. Los pacientes con LES y SM presentaron una PCR significativamente mayor que los pacientes lúpicos sin SM. Puesto que la PCR se ha propuesto como un marcador bioquímico indirecto de AT, es posible que los pacientes lúpicos con SM tengan mayor grado de AT que los que no tienen este síndrome. Es de destacar que los pacientes lúpicos con SM recibieron una mayor dosis de prednisona a lo largo de su enfermedad, subrayando la importancia de los corticoides en el desarrollo de la AT.

**Conclusiones.** El Síndrome Metabólico es más prevalente en los pacientes lúpicos que en la población general, lo que podría contribuir al desarrollo de arteriosclerosis.

#### RV-47 REALIDAD DE LA HEMORRAGIA DIGESTIVA ALTA EN UN HOSPITAL COMARCAL

**N. Balbas Brigido<sup>2</sup>, J. Lanza Gómez<sup>1</sup> y A. Martos Almagro<sup>3</sup>**  
<sup>1</sup>Medicina Intensiva MIR. Marques de Valdecilla. Santander. Cantabria. <sup>2</sup>Medicina Familiar, <sup>3</sup>Due. CS Gama. Gama, Cantabria.

**Objetivos.** Estudiar las características clínico-epidemiológicas de los pacientes con ingresados con sospecha diagnóstica de Hemorragia Digestiva Alta (HDA) en un hospital comarcal durante el período anual de 2005, en el que sólo existe endoscopista en turno de mañana de lunes a viernes, así como la adecuación del seguimiento de las guías consensuadas del proceso. En nuestro Hospital, ingresan en Medicina Interna aquellos pacientes que tienen antecedentes de toma de anticoagulantes y/o el sangrado es secundario a descompensación de hepatopatías crónicas y el resto en el servicio de Cirugía General.

**Material y métodos.** Estudio retrospectivo descriptivo de las historias clínicas de los pacientes ingresados con sospecha de HDA en un hospital comarcal durante el año 2005, confirmadas posteriormente a través del diagnóstico de alta en la historia clínica. En la hoja de recogida de datos se incluye: edad, sexo, antecedentes personales, mes del año que ingresan, toma de fármacos gastrolesivos, forma de presentación de HDA, tensión arterial sistólica (TAS), tensión arterial diastólica (TAD), frecuencia cardíaca (FC), realización de tacto rectal (TR), colocación de sonda nasogástrica (SNG), tratamiento instaurado, derivación y destino del paciente.

**Resultados.** Se recogen los resultados de 78 pacientes que fueron diagnosticados de HDA. La edad media fue de 63,88 años, siendo 52 (66%) varones y 26 (34%) mujeres. En cuanto a los antecedentes personales, el 14% (11) había presentado previamente un episodio de HDA y el 7% (6) tenían de base una hepática crónica, el 9% (7) tenía antecedentes de Diabetes Mellitus y el 34% (27) de Hipertensión arterial (HTA), el 9% (7) recibía tratamiento con anticoagulantes orales. Los meses de mayor incidencia fueron Mayo y Junio y los de menor Septiembre y Octubre. De los 28 pacientes en los que existe documentación de ingesta de fármacos gastrolesivos

predominaba el AAS que tomaban 17 pacientes y después Ibuprofeno (8) y Diclofenaco (5). Respecto a la forma de presentación clínica, el 60% (47) acudía por melenas, el 17% (13) por hematemesis, el 17% (13) presentaba vómitos en posos de café y el 6% (5) acudía por rectorragia, las formas mixtas se presentaban en 5 pacientes. Constan en la hoja de ingreso en planta la toma de TAS y TAD en decúbito, así como la frecuencia cardíaca en el 100% de las historias, mientras que tan sólo en 18 se recogen en bipedestación o sentados. El tacto rectal se realizó en 57 (73%) pacientes y la colocación de SNG en todos ellos. En 69 (88%) se utilizó tratamiento endovenoso siendo el fármaco más utilizado el Pantoprazol, seguido de Suero salino y Somatostatina. El destino final de los pacientes es el siguiente: 13 (16%) fueron derivados al hospital de referencia para realización de Endoscopia urgente, 48(61%) son ingresados por el servicio de Cirugía general y 8 (10%) que eran pacientes que tomaban anticoagulantes o presentaban descompensación de su hepatopatía ingresaron en Medicina Interna, 7 (9%) son enviados a consultas externas de Digestivo para posterior control y 2 pacientes fallecieron en la unidad de Urgencias.

**Conclusiones.** Se confirma como en otras series que la HDA es más frecuente en hombres con una relación 2: 1, siendo la presentación clínica más usual en forma de melenas con un 60%. La mayoría de los pacientes estaban hemodinámicamente estables a su ingreso (60/78) precisando de transfusiones y/o cristaloides-coloides 69/78. El tratamiento más utilizado es el Pantoprazol (IBP). A pesar de no disponer de endoscopista de guardia, tan sólo el 16% de los pacientes precisaron derivación urgente al hospital de referencia para realización de la misma; de los pacientes que ingresaron en nuestro hospital se le practicó al 60% en las primeras 24 horas siguientes al ingreso.

#### RV-51

#### EFICACIA DE LA ASOCIACIÓN ESTATINAS Y EZETIMIBA EN PACIENTES CON HIPERCOLESTEROLEMIA FAMILIAR (HF)

**C. Sánchez Rodilla, P. Sáenz, J. Fernández, I. Cebrián, G. García de Vinuesa, I. Rastrolo, M. Díaz y F. Díaz**  
Medicina Interna. Mérida, Badajoz.

**Objetivos.** Los pacientes con HF, presentan valores muy elevados de CT, por la mala función del r-LDL, por este motivo aunque se tratan habitualmente con las dosis más altas de las estatinas más potentes, no se suelen conseguir los objetivos de LDL-C deseados. Ezetimiba es un nuevo fármaco recientemente comercializado que inhibe selectivamente la absorción de CT en el intestino y al asociarlo a estatinas permite mayores descensos de LDL-C. Presentamos los datos en un grupo de pacientes en tratamiento combinado respecto a los basales sólo con estatinas en los que no se habían alcanzado objetivos.

**Material y métodos.** Se seleccionaron 80 pacientes con HF, 58% varones, edades entre 10 y 73 años. Todos estaban tratados con estatinas (sinva y atorvastatina) a dosis de 40-80 mg/dl. A ese tratamiento se añadió 10 mg de Ezetimiba. Se establecieron las diferencias entre tratamiento con estatinas y tratamiento combinado. Se realizó con intención de tratar. No hubo abandonos.

**Resultados.** El colesterol descendió de 280 mg/dl a 211 mg/dl. (23%)  $p < 0,05$ . LDL-C descendió de 202 mg/dl a 139 mg/dl (29%)  $p < 0,05$ , TG de 100 a 89 mg/dl (6%) N.S y HDLC de 57 a 53 mg/dl N.S. Con esta terapia combinada la mitad de los pacientes con HF alcanzan objetivos de LDL-C. No se encontraron efectos secundarios clínicos, o de enzimas hepáticas o musculares.

**Discusión.** Esta asociación permite un mayor número de pacientes que alcanzan los objetivos terapéuticos de LDL-C sin aportar más efectos secundarios. De forma práctica se puede concluir que la mayor parte de los pacientes con HF necesitarán esta combinación de fármacos.

**Conclusiones.** 1) La terapia combinada estatinas-ezetimiba permite una reducción del 29% de LDL-C frente a terapia sólo con estatinas. 2) Se consigue con ellos alcanzar en un 50% objetivos terapéuticos de LDL-C. 3) No existieron efectos secundarios digestivos ni musculares.

#### R-53

#### ESTUDIO COMPARATIVO ENTRE LA EPIDEMIOLOGÍA, EL MANEJO CLÍNICO Y EL PRONÓSTICO DEL INFARTO AGUDO DE MIOCARDIO EN HOMBRES Y MUJERES

**A. Hernández Belmonte<sup>1</sup>, C. Albaladejo Ortiz<sup>1</sup>, M. Navarro González<sup>2</sup>, J. Gallego Page<sup>3</sup> y M. Aguilera Saldaña<sup>3</sup>**  
<sup>1</sup>Medicina Interna, <sup>2</sup>Geriatría, <sup>3</sup>Cardiología. Complejo Hospitalario Universitario. Albacete.

**Objetivos.** Hay diferencias significativas entre hombres y mujeres, en cuanto a los factores de riesgo, diagnóstico, tratamiento y pronóstico de las enfermedades coronarias. Nuestro objetivo es describir las diferentes características de los pacientes que han sufrido un infarto agudo de miocardio (IAM) según el sexo, en nuestro medio.

**Material y métodos.** Se realizó un estudio prospectivo durante 9 meses, que incluyó a un total de 209 pacientes dados de alta tras haber sufrido un IAM, en el Servicio de Cardiología del Complejo Hospitalario Universitario de Albacete. El seguimiento medio fue de  $11,7 \pm 5,8$  meses.

**Resultados.** Se incluyeron un total de 209 pacientes, de los cuales 161 (77%) fueron varones y 48 (23%) mujeres. La edad media fue de 64,7 años en el grupo de varones y seis puntos superior, 71,8 años en el grupo de mujeres. Los factores de riesgo más prevalentes en los varones fueron el tabaco (39%), la hipertensión arterial (HTA) (32%), la dislipemia (28%) y la Diabetes Mellitus (DM) (22%), en las mujeres el factor más prevalente fue la HTA (71%), seguido de la dislipemia (48%) y la DM (42%), sólo fumaban el 8%. En ambos grupos fue más frecuente el IAM con onda Q frente al IAM no Q, en cuanto a la localización los varones sufrieron IAM inferior (45%) y IAM anterior (23%) y en las mujeres hubo el mismo número de IAM anterior e inferior (15%). Se les realizó ecocardiografía a prácticamente todos los pacientes sin diferencias en la Fracción de eyección media que fue del 53% y ergometría a 48 varones (18%) y sólo 2 mujeres (4%). En el grupo de las mujeres se utilizaron más los nitratos, IECAs y diuréticos durante la fase aguda, al alta se encontraron diferencias significativas en el uso de Betabloqueantes (46% en varones y (67%) en mujeres e IECAs (41% en varones y (75%) en mujeres. El porcentaje del tratamiento de reperfusión con trombolisis fue similar, no se hizo ninguna Angioplastia Transluminal Percutánea (ACTP) primaria en mujeres, (3%) en varones y se realizaron un (10%) de ACTP de rescate en mujeres frente al (2%) en varones. Se realizaron el mismo número de revascularizaciones mediante ACTP (30% de los casos), la revascularización quirúrgica se realizó en 6 mujeres (13%) y 18 varones (9%). En el promedio de vasos revascularizados (1,4) no hubo diferencias. La complicación más frecuente fue la insuficiencia cardíaca con predominio en el sexo femenino, (33%) en las mujeres frente al (11%) de los varones, seguida de la angina postIAM similar en ambos grupos. Durante el seguimiento se perdieron 3 pacientes, se observó una mortalidad del (5%) en varones y del (8,3%) en mujeres, un porcentaje de nueva revascularización del (4%) en varones y (6%) en mujeres y un ingreso por Síndrome Coronario Agudo (SCA) del (5%) de varones y (13%) de mujeres.

**Discusión.** La enfermedad vascular coronaria y concretamente el IAM, supone una de las principales causas de muerte en la mujer, a pesar de lo cual los estudios realizados sugieren un peor diagnóstico y tratamiento asociado a mayor comorbilidad. Los datos obtenidos en nuestro trabajo reflejan una mayor morbi-mortalidad en la mujer, con mayor número de complicaciones y tasa de reingresos, cuya causa podría estar relacionada con la mayor edad de las pacientes y la prevalencia de más factores de riesgo implicados en la cardiopatía isquémica como la HTA, la dislipemia y la DM que en el varón. El manejo clínico en ambos sexos fue similar realizando más ergometrías en el varón e igual número de cateterismos. El uso más frecuente de nitratos, IECAs, diuréticos y betabloqueantes pensamos que se debe a la mayor aparición de insuficiencia cardíaca como complicación.

**Conclusiones.** El pronóstico de las mujeres con IAM es peor que el de los varones, debido a un mal control de los factores de riesgo implicados y a una mayor edad en el momento del IAM.

**RV-54****ABORDAJE MULTIDISCIPLINAR DE LA ARTERIOPATÍA PERIFÉRICA**

**M. Rico Corral<sup>1</sup>, M. Francisco<sup>1</sup>, I. Pérez Camacho<sup>3</sup>, A. de la Cuesta Díaz<sup>2</sup>, A. Aznar Martín<sup>1</sup>, C. Holgado Silva<sup>1</sup>, J. de la Vega Vázquez<sup>1</sup> y R. Pérez Cano<sup>1</sup>**

<sup>1</sup>Medicina Interna, <sup>2</sup>Cirugía General, <sup>3</sup>Rehabilitación. Hospital Virgen Macarena. Sevilla.

**Objetivos.** La asistencia sanitaria a los pacientes diagnosticados de arteriopatía periférica genera unos costes progresivamente crecientes. Esto es debido a la cada vez mayor morbilidad de esta entidad y a que suele darse en pacientes con patología múltiple y frecuentemente de edad avanzada. Nuestro estudio se basa en la hipótesis de que el abordaje multi-disciplinar de esta devastadora complicación de la arterioesclerosis puede proporcionar beneficios, no sólo en el aspecto clínico, sino también en el económico.

**Material y métodos.** Nuestro estudio se basa en el análisis retrospectivo realizado a un grupo de 526 pacientes que fueron atendidos en nuestra área hospitalaria en el período comprendido entre febrero de 2002 y marzo de 2006. Todos los pacientes estaban diagnosticados de arteriopatía periférica y no cumplían criterios para terapia de revascularización. Además, todos habían sufrido, durante el período de estudio, al menos un ingreso hospitalario motivado por esta patología. Se elaboraron dos grupos: 1). El grupo de estudio, formado por 257 pacientes, los cuales fueron atendidos durante su proceso por nuestro grupo, compuesto por especialistas en Medicina Interna, Cirugía General, Rehabilitación y Anestesiología. 2). El grupo control, formado por 269 pacientes, cuya atención clínica fue la habitual, basada en ingresos aleatorios en los Servicios de Cirugía o de Medicina Interna, procedentes del Servicio de Urgencias. Los pilares básicos de actuación de nuestro grupo fueron: 1). Estrecha colaboración entre los Servicios de Cirugía General y Medicina Interna, a fin de reducir en lo posible el período de hospitalización. 2). Rapidez en la respuesta, con el objetivo de utilizar la cirugía menos radical posible y de manera más precoz. 3). Revisiones periódicas frecuentes en consultas externas. 4). Comunicación fluida con atención primaria y enfermería de enlace. 5). Protocolización del tratamiento médico.

**Resultados.** Obtuvimos diferencias con significación estadística en el análisis de los siguientes grupos de resultados: 1). El porcentaje de pacientes que necesitó amputación supracondílea fue muy inferior en el grupo de estudio en comparación con el grupo control, sobre todo en los pacientes que sólo tenían lesiones isquémicas distales (7,6% en el grupo de estudio frente a 69% en el grupo control). 2). La mortalidad global fue del 33% en el grupo de estudio y del 55% en el grupo control. 3). El coste total medio del proceso en el grupo de estudio fue de 2.987 € y de 3.516 € en el grupo control. 4). El porcentaje del gasto total correspondiente a la hospitalización fue del 66% en el grupo de estudio y del 98% en el grupo control. 5). El coste promedio por hospitalización fue de 1.927 € en el grupo de estudio y de 3.429 € en el grupo control. En el análisis separado por Grupos Relacionados de Diagnóstico (GRD) se mantienen estas diferencias.

**Conclusiones.** La atención clínica de la arteriopatía periférica con una visión multi-disciplinar, basada en la estrecha colaboración de los especialistas entre sí y de éstos con atención primaria, la externalización de la asistencia y el tratamiento protocolizado genera beneficios, tanto desde el punto de vista clínico como económico.

**RV-55****MONITORIZACIÓN AMBULATORIA DE LA PRESIÓN ARTERIAL EN PACIENTES CON HIPERTENSIÓN ARTERIAL DE ALTO RIESGO. ANÁLISIS DE UNA BASE DE DATOS DE 20.000 CASOS**

**M. Gorostidi, J. Sobrino, J. Segura, C. Sierra, R. Hernández del Rey, A. Felip, A. Coca y L. Ruilope, en representación de los investigadores del Registro Nacional de MAPA de la SEH-LELHA**

Registro Nacional de MAPA. Sociedad Española de Hipertensión. Liga Española para la Lucha contra la Hipertensión Arterial (SEH-LELHA).

**Objetivos.** La hipertensión arterial (HTA) de alto riesgo cardiovascular constituye un problema sanitario de incidencia creciente. El obje-

tivo del presente análisis fue evaluar los componentes de la presión arterial (PA) determinados mediante monitorización ambulatoria de la PA (MAPA) y relacionados con el riesgo cardiovascular en una muestra de pacientes con HTA de alto riesgo.

**Material y métodos.** La SEH-LELHA ha desarrollado un proyecto nacional 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. Se evaluaron los parámetros de las MAPA en pacientes de alto riesgo y se compararon con los de pacientes de menor riesgo cardiovascular.

**Resultados.** Entre junio 2004 y julio 2005 se obtuvo una base de datos de 20.000 registros de los que 17.219 fueron válidos para este análisis. Se identificaron 6.534 casos (37,9%) de alto o muy alto riesgo según el sistema de estratificación de la guía ESH-ESC 2003. Estos casos se compararon con los pacientes de riesgo cardiovascular bajo o moderado (n = 10.685). Los casos fueron mayores (edad media 63,8 vs. 56,6 años) y más frecuentemente varones (54,6% vs. 51,6%). Los casos presentaron cifras de PA sistólica más elevadas en los 3 períodos de la MAPA (24 horas 135,8 vs. 128,4 mmHg, diurno 138,6 vs. 131,8 mmHg y nocturno 127,7 vs. 118,5 mmHg) pese a que recibieron más tratamiento antihipertensivo. El grado de control en los distintos períodos de la MAPA fue peor en los casos. La variabilidad elevada, definida por una desviación estándar de la PA sistólica de 24 horas > 15 mmHg, fue más frecuente en los casos (17,0% vs. 11,9%). La prevalencia de un patrón no dipper fue más elevada en los casos (58,7% vs. 47,9%, OR 1,54; IC95% 1,45-1,64) al igual que la de un patrón riser (17,7% vs. 9,7%).

**Conclusiones.** Los pacientes con HTA de alto riesgo presentaron unos parámetros de PA en la MAPA más desfavorables que los de pacientes con un riesgo cardiovascular añadido menor pese a recibir más tratamiento antihipertensivo. Estos resultados están en la línea de los datos de otros estudios que han descrito el efecto deletéreo de cifras elevadas de PA sistólica, de una variabilidad elevada de PA y de un patrón circadiano alterado en el riesgo cardiovascular. Estas anomalías en los parámetros de la MAPA pueden estar estrechamente relacionadas con el riesgo cardiovascular derivado de la PA.

**RV-56****ESTUDIO DE PREECLAMPSIA EN PACIENTES INGRESADAS EN UN AÑO EN UN HOSPITAL TERCIARIO**

**I. Calatayud, J. Fernández, A. Camps, F. Puchades, M. Faus y J. Calabuig**

M. Interna. Hospital Universitario La Fe. Valencia.

**Objetivos.** La preeclampsia, caracterizada clínicamente como HTA, proteinuria y edemas en la segunda mitad de la gestación, ha sido clásicamente uno de los trastornos hipertensivos asociados al embarazo de mayor gravedad. Existen escasas referencias en la literatura sobre la preeclampsia en nuestro país. El objetivo del presente trabajo es analizar 34 casos de preeclampsia atendidos en la Maternidad del Hospital Universitario La Fe en el período 2005-2006, para conocer mejor la situación actual de esta patología en nuestro medio.

**Material y métodos.** Revisamos 34 casos de preeclampsia ingresados en el último año en la Maternidad del hospital La Fe de Valencia. Se recogieron datos tanto epidemiológicos como clínicos y analíticos, incluyendo la edad, raza, factores de riesgo, manifestaciones clínicas, tratamiento e impacto sobre el recién nacido y la madre.

**Resultados.** Las 34 pacientes tenían una edad media de 30,5 años, un 70,5% eran caucásicas. Se trató de preeclampsia severa en 27 casos (79,4%) siendo leve-moderada en los otros 7 (20,6%). En 18 casos la preeclampsia se instauró antes de la semana 34. En 11 pacientes la preeclampsia vino precedida por hipertensión gestacional. En todos los casos se observó algún factor de riesgo previo al embarazo, siendo los más frecuentes la nuliparidad (27 casos), la edad superior a 35 años (9 casos) y la ganancia ponderal excesiva (7 casos). Hubo 5 embarazos por FIV y 5 embarazos gemelares, así como 3 madres diabéticas y una con hipertensión previa al embarazo. La cefalea fue el síntoma más frecuente (21 casos, 61,7%) seguido de la epigastralgia (12 casos, 35,2%) y las alteraciones visuales (8 casos, 23,5%). La media de la presión arterial sistólica fue 182,2 y la de la diastólica 110,2 mmHg. La proteinuria presentó una mediana de 3+. En 31 pacientes aparecieron edemas. De la analítica destacaron

los D-dímeros muy elevados, 1515 ng/mL de media a pesar de no registrarse ningún caso de enfermedad tromboembólica. En el 68,7% de los casos se detectó retraso en el crecimiento intrauterino. El parto finalizó en la semana 34,6 de media, pero antes de la semana 34 en 13 casos. Se requirió cesárea para finalizar el embarazo en 26 casos (76,4%) y en otros 8 (23,6%) el parto fue vaginal. El peso medio al nacer fue de 2.296 g y el Apgar (1º) de 8,2, aunque cuando el parto fue antes de la semana 34 fueron de sólo 1646 g y de 7,6 respectivamente. El antihipertensivo más utilizado fue nifedipino, en 32 casos (94,1%), seguido de los betabloqueantes, en 29 casos (85%). Alfametildopa se utilizó en 23 casos (67,6%) y los IECAs en 7 casos (20,5%), estos últimos en púerperas. Sólo en 7 casos (20,5%) se utilizó sulfato de magnesio. La mortalidad materna y perinatal fueron nulas, el estudio de las secuelas a largo plazo requerirá más seguimiento. Tres pacientes progresaron a eclampsia; un 35,2,4% de las pacientes desarrollaron complicaciones, incluyendo el desarrollo de 6 casos de síndrome Hellp. La estancia hospitalaria media fue de 14,8 días y 28 pacientes (82,3%) precisaron ingreso en UCI una media de 4,2 días.

**Discusión.** La mortalidad y morbilidad materna de la preeclampsia en similar en nuestro centro a la descrita en países desarrollados, donde la mortalidad materna es rara en la actualidad, pero la cifra de complicaciones está en torno al 30%, fundamentalmente cuando el embarazo termina antes de la semana 34. La clínica, el tratamiento antihipertensivo, la tasa de cesáreas y el uso UCI también fue también similar. La tasa de retraso en el crecimiento intrauterino sí es mucho mayor en nuestro centro que la descrita en la literatura, que la sitúa en el 10-23%, quizá por ser centro de referencia para embarazo de riesgo. Sin embargo la mortalidad perinatal es aún más baja que la descrita (1-2%), sin duda debido a unos buenos cuidados perinatales. Es llamativa la ausencia de casos de enfermedad tromboembólica a pesar de la elevación marcada de los D-dímeros y de la conocida asociación de preeclampsia y trombofilias.

**Conclusiones.** Se destaca la situación actual de la preeclampsia en nuestro centro, extensible probablemente a otros de nuestro país. El tratamiento de este grave trastorno hipertensivo del embarazo es fundamental para reducir complicaciones, y debe comprometer a internistas, obstetras e intensivistas.

#### RV-57

##### DESCRIPCIÓN EPIDEMIOLÓGICA DE UNA CONSULTA MONOGRÁFICA DE ARTERIOPATÍA PERIFÉRICA EN MIEMBROS INFERIORES

**F. Martínez Peñalver<sup>1</sup>, M. Rico Corral<sup>1</sup>, M. Soriano Pérez<sup>2</sup>, J. Serrano Carrillo de Albornoz<sup>2</sup>, J. De la Vega Sánchez<sup>1</sup>, A. De la Cuesta López<sup>3</sup>, A. Leal Luna<sup>1</sup> y R. Pérez Cano<sup>1</sup>**

<sup>1</sup>Servicio de Medicina Interna B, <sup>2</sup>Servicio de Medicina Interna A, <sup>3</sup>Servicio de Cirugía General. Hospital Universitario Virgen Macarena. Sevilla.

**Objetivos.** Describir las características de una población de pacientes de una Consulta Monográfica y Multidisciplinar de Lesiones Isquémicas Crónicas en MMII evaluando futuras modificaciones terapéuticas a aplicar en la misma. Dicho estudio es el inicio de diferentes trabajos descriptivos a corto plazo y de actuaciones sobre dicha población a medio-largo plazo de acuerdo a las guías y recomendaciones existentes.

**Material y métodos.** Estudio retrospectivo sobre 200 pacientes que acudieron a nuestra consulta monográfica y multidisciplinar de arteriopatía periférica en miembros inferiores escogidos de manera aleatoria. Se diseñó de forma consensuada entre los médicos de dicha consulta un cuestionario para recoger las distintas variables con el objetivo de poner en marcha un registro informatizado de pacientes con arteriopatía periférica en miembros inferiores. El análisis estadístico de los datos se llevó a cabo con el programa SPSS v13.0

**Resultados.** La edad media fue de nuestros pacientes fue de 71,5 años, con un 55,8% de hombre y un 44,2% de mujeres. Los factores de riesgo cardiovascular más prevalentes fueron el tabaquismo (56%), la hipertensión (62,5%), Diabetes Mellitus (71,5%), y las dislipemias (39%). En el momento de realizar este estudio descriptivo el 64% de nuestros pacientes estaban diagnosticados de EAP. Se observó entre los actos quirúrgicos realizados a estos pacientes que un 25% había sufrido la amputación de al menos un dedo, un 27,5%

había sufrido una amputación supracondílea unilateral, y un 5,5% presentaba una amputación supracondílea bilateral.

**Discusión.** En diversos estudios, como el INTERHART, 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, consumo de frutas y vegetales, consumo de alcohol y ejercicio físico. La pasividad del profesional médico a la hora de aplicar las indicaciones de las guías terapéuticas, el mal cumplimiento del tratamiento y la adquisición de hábitos erróneos por parte del paciente junto con el limitado efecto de la farmacopea existente explican el constante aumento de la prevalencia de la enfermedad arterial periférica. Incluso en una consulta especializada y multidisciplinar como la que aquí describimos hay pacientes que escapan a nuestro control y que avanzan inexorablemente en su enfermedad. El fin que este estudio descriptivo que hemos iniciado persigue es mejorar dicho control y frenar el avance de la enfermedad. Una última cuestión que nos planteamos, y que será objeto de futuros estudios es si la información completa al paciente del seguimiento multidisciplinar que se le está aplicando mejora los índices de cumplimiento terapéutico.

**Conclusiones.** Se requiere un control intensivo de los factores de riesgo vascular atribuibles a la población. Es preciso el seguimiento e individualización particular de las guías terapéuticas existentes a cada paciente.

#### RV-58

##### DESCRIPCIÓN EPIDEMIOLÓGICA DE LOS PACIENTES HIPERTENSOS DE UNA CONSULTA MONOGRÁFICA DE ENFERMEDAD ARTERIAL PERIFÉRICA

**F. Martínez Peñalver<sup>1</sup>, M. Rico Corral<sup>1</sup>, M. Soriano Pérez<sup>2</sup>, J. Serrano Carrillo de Albornoz<sup>2</sup>, J. De la Vega Sánchez<sup>1</sup>, A. Leal Luna<sup>1</sup>, A. De la Cuesta López<sup>3</sup> y R. Pérez Cano<sup>1</sup>**

<sup>1</sup>Servicio de Medicina Interna B, <sup>2</sup>Servicio de Medicina Interna A, <sup>3</sup>Servicio de Cirugía General. Hospital Universitario 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 que recibimos, diagnosticamos y tratamos en nuestra Consulta Multidisciplinar, que corresponde a aquellos pacientes definidos como hipertensos, y a los que intentamos ajustar en su tratamiento a las recomendaciones de las guías existentes. Conocer el porcentaje de pacientes hipertensos con Enfermedad Arterial Periférica que presentan, además, algún tipo de evento coronario o cardiopatía, y/o algún evento cerebrovascular.

**Material y métodos.** Estudio retrospectivo sobre 125 pacientes que acudieron a nuestra Consulta Monográfica y Multidisciplinar de Arteriopatía Periférica en miembros inferiores y que además tuvieron 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. El análisis estadístico de los datos se llevó a cabo con el programa SPSS v13.0

**Resultados.** La edad media fue de nuestros pacientes fue de 71,91 años, con un 49,1% de hombre y un 50,9% de mujeres. Los factores de riesgo cardiovascular acompañantes más frecuentes fueron el tabaquismo (48%), Diabetes Mellitus (73,6%), y las dislipemias (44%). En el momento de realizar este estudio descriptivo el 60,8% de estos pacientes estaban diagnosticados de EAP. En estos pacientes hipertensos con Enfermedad Arterial Periférica diagnosticada se ha dado algún tipo de cardiopatía en el 62,7% de los casos, y eventos cerebrovasculares en el 38,2% de los casos. Se observó entre los actos quirúrgicos realizados a estos pacientes que un 16% había sufrido la amputación de al menos un dedo, un 16% había sufrido una amputación supracondílea unilateral, y un 2,4% presentaba una amputación supracondílea bilateral. En los 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 8,7%, amputación supracondílea unilateral del 16,3%, y de amputación supracondílea bilateral del 4,3%. Los fármacos antihipertensivos más usados fueron el grupo de IECA/ARA II con un 64,5% de los casos, seguidos de los Antagonistas del Calcio en un 27,4% de los pacientes. El uso controvertido de los betabloqueantes

en este tipo especial de pacientes hace que su uso quede reducido a un 10,5% de los casos estudiados.

**Discusión.** La Hipertensión es uno de los frentes de lucha abiertos para controlar la Enfermedad Arterial Periférica. En nuestra serie de pacientes, en comparación con el grupo del total de pacientes, el porcentaje de amputaciones presenta unos índices más bajos, de lo cual se podría deducir que la Hipertensión es un importante factor de riesgo de Enfermedad Arterial Periférica de manera aislada, pero que esa importancia se exagera 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 Enfermedad Arterial Periférica también será el objeto de futuros estudios.

**Conclusiones.** Se requiere un control intensivo de los factores de riesgo vascular atribuibles a la población. El control de la Hipertensión Arterial es necesario e imprescindible para evitar la aparición tanto de complicaciones de la Enfermedad Arterial Periférica, como de eventos coronarios o cerebrovasculares.

#### RV-59

#### MODIFICACIONES DE LAS CIFRAS DE COLESTEROL EN PACIENTES EN TRATAMIENTO CONJUNTO CON ESTATINA Y EZETIMIBE

**F. Martínez Peñalver<sup>1</sup>, J. De la Vega Sánchez<sup>1</sup>, E. Salamanca Rivera<sup>1</sup>, L. Montero Rivas<sup>2</sup>, J. Griera Borrás<sup>1</sup>, M. Rico Corral<sup>1</sup>, A. Leal Luna<sup>1</sup> y R. Pérez Cano<sup>1</sup>**

<sup>1</sup>Servicio de Medicina Interna B. Hospital Universitario Virgen Macarena. Sevilla, <sup>2</sup>Servicio de Medicina Interna. Hospital de la Axarquía. Vélez-Málaga.

**Objetivos.** Estudio descriptivo de diversos parámetros (colesterol, LDL, insulinemia, microalbuminuria...) después del tratamiento con ezetimibe y estatina.

**Material y métodos.** Estudio retrospectivo con las historias clínicas de 29 pacientes de la Consulta de Hipertensión, Lípidos y Factores de Riesgo Cardiovascular del Área Hospitalaria Virgen Macarena. Se incluyeron para el estudio pacientes adultos que hubieran realizado previamente tratamiento con estatinas durante al menos 6 meses, sin haberse conseguido un completo control de sus cifras de Colesterol total, c-LDL y/o Triglicéridos. Por tal motivo se añadió a su tratamiento previo el fármaco ezetimibe. Se revisaron las historias clínicas para recopilar las características de los pacientes, los valores analíticos basales y en el seguimiento y los datos del tratamiento con los hipolipemiantes. Para el análisis estadístico se empleó el programa SPSS v13.0.

**Resultados.** En el estudio se incluyeron 29 pacientes con una media de edad de 56,7 años, de los que el 72,4% eran hombre y el 27,6% eran mujeres. La duración media de tratamiento con ezetimibe fue de 9,21 meses. Se obtuvo una reducción media de colesterol total de 69,34 mg/dL (IC 95%: 51,24-87,44;  $p < 0,05$ ). En cuanto al c-LDL, la reducción media fue de 57,37 mg/dL (IC 95%: 41,43-73,31;  $p < 0,05$ ). La determinación de la insulinemia se llevó a cabo en 8 pacientes, en los que se produjo una reducción media de 2,90  $\mu$ UI/ml (IC 95%: 1,58-4,23;  $p < 0,05$ ). La estatina más utilizada fue la Atorvastatina, seguida por Simvastatina y Fluvastatina.

**Discusión.** El presente estudio está diseñado de acuerdo con los resultados obtenidos en trabajos previos en los que se concluye que la reducción de las cifras de colesterol total y de c-LDL incide de manera directa en la disminución de la aparición de eventos cardiovasculares. En estos estudios se postula la posibilidad de que la reducción de las cifras de c-LDL por debajo de los límites recomendados por las directrices actuales sigan manteniendo la relación directa de disminución en la incidencia de nuevos eventos. Actualmente, la tendencia en el tratamiento y prevención de los factores de riesgo vascular lleva al médico a intentar abordar todas las vías fisiológicas que estén a su alcance para conseguir los objetivos marcados en las Guías Terapéuticas. Siguiendo este principio, y dado que la hiperlipemia es un factor de riesgo Cardiovascular muy prevalente en nuestro medio, Ezetimibe proporciona una nueva vía de tratamiento de las hiperlipemias. De igual manera, la terapia combinada Ezetimibe + estatina

presenta la ventaja adicional de no sufrir los efectos adversos derivados de las altas dosis de hipolipemiantes. En los pacientes diabéticos de nuestro estudio, si bien constituyen una muestra pequeña, se ha observado una tendencia a la mejora del perfil insulinémico con una disminución de las resistencias periféricas a la insulina, mejorando el control de la glucemia en estos casos.

**Conclusiones.** La coadministración de Ezetrol + estatina es una estrategia terapéutica que facilita la consecución de objetivos terapéuticos en pacientes con hipercolesterolemia y enfermedad coronaria y/o diabetes.

#### RV-60

#### FACTORES EMERGENTES DE RIESGO CARDIOVASCULAR Y ARTERIOSCLEROSIS PRECLÍNICA EN EL LUPUS ERITEMATOSO SISTÉMICO

**L. Micó<sup>1</sup>, C. Ballester<sup>2</sup>, E. Iranzo<sup>1</sup>, L. Suárez<sup>1</sup>, A. Muñoz<sup>1</sup>, M. Tasia<sup>1</sup>, J. Todolí<sup>1</sup> y J. Calabuig<sup>1</sup>**

<sup>1</sup>Medicina Interna, <sup>2</sup>Radiodiagnóstico. Hospital La Fe. Valencia.

**Objetivos.** 1º). Conocer la prevalencia de factores emergentes de RCV (FERCV) en un grupo de pacientes diagnosticados de LES, controlados en nuestro Hospital. 2º). Comparar dos grupos de pacientes, con Ecodoppler carotídeo normal o patológica.

**Material y métodos.** Investigamos los FERCV en un grupo de pacientes diagnosticados de LES, según ACR 97. Evaluamos los siguientes parámetros: edad, sexo, duración del LES, índice de cronicidad, (SLICC) fracciones C3 y C4 del complemento y antecedente de enfermedad cardiovascular. Los factores emergentes estudiados fueron: Lp(a), viscosidad plasmática, fibrinogeno, homocisteína, PCR ultrasensible y ac. antifosfolípidos. La presencia de enfermedad arteriosclerótica preclínica se detectó con ayuda del Ecodoppler carotídeo y del Índice tobillo-brazo. Para el estudio estadístico utilizamos el Anova y la Prueba de chi-cuadrado de Pearson.

**Resultados.** Estudiamos 108 pacientes, mayoritariamente mujeres (90,7%) de edad media  $39,3 \pm 13,3$  años con larga evolución del LES ( $126 \pm 103$  meses). Diez de los pacientes habían padecido previamente una enfermedad cardiovascular. Los valores medios de los FERCV fueron: PCRu =  $5,8 \pm 12$  mg/dl, Viscosidad plasmática =  $1,3 \pm 0,1$  mg/dl, Lp(a) =  $28,6 \pm 40,2$  mg/dl, Fibrinogeno =  $324,6 \pm 80$  mg/dl, Homocisteína =  $11,2 \pm 5,7$  mg/dl, ACA IgG =  $17,73 \pm 32,2$  GPL, ACA Ig M =  $8,22 \pm 16,8$  MPL. El factor emergente más prevalente fue la PCR ultrasensible (31%), seguido de la viscosidad plasmática y de la Lp(a), (ambas en el 27%) Fibrinogeno 15% y Homocisteína. (10%) El anticoagulante lúpico era positivo en el 21% de los casos y los ac. anticardiolipina IgG e IgM en el 21,5% y 20,9% respectivamente. El 45% de los pacientes llevaban tratamiento antiagregante y el 18,3% anticoagulante. En cuanto a la presencia de arteriosclerosis sistémica se detectó en la tercera parte de los pacientes, a nivel de la carótida (30,5%) y en miembros inferiores. (27,2%) Al comparar los grupos de pacientes con o sin lesiones carotídeas observamos una mayor edad, SLICC y valores de C4, homocisteína y PCRu superiores en el grupo con Ecodoppler carotídeo patológica, con respecto al grupo control, siendo estas diferencias estadísticamente significativas.

**Discusión.** El hecho de que los FERCV no expliquen por completo la aparición de una arteriosclerosis precoz y acelerada en los pacientes con LES ha hecho que diferentes autores investiguen otro tipo de factores de carácter emergente. La Ecodoppler carotídeo es un método incruento y sencillo que permite la detección de lesiones arterioscleróticas subclínicas. De acuerdo con nuestros resultados y aunque estas determinaciones no se encuentren todavía disponibles en la rutina clínica, podrían servir de apoyo en la identificación de aquellos pacientes de alto riesgo que precisan de una intervención terapéutica más agresiva. El estudio del LES y de la arteriosclerosis, ambos procesos sistémicos de base inflamatoria, exige la detección precoz de la situación con respecto al RCV de cada paciente, por medio de un protocolo coordinado de actuación clínica.

**Conclusiones.** 1º). Se trata de un grupo de pacientes mayoritariamente mujeres en edad fértil, diagnosticadas de LES y con una elevada prevalencia de FERCV, tanto inflamatorios como procoagulantes y de enfermedad arteriosclerótica preclínica. 2º). La ecodoppler carotídeo fue patológica en un tercio de los pacientes. 3º). Los pacientes con Ecodoppler carotídeo patológica eran de edad superior, con índice de cronicidad y valores más elevados de C4, homo-

cisteína y PCRu. 4<sup>o</sup>). Algunos pacientes ya tenían, en el momento del protocolo, antecedentes de enfermedad cardiovascular, pero muchos de ellos presentan un elevado riesgo de padecerla en el futuro. 5<sup>o</sup>). En el LES se da un modelo de arteriosclerosis severa y prematura que exige un diagnóstico precoz. 6<sup>o</sup>). La detección de una arteriosclerosis preclínica y de los factores de riesgo asociados, podría permitirnos identificar a los pacientes con mayor probabilidad de padecer una ECV y desarrollar una estrategia intensiva de prevención, desde un enfoque multidisciplinar.

**RV-61**  
**DESCRIPCIÓN EPIDEMIOLÓGICA DE LOS PACIENTES DIABÉTICOS DE UNA CONSULTA MONOGRÁFICA DE ENFERMEDAD ARTERIAL PERIFÉRICA**

**F. Martínez Peñalver<sup>1</sup>, M. Rico Corral<sup>1</sup>, M. Soriano Pérez<sup>2</sup>, J. Serrano Carrillo de Albornoz<sup>2</sup>, J. De la Vega Sánchez<sup>1</sup>, A. De la Cuesta López<sup>3</sup> y R. Pérez Cano<sup>1</sup>**

<sup>1</sup>Servicio de Medicina Interna B, <sup>2</sup>Servicio de Medicina Interna A, <sup>3</sup>Servicio de Cirugía General. Hospital Universitario Virgen Macarena. Sevilla.

**Objetivos.** Describir las características de una población de pacientes diabéticos en una Consulta Monográfica y Multidisciplinar de Lesiones Isquémicas Crónicas en MMII. Del conjunto de todos los pacientes de dicha Consulta focalizaremos esta comunicación en aquellos que presenten el diagnóstico de Diabetes Mellitus, procurando que la Atención que les prestemos sea, de un modo personalizado, lo más cercana posible a las Recomendaciones actuales. Conocer el porcentaje de pacientes diabéticos con Enfermedad Arterial Periférica que presentan, además, algún tipo de evento coronario o cardiopatía, y/o algún evento cerebrovascular. Intentar discernir el grado de importancia de la Diabetes Mellitus en el conjunto de Factores de Riesgo Cardiovascular existentes.

**Material y métodos.** Estudio retrospectivo sobre 141 pacientes que acudieron a nuestra Consulta Monográfica y Multidisciplinar de Arteriopatía Periférica en miembros inferiores y que además tuvieran el diagnóstico de Diabetes Mellitus. Se aplicó sobre ellos un cuestionario con una serie de ítems consensuados entre todos los médicos responsables de dicha Consulta. El análisis estadístico de los datos se llevó a cabo con el programa SPSS v13.0.

**Resultados.** La edad media fue de nuestros pacientes fue de 70,78 años, con un 55,7% de hombre y un 44,3% de mujeres. Los factores de riesgo cardiovascular acompañantes más frecuentes fueron el tabaquismo (55,2%), Hipertensión Arterial (64,3%), y las dislipemias (44,1%). En el momento de realizar este estudio descriptivo el 64,3% de estos pacientes estaban diagnosticados de EAP. En estos pacientes hipertensos con Enfermedad Arterial Periférica diagnosticada se ha dado algún tipo de cardiopatía en el 47,6% de los casos, y eventos cerebrovasculares en el 24,5% de los casos. Se observó entre los actos quirúrgicos realizados a estos pacientes que un 21% había sufrido la amputación de al menos un dedo, un 21% había sufrido una amputación supracondílea unilateral, y un 2,1% presentaba una amputación supracondílea bilateral. En los casos en los que los pacientes además de presentar Diabetes eran fumadores, estaban diagnosticados de Enfermedad Arterial Periférica en un 72,2% de los casos, y en cuanto a las amputaciones, hasta el 26,1% de pacientes presentaban al menos un dedo amputado, el 28,1% al menos una amputación supracondílea, y el 3,8% una amputación supracondílea bilateral.

**Discusión.** La Diabetes es uno de los "caballos de batalla" para controlar la Enfermedad Arterial Periférica. En nuestra serie de pacientes diabéticos, en comparación con el total de enfermos, el porcentaje de amputaciones presenta unos índices ligeramente superiores, y si además extraemos a los no fumadores y nos quedamos con pacientes diabéticos fumadores obtenemos como resultado una mayor morbilidad en cuanto a eventos arteriales periféricos se refiere. En cuanto a la terapia farmacológica, en estos pacientes existen recomendaciones sobre la restricción del uso de los betabloqueantes debido al aumento de la resistencia insulínica que producen, algo que en nuestra Consulta procuramos llevar a la práctica, prescribiéndose en casos contados (5,6%). El hecho de que un 56,6% de estos pacientes presenten la necesidad de Insulina en su tratamiento nos habla de una población diabética de larga evolución que precisa la insulina por ser insuficiente el tratamiento con antidiabéticos orales.

**Conclusiones.** Se requiere un control intensivo de los factores de riesgo vascular atribuibles a la población. El control de la Diabetes Mellitus es necesario e imprescindible para evitar la aparición tanto de complicaciones de la Enfermedad Arterial Periférica, como de eventos coronarios o cerebrovasculares.

**RV-62**  
**LAS MUJERES CON DIABETES DEL ADULTO SON MÁS OBESAS Y ¿CON MENOR TALLA?**

**B. Escolano Fernández, F. Guerrero Igea, J. Oliván Martínez, M. Merino Rumin, J. Reveriego Blázquez, A. Millán, A. Valiente Méndez y M. Aguayo Canela**

Medicina Interna A. Hospital Clínico Universitario Virgen Macarena. Sevilla.

**Objetivos.** Analizar si la disminución de talla se asocia a la presencia de diabetes mellitus del adulto, con independencia del peso corporal. **Material y métodos.** Diseño de casos y controles. Casos: mujeres con diabetes mellitus del adulto. Controles: mujeres no diabéticas de los mismos grupos de edad y procedencia que los casos. Se analizaron las variables: edad, talla y peso. Estadística: odds ratio, regresión logística.

**Resultados.** Se estudiaron 138 casos y 134 controles. Los casos presentaron menor talla (151,9 ± 6 vs 153,5 ± 6, p < 0,022), mayor peso (74,6 ± 15,8 vs 70,1 ± 11,3, p < 0,01), sin diferencias de edad (66,3 ± 7,5 vs 66,01, NS). En el análisis de regresión logística, tanto el aumento de peso como la disminución de talla se asociaron independientemente a la presencia de diabetes mellitus del adulto (odds ratio = 1,08, IC 95% 1,01 - 1,06, p < 0,01; odds ratio = 1,07, IC 95% 1,02-1,13, p < 0,01). Las diferencias de talla entre casos y controles fueron significativas únicamente en el subgrupo menor de 60 años (152,8 cm ± 5,2 vs 156,7 cm ± 5,6, p < 0,01).

**Discusión.** El índice de masa corporal (IMC) (Peso en kg/m<sup>2</sup> de talla) se emplea habitualmente como índice antropométrico para definir la obesidad. Dado que se compone de dos variables, el aumento de peso para una talla determinada o una menor talla para un peso determinado implicaría un valor más alto del IMC. Observamos que las mujeres diabéticas del adulto más jóvenes presentan un fenotipo de mayor peso, pero también de menor talla.

**Conclusiones.** Los datos sugieren la posibilidad de que la disminución de talla, con independencia del peso, sea un factor asociado a las mujeres con diabetes mellitus del adulto, sin poder descartar un papel asociado al riesgo de esta enfermedad.

**RV-63**  
**RELACIÓN ENTRE EL SÍNDROME METABÓLICO Y LA INFLAMACIÓN**

**C. Teijo Núñez, E. Fernández Pérez, I. Muínelo Voces, S. Pérez Andrada y M. Muñoz Rodríguez**

Medicina Interna. Hospital de León. León.

**Objetivos.** El síndrome metabólico (SM) se define como un conjunto de rasgos clínicos que traducen la resistencia a la insulina. Puede incluir: trastorno de los lípidos, trastorno del manejo de la glucosa, obesidad e hipertensión en diferentes combinaciones según el criterio de definición empleado. Se acompaña de un aumento del riesgo cardiovascular, multiplicando por 3,7 el riesgo de muerte por cardiopatía isquémica, por 3,5 el de muerte por causa cardiovascular y por 3,6 la mortalidad total. Pretendimos observar si existía una relación entre los marcadores de inflamación y de hemostasis-trombosis; todos ellos relacionados con el desarrollo del proceso aterosclerótico y la existencia de SM según criterios ATPIII.

**Material y métodos.** Se incluyeron en el estudio 140 pacientes que acudieron consecutivamente a la unidad de HTA durante el año 2005. Se dividieron en 2 grupos según la existencia de SM (Criterios ATP III). Se compararon entre ambos grupos los niveles de los marcadores de inflamación (PRCus, VSG, Leucocitos), los de hemostasis-trombosis (D-dímero, Fibrinógeno); así como los niveles de homocisteína.

**Resultados.** 60 pacientes presentaban SM; mientras que 80 no. Los niveles de los marcadores inflamatorios [PCRus (4,9 vs 3,3; p 0,04), VSG (21,50 vs 16; p 0,05), leucocitos (7147 vs 6581; p 0,05)], los de hemostasis-trombosis [Fibrinógeno (437 vs 385; p 0,002), D-



dímero (227 vs 220; p 0,86)], y los de homocisteína [(13,6 vs 12,9; p 0,32)] fueron superiores en los pacientes con síndrome metabólico (tabla 1).

**Conclusiones.** Éste estudio sugiere que el riesgo vascular añadido que presentan los pacientes con síndrome metabólico; se debe a un desarrollo más precoz del proceso aterosclerótico; ya que, presentan niveles más elevados de los marcadores inflamatorios y de hemostasis-trombosis.

Tabla 1.

	SM	No SM	p
Edad	62	56	0,013
PCRus	4.9	3.3	0,04
VSG	21.5	16	0,05
Leucos	7.147	6.581	0,05
D-dímero	227	220	0,86
Fibrinog.	437	385	0,002
TAS 24 h	128	124	0,14
TAD 24 h	72	73	0,64

#### RV-64

##### ANÁLISIS DE LA CALIDAD EN EL MANEJO DE LA DM EN UN SERVICIO DE MEDICINA INTERNA

**J. Montes Romero, B. Cervantes Bonet, F. Gamir Ruiz, F. Díez García, A. Lazo Torres, V. Martínez, G. Gómez y M. Zamora Salido**

Medicina Interna. Complejo Hospitalario Torrecárdenas. Almería.

**Objetivos.** El correcto tratamiento de la diabetes (DM) disminuye la morbimortalidad de los pacientes. El tratamiento debe incluir tanto consejos higiénico-dietéticos como tratamiento farmacológico de la DM y de otros factores de riesgo asociados. El objetivo del estudio es conocer el tipo de tratamiento prescrito en el informe de alta de los pacientes con DM ingresados en un Servicio de Medicina Interna y si se ajusta a las propuestas de tratamiento basadas en evidencias firmes, aceptadas en la mayoría de las guías de práctica clínica.

**Material y métodos.** Estudio descriptivo, retrospectivo, en el que se analizan las recomendaciones médicas y el tratamiento indicado en los informes de alta hospitalaria, de pacientes con diagnóstico principal o asociado de DM, ingresados en un Servicio de MI en el período de un año. Específicamente se valoraron los siguientes parámetros de calidad: consejos sobre dieta y continuidad; consejo mínimo antitabaco en casos de tabaquismo, prescripción de metformina en DM tipo 2 y obesidad; prescripción de AAS en enfermedad cardiovascular (ECV) conocida o si un factor de riesgo cardiovascular asociado; prescripción de estatinas si LDL-colesterol > 100; prescripción de un IECA o un ARA-2 si hipertensión arterial, insuficiencia cardíaca o microalbuminuria. El análisis estadístico se realizó con el programa SSPS 11.5 para Windows.

**Resultados.** Un total de 513 informes de alta de MI (30%) tenía como diagnóstico principal o asociado la DM. La edad media de los pacientes fue 73 ± 12.2 años. La mayoría de los pacientes eran diabéticos tipo 2 (87%). Se indicó consejo dietético en 343 pacientes (67%) y consejo de continuidad en 429 (84%). Se recomendó evitar/abandonar el hábito tabáquico al 25% de los fumadores, aunque este hábito quedaba reflejado únicamente en el 16% de los informes de alta hospitalaria. En caso de obesidad se prescribió metformina en el 76% de los casos. Se prescribió antiagregación en 101 de 270 pacientes (37,4%) con al menos un factor de riesgo cardiovascular asociado y en 157 de 237 pacientes (66,2%) con ECV establecida. Se recomendó una estatina en 131 de 198 pacientes con hiperlipidemia (66,2%). Se prescribió tratamiento con un IECA/ARAI en 241 de 364 (66,2%) de los pacientes con criterios para su prescripción.

**Conclusiones.** Existe un importante margen de mejora en el tratamiento prescrito para la DM en los informes de alta de Medicina Interna. La prescripción de metformina, antiagregación en ECV, estatinas e IECA/ARA sigue a las recomendaciones basadas en las guías

en al menos dos de cada tres pacientes. El consejo antitabaco y la antiagregación con AAS como profilaxis primaria son las recomendaciones que se cumplen con menor frecuencia.

#### RV-65

##### ENFERMEDAD CEREBROVASCULAR EN UN SERVICIO DE MEDICINA-RETROSPECTIVA DE 2 AÑO

**S. Lourenço, J. Figueira Coelho, C. Loureiro, P. Mendonça y A. Murinello**

Serv. Medicina Interna 1. Hospital de Curry Cabral. Lisboa, Portugal.

**Objetivos.** La enfermedad cerebrovascular aguda es una enfermedad grave que supone una importante causa de mortalidad y morbilidad en los países desarrollados. Además de los factores de riesgo clásicos se han descrito, en los últimos años, tal como en la enfermedad coronaria, una asociación con niveles bajos de ácido fólico. El presente trabajo se realizó con el objetivo de estudiar el impacto de la enfermedad cerebrovascular en nuestro servicio de Medicina Interna durante los años de 2004 y 2005 y analizar los principales factores de riesgo para la misma.

**Material y métodos.** Estudio retrospectivo de los procesos de los pacientes ingresados durante los años de 2004 y 2005 en los que el accidente vascular cerebral hemorrágico (AVCH), isquémico (AVCI) o accidente isquémico transitório (AIT) fue uno de los diagnósticos. En cada proceso se analizaron sexo, edad, duración del ingreso, situación neurológica en el momento del alta, mortalidad, prevalencia de hipertensión arterial (HTA), dislipidemia, diabetes mellitus (DM), enfermedad coronaria, fibrilación auricular (FA), historia previa de AVC/AIT y niveles plasmáticos de ácido fólico.

**Resultados.** De un total de 960 ingresos ocurridos durante este período 179 (18,6%) correspondieron a pacientes con enfermedad cerebrovascular aguda, 81,5% (147) a AVCI, 8,4% (15) a AVCH y 9,5% (17) fueron AIT. La edad media de los pacientes fue de 74,1 años, la duración media del ingreso de 8,9 días y la mortalidad de 32,9%, lo que fue superior a la media de nuestro servicio para el mismo período. De los 153 pacientes que obtuvieron el alta 32 (20,9%) presentaban secuelas mayores (definidas como déficit impeditivo de vida independiente). En la comparación entre los dos sexos se verificó que las mujeres han tenido una mayor mortalidad (18,7%) y que el porcentaje de secuelas mayores fue discretamente superior en el sexo masculino (21,5%). En el análisis de los factores de riesgo se demostró que el 81% de los pacientes padecía HTA, 30% dislipidemia, 29% DM, 39,6% cardiopatía isquémica y 12,8% FA. En el 32,4% se describió historia de AVC o AIT anterior. La medición del ácido fólico se realizó en 126 de los pacientes ingresados con AVCI o AIT, verificándose que el 12,7% presentaban niveles inferiores a los 3 ng/dL y que 24,6% tenían niveles inferiores a los 4 ng/dL.

**Conclusiones.** En este estudio de 2 años la enfermedad cerebrovascular fue una importante causa de mortalidad, con mayor relevancia en el sexo femenino. La mayoría de los pacientes presentaban factores de riesgo clásicos. La medición del ácido fólico mostró niveles bajos en un importante número de casos, lo que parece apoyar la idea de que este parámetro puede constituir un factor de riesgo que raras veces se considera en estos pacientes.

#### RV-66

##### FACTORES DE RIESGO CARDIOVASCULAR EN PACIENTES QUE INGRESAN POR ICTUS ATROTTROMBÓTICOS

**F. Gamir Ruiz, J. Montes Romero, G. Gómiz Rodríguez, V. Martínez Rodríguez, B. Cervantes Bonet, F. Díez García, A. Lazo Torres y M. Martínez Cortes**

Medicina Interna. Hospital de Torrecárdenas. Almería.

**Objetivos.** Describir el riesgo cardiovascular y la presencia de enfermedad vascular establecida previa, que presentan los pacientes que ingresan por un ictus atrotrombótico. Conocer si estos pacientes realizaban prevención primaria o secundaria del ictus, en función de su riesgo.

**Material y métodos.** Estudio retrospectivo, descriptivo, de los pacientes con diagnóstico al alta de ictus atrotrombótico, ingresados entre mayo de 2005 a mayo 2006 en un hospital general. Se excluyen aquellos pacientes con ictus cardioembólico o de origen no

bien determinado. Se estudiaron los factores de riesgo vascular, se calculó el riesgo mediante las tablas Regicor y Framingham de los pacientes y el estado de antiagregación previa. Se consideró alto riesgo a aquellos pacientes con un valor en Regicor igual o mayor 10% o Framingham igual o mayor a 20%.

**Resultados.** Se estudiaron 153 pacientes, 88 varones (57,5%) y 65 mujeres. La edad media fue de  $70,2 \pm 13,3$  años, siendo 68 (44%) mayores de 75 años. Habían sufrido un evento cardiovascular mayor (ECV) previo 52 (34%), de los cuales 37 (71%) era un ictus. Se pudo aplicar el cálculo del riesgo vascular en 60 (39%) pacientes, de los que 28 (47%) tenían un riesgo alto según Regicor y 36 (58%) según Framingham. Presentaban los siguientes factores de riesgo: 42 (27,5%) fumadores, 90 (59%) hipertensión arterial, 54 (35%) diabetes mellitus y 58 (40%) dislipidemia. De los 28 pacientes con riesgo alto según Regicor, 24 no estaban antiagregados previamente y en 3 se desconocía este dato. De los 36 pacientes que se clasificaban en riesgo alto para Framingham, solo 3 estaban antiagregados. De los 52 pacientes que tenían un ECV previo, 31 (60%) estaban antiagregados, 13 (25%) no y en 8 (15%) no constaba en el informe.

**Conclusiones.** Un porcentaje elevado de los pacientes que ingresan por ictus aterotrombóticos presentan alto riesgo o enfermedad vascular establecida previa. La prevención primaria o secundaria con antiagregación es ampliamente mejorable. Las tablas de Regicor y Framingham son herramientas útiles en la identificación de pacientes con alto riesgo

#### RV-67

#### RELACIÓN ENTRE EL ÍNDICE TOBILLO-BRAZO Y LA ENFERMEDAD RENAL CRÓNICA EN PACIENTES HIPERTENSOS SIN ENFERMEDAD VASCULAR CONOCIDA

J. Mostaza<sup>1</sup>, M. Jiménez Pascual<sup>2</sup>, M. Ulla Llanes<sup>3</sup>, G. Ramírez Olivenza<sup>4</sup>, J. Lapaza Andueza<sup>5</sup>, C. Dueñas Gutiérrez<sup>6</sup>, M. Zarraga Fernández<sup>7</sup> y M. Corner Giner<sup>8</sup>

<sup>1</sup>Medicina Interna. Hospital Carlos III. Madrid, <sup>2</sup>Medicina Interna. Hospital Virgen del Rosell. Murcia, <sup>3</sup>Medicina Interna. Hospital General de Lanzarote. Lanzarote, Canarias, <sup>4</sup>Medicina Interna. Hospital La Paz. Madrid, <sup>5</sup>Medicina Interna. Hospital de Donosti. Donosti, Guipúzcoa, <sup>6</sup>Medicina Interna. Hospital General Yagüe. Burgos, <sup>7</sup>Medicina Interna. Hospital San Agustín. Avilés, Asturias, <sup>8</sup>Medicina Interna. Hospital Clínico Valencia. Valencia.

**Objetivos.** Tanto la reducción del filtrado glomerular (FG) como la albuminuria se han relacionado individualmente con una elevada prevalencia de enfermedad arterial periférica (EAP). Sin embargo, el efecto combinado de ambas alteraciones no ha sido previamente evaluado.

**Material y métodos.** Fueron seleccionados 955 pacientes hipertensos y sin enfermedad vascular conocida (edad media 66 años, 56% varones) a los que se les determinó, además de sus factores de riesgo cardiovascular, la excreción urinaria de albúmina, el FG estimado y el índice tobillo-brazo (ABI).

**Resultados.** Un 62% de los participantes eran diabéticos. Un 23,8% tenía un GFR  $< 60$  ml/min/1,73 m<sup>2</sup> y un 43,8% presentaba albuminuria. La prevalencia de un ABI  $< 0,9$  fue mayor en los sujetos con un GFR  $< 60$  ml/min/1,73 m<sup>2</sup> (37,4% vs 24,3%,  $p < 0,0001$ ) y en los que presentaban albuminuria (32,2% vs 23,3%,  $p = 0,001$ ). En los sujetos con ambas alteraciones, la prevalencia de un ITB  $< 0,9$  fue del 45,7%. En el análisis multivariante los factores asociados con un ITB bajo fueron la edad (OR 1,06, 95% CI 1,03 a 1,08,  $p < 0,0001$ ), la concentración de triglicéridos (OR 1,003, IC 95% 1,001-1,005,  $p = 0,001$ ), la presencia de albuminuria (OR 1,61, IC 95% 1,18-2,20,  $p = 0,003$ ), el tabaquismo (OR 1,72, IC 95% 1,13-2,63,  $p = 0,012$ ) y la presencia de un FG  $< 60$  ml/min/1,73 m<sup>2</sup> (OR 1,47, IC 95% 1,01-2,17,  $p = 0,049$ ).

**Conclusiones.** En sujetos hipertensos sin enfermedad vascular conocida, tanto la reducción del FG como la albuminuria se asocian de forma independiente con un ITB  $< 0,9$ . Su presencia conjunta caracteriza a un subgrupo de la población con una elevada prevalencia de EAP.

#### RV-69

#### IMPACTO DEL POLIMORFISMO C677T DE LA ENZIMA METILENTETRAHIDROFOLATO REDUCTASA (MTHFR) EN LOS NIVELES DE ÁCIDO FÓLICO DURANTE LA SOBRECARGA ORAL CON METIONINA

V. Oliver Morera, M. Forner Giner, M. García Fuster, R. Oltra Jorda, J. Redón i Mas y F. Chaves

Medicina Interna. Hospital Clínico Universitario. Valencia.

**Objetivos.** La sobrecarga oral con metionina es un test introducido inicialmente para la detección de sujetos heterocigotos para el déficit de cistationina-beta sintasa, déficit enzimático responsable de la mayoría de los casos de homocistinuria clásica. Sin embargo, en la última década se ha propuesto el uso de esta prueba para la detección de hiperhomocisteinemia en sujetos con elevado riesgo cardiovascular. En el metabolismo de la metionina-homocisteína, están implicadas varias enzimas, una de las más importantes la MTHFR, que utiliza como cofactor el ácido fólico. El objetivo de este estudio, es el evaluar el impacto del polimorfismo C677T de la metilentetrahidrofolato reductasa en el comportamiento del ácido fólico tras una sobrecarga oral con metionina.

**Material y métodos.** Se estudiaron un total de 78 sujetos menores de 45 años, de los que 45 tenían antecedentes de cardiopatía isquémica. Se excluyeron aquellos sujetos que tomaran fármacos o suplementos vitamínicos capaces de modificar los niveles de ácido fólico u homocisteína. Se midieron las concentraciones de ácido fólico en sangre tras la administración de una dosis oral de 100 mg/kg de metionina. Se determinaron los genotipos para el polimorfismo C677T de la mTHFR en DNA de leucocitos de sangre periférica, utilizando técnicas de amplificación de DNA.

**Resultados.** Los niveles de ácido fólico, que eran normales en condiciones basales en todos los sujetos, disminuyeron significativamente a las 4 horas tras la administración de metionina ( $10,64 \pm 4,37$  ng/mL y  $8,87 \pm 4,26$  ng/mL respectivamente;  $p < 0,001$ ) en la población estudiada. Se determinaron los niveles basales y tras la sobrecarga en los sujetos en función del genotipo para el polimorfismo C677T de la MTHFR. Los sujetos TT tenían niveles de ácido fólico tanto en condiciones basales como tras la sobrecarga oral con metionina inferiores a los sujetos CC y CT (basal  $10,92$  ng/ml vs  $8,52$  ng/ml;  $p < 0,05$  y tras la sobrecarga  $9,69$  ng/mL vs  $6,65$  ng/mL;  $p < 0,023$  respectivamente). No se encontraron diferencias significativas en cuanto al consumo de ácido fólico en los sujetos en función del genotipo ( $1,77$  ng/mL en CC y CT vs  $1,95$  en los TT;  $p = 0,877$ ).

**Conclusiones.** Tras la sobrecarga oral con metionina, existe un consumo de ácido fólico, que se produce en la reacción de remetilación de la homocisteína. Los sujetos homocigotos para el polimorfismo C677T de la MTHFR tienen reducidos los niveles de ácido fólico en sangre, tanto en condiciones basales como tras la sobrecarga oral con metionina, y este hecho puede contribuir a una elevación en los niveles de homocisteína que se ha observado y por tanto a un aumento en el riesgo cardiovascular.

#### RV-70

#### ANTIAGREGACIÓN EN PACIENTES INGRESADOS EN UN SERVICIO DE MEDICINA INTERNA

M. Aldámiz-Echevarría Lois<sup>1</sup>, A. Pérez-Morala Díaz<sup>2</sup>, J. Hens Gutiérrez<sup>1</sup>, S. Gordo Remartínez<sup>1</sup>, J. Fraile González<sup>1</sup>, F. De la Calle Prieto<sup>1</sup>, N. Muñoz Rivas<sup>1</sup> y C. Recarte García-Andrade<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Medicina Interna, <sup>2</sup>Medicina de familia y comunitaria. HGU Gregorio Marañón. Madrid.

**Objetivos.** El estudio pretende analizar la presencia de antiagregación en todos los pacientes ingresados en un mes dado, en un servicio de medicina interna; si se trataba de antiagregación primaria o secundaria; y, en aquellos no antiagregados, si éste era debido a contraindicación o mala praxis.

**Material y métodos.** Partimos de 93 pacientes, siendo éste el número de ingresados en junio de 2006 en el servicio de medicina interna. De ellos, consideramos: 1) sexo; 2) edad; 3) estancia media; 4) AA primaria; 5) AA secundaria y 6) anticoagulación. En aquellos pacientes con antiagregación primaria, recogimos como datos a analizar: edad, y presencia de diabetes mellitus, hipertensión, arteriopa-

tía periférica y dislipemia. En aquellos con antiagregación secundaria, además de los datos anteriores, consideramos antecedentes de cardiopatía isquémica y ACV. Así mismo, tuvimos en cuenta aquellos datos que pudiesen contraindicar o hacer no indicable antiagregación, tales como: trombopenia, gastritis, hemorragia digestiva, úlcera péptica y presencia de anticoagulación.

**Resultados.** De los 93 pacientes estudiados, la edad media era de 69 años, siendo el 59% varones. La estancia media fue de 11,8 días. De ellos, estaban antiagregados primariamente 12 (13%) y secundariamente 18 (20%). 16% estaban anticoagulados. Dentro de los que presentaban antiagregación primaria, eran hipertensos 10 (83,3%), diabéticos 6 (50%), dislipémicos 4 (33,3%) y mayores de 50 años 10 (83,3%). Entre los que tenían antiagregación secundaria, 12 presentaban antecedentes de cardiopatía isquémica (66,6%), 10 habían tenido ACV (55,5%) y, entre todos ellos, 16 eran hipertensos (94%), 12 eran diabéticos (55%) y 17 mayores de 50 años (88%). Entre los factores considerados como contraindicación, destacaba la hemorragia digestiva y/o úlcera y/o gastritis (13 del total de pacientes no antiagregados) y la presencia de anticoagulación oral (11 del total).

**Discusión.** Considerando la prevalencia de hipertensión arterial (22 pacientes del total, 57%), de diabetes mellitus (22 pacientes del total, 23,6%) y dislipemia (15 pacientes del total, 16,12%), así como de otros factores de riesgo cardiovascular; creemos el porcentaje de pacientes antiagregados primariamente está muy por debajo del esperable, sobre todo si tenemos en cuenta la edad media de los pacientes ingresados. Paralelamente, si analizamos el perfil de la población con antiagregación secundaria, sus factores de riesgo cardiovascular, el tiempo de evolución de los mismos y la edad media de los pacientes, consideramos el haber empezado con antiagregación primaria habría evitado algunos de los eventos isquémicos que han obligado a la antiagregación secundaria.

**Conclusiones.** El uso primario de antiagregantes en los pacientes ingresados en medicina interna está, todavía, por debajo de lo esperable teniendo en cuenta su papel preventivo de eventos isquémicos en pacientes de moderado-alto riesgo, como son dada la prevalencia de factores de riesgo, la mayor parte de los hospitalizados.

#### RV-71 RIESGO CARDIOVASCULAR ASOCIADO A SM Y CADA UNO DE SUS COMPONENTES EN RELACIÓN CON LA EDAD EN UNA POBLACIÓN LABORAL ESPAÑOLA (GRUPO MESYAS)

**B. Ordóñez Rubio<sup>1</sup>, M. Laclaustra Gimeno<sup>1</sup>, M. León<sup>1</sup>, C. Bergua Martínez<sup>1</sup>, P. Portero Perez<sup>1</sup>, J. Casasnovas Lenguas<sup>1</sup>, A. Grima<sup>2</sup> y A. Del Río Ligorit<sup>1</sup>**

<sup>1</sup>Unidad de Investigación Cardiovascular. H. Clínico Universitario Lozano Blesa. Zaragoza, <sup>2</sup>Mutua Asepeyo. Valencia.

**Objetivos.** Valorar la prevalencia de síndrome metabólico y de diferentes factores de riesgo cardiovascular (glucemia, HTA, dislipemia, obesidad en una población laboral con y sin cardiopatía isquémica (casos y controles respectivamente. Estudiar el riesgo de padecer cardiopatía isquémica asociado a las distintas posibilidades de asociación entre los componentes de síndrome metabólico.

**Material y métodos.** Se obtuvieron cifras de distintos factores de riesgo cardiovascular de la evaluación analítica de reconocimientos médicos de empresa previa a la aparición de un evento isquémico cardiaco en los casos. Se realizó una randomización simple por estratos de edad con una ratio de 1: 10, se incluyeron una total de 208 casos y 2.080 controles, todos de ellos hombres y con edades comprendidas entre 30 y 71 años.

**Resultados.** La prevalencia de síndrome metabólico fue de 13,3% en los controles y de 38% en los casos ( $p < 0,001$ ). El riesgo asociado a la presencia de síndrome metabólico fue de OR = 4 (IC 95%: 2,94-5,44). También se valoró el riesgo de cardiopatía isquémica asociado a cada uno de sus componentes por separado: triglicéridos OR 4,13 (IC 95%: 3,09-5,53), glucemia OR 3,62 (IC 95%: 2,6-5,03), HDL OR 2,55 (IC 95%: 1,78-3,66), TA OR 1,75 (IC 95%: 1,30-2,35) e IMC OR 1,46 (IC 95%: 1,09-1,95) todos ellos con  $p < 0,005$ . Se estudió el riesgo de cardiopatía isquémica asociado a cada uno de los componentes de SM por tertiles de edad, observándose los siguientes resultados (tabla1). Podemos observar que el riesgo

asociado a la hipertensión, a la hipertrigliceridemia y a la hiperglucemia es mayor entre los individuos jóvenes (entre 30 y 47 años) para los tres factores de riesgo y entre los individuos de edad media (48-53 años) también en el caso de la hipertrigliceridemia. Siendo el riesgo asociado al HDL bajo mayor entre los pacientes de mayor edad (54-71 años).

**Conclusiones.** El riesgo asociado a la hipertrigliceridemia y a la hiperglucemia es mayor en pacientes jóvenes. El riesgo asociado a los niveles bajos de HDL es mayor entre la población de mayor edad.

Tabla 1. Riesgo de cardiopatía isquémica asociado a cada uno de los componentes de SM según tertiles de edad (OR e intervalo de confianza de la OR).

	30-47 años	48-53 años	54-71 años
EIMC	1,65 (1,03-2,65)	1,68 (0,98-2,87)	1,19 (0,71-1,98)
TA	2,31 (1,45-3,66)	2,02 (1,13-3,59)	1,2 (0,70-2,07)
TG	4,68 (2,93-7,47)	5,64 (3,21-9,91)	2,72 (1,6-4,55)
HDL	2,77 (1,58-4,83)	1,39 (0,61-3,20)	3,31 (1,82-6,02)
Glucemia	4,26 (2,62-6,91)	2,57 (1,48-4,44)	2,94 (1,75-4,93)

#### RV-73 ¿POR QUÉ HAY DISCREPANCIAS ENTRE SCORE Y FRAMINGHAM?

**J. Cuende Melero<sup>1</sup>, A. Acebal Botín<sup>2</sup>, A. Durántez Nevares<sup>3</sup>, A. Sánchez Bosch<sup>3</sup>, Á. Báscones Cobb<sup>3</sup>, E. Useros Fernández<sup>3</sup>, M. Panedas Gómez<sup>3</sup> y M. Corral Moro<sup>3</sup>**

<sup>1</sup>Medicina Interna. Complejo Hospitalario de Palencia. Palencia

<sup>2</sup>Nefrología. Hospital Universitario Río Hortega. Valladolid,

<sup>3</sup>Atención Primaria. Palencia.

**Objetivos.** Es conocido que la predicción del riesgo coronario y/o cardiovascular difiere según el modelo seleccionado. Analizar las diferencias entre los modelos predictivos de riesgo del proyecto SCORE y del estudio Framingham.

**Material y métodos.** Se ha comparado el diseño del estudio de Framingham y del proyecto SCORE para ver sus diferencias. Se ha valorado el tipo de diseño y las variables analizadas. Se ha comprobado el modelo matemático subyacente en ambos estudios. Se han comparado los pesos que cada variable tiene en los modelos matemáticos.

**Resultados.** Diferentes diseños: Framingham es un estudio longitudinal poblacional. SCORE es la agrupación de 15 estudios de diferentes diseños. Las variables incluidas en Framingham son: sexo, edad, colesterol total y HDL, TAS y TAD, diabetes y tabaquismo. En el SCORE no se incluyen HDL, TAD ni diabetes. Rangos de las variables: la diferencia más notable está en la edad, 35-74 años en Framingham y 40-65 años en SCORE. En cuanto al modelo estadístico hay múltiples diferencias. Diferente variable dependiente: Framingham calcula el riesgo coronario fatal y no fatal y el SCORE calcula el riesgo fatal cardiovascular global. Distintos modelos matemáticos: Framingham utiliza un modelo de riesgos proporcionales de Cox y SCORE utiliza el modelo de Weibull. La tercera diferencia consiste en que las variables colesterol total y HDL y TA se han categorizado en variables ordinales en Framingham, por lo que la estimación del riesgo es discontinua. Framingham sólo calcula el componente del riesgo coronario mientras que SCORE calcula el riesgo con dos componentes: el coronario y el no coronario. En Framingham fumar equivale a incrementar el colesterol total 80 mg/dl, la TAS 30 mmHg o la edad en 10,8 años en los hombres y 5,5 años a los 50 años en las mujeres. En SCORE, fumar equivale en términos de riesgo coronario a aumentar 114,4 mg/dl el colesterol total, 39,4 mmHg de TAS o la edad en los hombres (entre los 50 y 60 años) entre 7,5 y 9,6 años y en las mujeres (entre los 50 y los 60 años) entre 5,1 y 6,5 años; respecto al riesgo no coronario, el fumar equivale a un incremento de TAS de 28,6 mmHg, del colesterol de 1.218 mg/dl o la edad en varones (entre 50 y 60 años) de 5,2 a 6,6 años y en mujeres (de 50 a 60 años) de 4,3 a 5,5 años.

**Discusión.** Aunque hay múltiples estudios que comparan las diferencias en la valoración del riesgo cardiovascular en determinados grupos de población mediante las ecuaciones del SCORE y de Framingham (en sus múltiples versiones) no existen análisis que determinen las causas de esas diferencias en la valoración. Este estudio aporta un análisis comparativo del diseño de las ecuaciones del SCORE para países de bajo riesgo y las ecuaciones derivadas de Framingham calibradas a España (DORICA y REGICOR al igual que la original de Wilson tienen los mismos coeficientes en los modelos de Cox, pero difieren en los datos poblacionales de prevalencias e incidencias). Una metodología diferente, unas variables diferentes, unos modelos matemáticos diferentes y un riesgo predicho diferente justifican las importantes diferencias entre unas ecuaciones y otras. Hay que resaltar que las diferencias menores se han encontrado en las equivalencias de riesgo coronario.

**Conclusiones.** Las diferencias entre Framingham y SCORE se deben a: 1) Diseños de los estudios diferentes. 2) Variables incluidas en los modelos diferentes. 3) Modelos estadísticos diferentes. 4) Riesgo predicho diferente. 5) Coeficientes de cada variable común diferentes (distintos equivalentes de riesgo). Por lo tanto, es imprescindible un estudio prospectivo nacional que determine qué ecuación se ajusta más a la realidad española.

#### RV-74

#### SÍNDROME METABÓLICO EN LOS SERVICIOS DE MEDICINA INTERNA. VALOR DEL ÍNDICE TOBILLO BRAZO Y LA RELACIÓN MOLAR HDL/TG EN LA REESTRATIFICACIÓN DEL RIESGO CORONARIO

F. del valle<sup>1</sup>, L. Manzano<sup>2</sup>, J. Medina<sup>3</sup>, J. Gómez-Cerezo<sup>4</sup>, J. García-Díaz<sup>5</sup>, J. Mateos<sup>6</sup>, L. Viejo<sup>7</sup> y E. Ferreira<sup>8</sup>

<sup>1</sup>Medicina Interna. Hospital 12 de octubre. Madrid, <sup>2</sup>Medicina Interna. Hospital Ramón y Cajal. Madrid, <sup>3</sup>Medicina Interna. Hospital 12 de Octubre. Madrid, <sup>4</sup>Medicina Interna. Hospital La Paz. Madrid, <sup>5</sup>Medicina Interna. Hospital Príncipe de Asturias. Alcalá de Henares, Madrid, <sup>6</sup>Medicina Interna. Hospital U. de Guadalajara. Guadalajara, <sup>7</sup>Medicina Interna. Hospital Virgen de la Salud. Toledo, <sup>8</sup>Medicina Interna. Hospital de Segovia. Segovia.

**Objetivos.** Definir el Síndrome Metabólico (SM) en pacientes que acuden a varios Servicios de Medicina Interna (SMI) así como el RCVG que asocian. Determinar la utilidad de ITB alterado y la relación molar HDL/TG en la reestratificación de su riesgo.

**Material y métodos.** En todos los pacientes realizamos historia, exploración y pruebas complementarias necesarias para diagnosticar SM según las recomendaciones del ATP-III y conocer el RCV que asocian, según las tablas establecidas. En todos los pacientes realizamos índice tobillo-brazo y consideramos anormales los valores < de 0,90 y determinamos el cociente molar HDL/TG. Relacionamos todas las variables. Para los cálculos estadísticos utilizamos el paquete informático SPSS.

**Resultados.** 441 pacientes tenían datos suficientes para realizar el diagnóstico de SM y fueron incluidos en el análisis. 186 (42,17%) tenían SM. La frecuencia de dicho síndrome fue mayor en mujeres ( $p = 0,001$ ) y pacientes con antecedentes de HTA ( $p < 0,001$ ) Diabetes ( $p < 0,001$ ) y toma previa de AINES ( $p = 0,002$ ) Además, los sujetos con SM tienen menor talla (0,004) y menores niveles medios de HDL ( $p < 0,0001$ ) así como mayor peso, cintura abdominal, TAS, Glucemia, triglicéridos ( $p < 0,0001$  para todas) TAD ( $p = 0,001$ ) y HbA<sub>1c</sub> ( $p = 0,008$ ). Por el contrario, el colesterol total y el LDL colesterol fueron similares en ambos grupos. El riesgo coronario global medio de los pacientes con SM (17,24%) fue mayor ( $p < 0,0001$ ) que el de los pacientes sin dicho síndrome (13,03%) pero no alcanzo el nivel de riesgo alto. En los pacientes con SM, el porcentaje de pacientes con riesgo bajo (18,47%) y alto (31%) fue menor ( $p = 0,01$ ) y mayor ( $p = 0,01$ ) respectivamente que el encontrado en los pacientes sin SM. Sin embargo, el porcentaje de riesgo moderado fue similar en ambos grupos (50,54% y 59,9% respectivamente). El ITB patológico fue más frecuente ( $p = 0,047$ ) en los sujetos con SM (33,3%) que en los pacientes sin dicho síndrome (24,7%) y la relación molar media de HDL/TG fue menor en los pacientes con SM ( $p < 0,0001$ ) Además, Para cualquier punto de corte en dicha relación, el grupo formado por los pacientes con cociente menor (> concentración de LDL.pd) tiene un riesgo vascular

medio más elevado y la diferencia de riesgo entre grupos fue significativa entre los puntos de corte de 0,13 a 0,64. Finalmente, en los pacientes con SM, el punto de corte de 0,16 en la relación HDL/TG separa un subgrupo de 36 pacientes con cociente inferior que tienen un riesgo medio mayor del 20%.

**Conclusiones.** El síndrome metabólico es frecuente en los SMI, sobretudoo en mujeres, edad avanzada, hábito pícnico, presencia de criterios definitorios del síndrome y toma previa de AINES; siempre investigaremos su presencia. 50% de los pacientes tiene riesgo moderado. El ITB reestratifica 33,3% a riesgo alto y la relación HDL/TG < 0,16 el 20%. Además, las relaciones menores de 0,60 separan los pacientes a los que debemos dirigir los esfuerzos de estratificación.

#### RV-75

#### LA INGESTA DE UNA DIETA MEDITERRANEA Y UNA DIETA RICA EN N-3 PREVIENE DE LA INFLAMACIÓN EN CÉLULAS MONONUCLEARES DE PERSONAS SANAS

A. García-Ríos, Y. Jiménez, J. García, M. Gómez, C. Marín, R. Fernández de la Puebla, J. López-Miranda y F. Pérez-Jiménez

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

**Objetivos.** Determinar la influencia de tres dietas con diferente composición grasa sobre la respuesta del TNF-alfa, IL-6 y MCP-1 en células mononucleares y en plasma.

**Material y métodos.** Veinte hombres sanos recibieron tres dietas con diferente composición grasa durante 4 semanas, en un diseño randomizado y cruzado. La composición de las mismas fue: rica en saturados (SAFA) (15% proteína, 47% hidratos de carbono (HC), 38% grasa (22% SAFA, 4% ácidos grasos poliinsaturados (PUFA), 12% ácidos grasos monoinsaturados (MUFA)); rica en MUFA (15% proteína, 47% HC, 38% grasa (< 10% SAFA, 4% PUFA, 24% MUFA)); rica en HC y PUFA n-3 (15% proteína, 55% HC, < 30% grasa (< 10% SAFA, 8% PUFA, 12% MUFA)). Después de 12 horas de ayunas se les determinó el nivel de ARN mensajero (ARNm) para el TNF-alfa, IL-6 y MCP-1 en células mononucleares, así como sus concentraciones en plasma.

**Resultados.** La dieta SAFA indujo unos mayores niveles de ARNm para el TNF-alfa que la MUFA. Al analizar la expresión del ARNm para la MCP-1 en ayunas observamos un incremento tras el consumo de una dieta SAFA comparado con la dieta HC y PUFA n-3

**Discusión.** Estos datos sugieren que la ingesta de una dieta SAFA produce una mayor respuesta inflamatoria en células mononucleares que la ingesta de las dietas ricas en aceite de oliva virgen y en hidratos de carbono y PUFA n-3 de origen vegetal. Al analizar el ARNm para MCP-1 no encontramos diferencias significativas entre la dieta MUFA y SAFA, lo que sugiere que con la dieta rica en aceite de oliva no hay un descenso en el reclutamiento de los leucocitos dentro de la capa subendotelial.

**Conclusiones.** El consumo crónico de una dieta Mediterránea y una dieta rica en n-3, disminuye los niveles de TNF-alfa y MCP-1 comparado con la ingesta de una dieta rica en grasa saturada.

#### RV-77

#### INTERACCIÓN ENTRE LA INGESTA AGUDA DE GRASA Y LA PRESENCIA DEL POLIMORFISMO S19W (56C > G) EN EL GEN DE LA APO A5

A. García-Ríos, R. Moreno, N. Delgado, P. Pérez-Martínez, F. Fuentes, J. Delgado-Lista, F. Pérez-Jiménez y J. López-Miranda

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

**Objetivos.** Evaluar si el polimorfismo (56C > G) en el gen de la APO A5 podría influir sobre la respuesta postprandial en personas sanas. **Material y métodos.** Cien voluntarios sanos Apo E3E3, (89 con el genotipo 56CC y 11 con el genotipo 56CG y 56GG). 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 x m<sup>2</sup> de superficie corporal. La sangre fue obtenida en el tiempo 0 y cada hora hasta la hora sexta y a partir de aquí cada dos

horas y media hasta las once horas. Se determinó los niveles de colesterol (C), ApoB y los triglicéridos (TG) plasmáticos, así como el de C, TG, apo B100, apo B48 y retinil palmitato (RP) de las fracciones lipoproteicas.

**Resultados.** Los datos de la lipemia postprandial revelan que los sujetos con el genotipo 56GC y GG tienen una mayor respuesta postprandial en los niveles plasmáticos de TG ( $p = 0,025$ ), TG vehiculizados en las lipoproteínas ricas en triglicéridos (TRL) grandes ( $p = 0,026$ ) y TG-TRL pequeñas ( $p = 0,049$ ), en comparación con los portadores del genotipo 56CC.

**Discusión.** Estos datos sugieren que el polimorfismo 56CG situado en el exón tercero del gen de la APO A5 podrían influir sobre la diferente respuesta postprandial en personas sanas y explicar al menos en parte el aumento en los niveles de TG plasmáticos previamente descritos en los portadores del alelo G.

**Conclusiones.** Nuestros resultados demuestran que los portadores del genotipo 56 CG y GG en el gen de la apo A5 se asocia con una mayor respuesta postprandial tras una ingesta aguda de grasa en voluntarios sanos.

#### RV-78

##### MORTALIDAD ELEVADA POR IAM EN MUJERES NO

##### ANCIANAS: UN SUBGRUPO DE ALTO RIESGO

**J. Palomares Rodríguez<sup>1</sup>, J. Machado Casas<sup>2</sup>, G. Alonso**

**García<sup>3</sup>, A. Díaz Chamorro<sup>1</sup>, P. Castillo Higuera<sup>1</sup>,**

**R. Rivera Fernández<sup>2</sup>, J. Mercado Martínez<sup>2</sup>**

**y GRUPO ARIAM<sup>4</sup>**

<sup>1</sup>Medicina Interna, <sup>2</sup>UCI. Hospital de Motril. Motril, Granada,

<sup>3</sup>Medicina Interna. Hospital de Lorca. Lorca, Murcia, <sup>4</sup>UCI.

Multicéntrico.

**Objetivos.** Analizar en los pacientes críticos del registro ARIAM (estudio multicéntrico español que estudia a los pacientes con IAM) la relación del sexo con la mortalidad, que en estudios previos se había apreciado.

**Material y métodos.** Se realizó un estudio de cohortes con los datos del estudio multicéntrico ARIAM, incluyendo sólo pacientes provenientes de unidades que habían recogido durante un año un porcentaje de índice APACHE superior al 90% de los pacientes (con el fin de evitar el sesgo de selección). Se incluyeron 24383 pacientes con el diagnóstico de Infarto Agudo de Miocardio (IAM) de los cuales sólo se seleccionaron 6458 pacientes. Se analizó la relación con la mortalidad en UCI de los posibles factores de riesgo de fallecimiento de los pacientes, como edad, localización del IAM, tratamiento recibido, sexo, etc. Los datos se expresan como media + desviación standard en las variables continuas y como porcentajes en los cualitativos. Se utilizó la *t* de Student para comparación de medias y  $\chi^2$  para comparación de proporciones, la regresión logística para análisis multivariantes.

**Resultados.** El 76,8% de los 6458 pacientes eran varones, su edad fue de 64,97+12,56 años, la gravedad medida con el APACHE II fue de 9,49+7,031 puntos, y la mortalidad en UCI fue de 8,9%. La mortalidad fue mayor en las 1497 mujeres (16,2%) que en los varones (6,7%) ( $p < 0,001$ ). También existió relación con la edad, siendo la de los fallecidos de 73,39 + 10,01 años y la de los supervivientes 64,15 + 12,49 años ( $p < 0,001$ ). El APACHE II de los fallecidos fue 20,04 + 10,75 puntos y la de los supervivientes 8,49 + 5,62 puntos ( $p < 0,001$ ). La mortalidad se apreció superior en los pacientes con IAM anterior, que desarrollaron onda Q y que habían presentado infarto previo (diferencia estadísticamente significativa en todos los casos). Cuando se estudio conjuntamente con Regresión logística el sexo junto a los otros factores de riesgo, entraron a formar parte del modelo las siguientes variables, Sexo (OR para sexo femenino: 1,695, IC: 1,357-2,117), APACHE II (OR: 1,166, IC: 1,1151-1,181), Edad (OR: 1,052, IC: 1,041-1,064), IAM previo (OR: 1,53, IC: 1,194-1,961) y IAM anterior (OR: 1,937, IC: 1,569-2,391). Además del modelo previo también se estudio con Regresión logística la interacción entre el sexo y el resto de las variables, y se encontró la existencia de interacción con la edad, así en los pacientes menores de 65 años la OR fue de 3,85 (IC: 1,97-7,51) y en los mayores de 65 años fue de 1,53 (IC: 1,13-2,07).

**Conclusiones.** En los pacientes ingresados con Infarto Agudo de Miocardio se observa una mayor mortalidad en las mujeres, a igual-

dad de localización, edad, gravedad a su ingreso en UCI medida con el APACHE II y presencia de infarto previo, demostrándose además un diferente comportamiento según la edad con una mayor mortalidad respecto a los varones en las mujeres más jóvenes que en las mujeres ancianas, aunque estas también presentan una mayor mortalidad que los pacientes varones con similares características. La detección de este subgrupo de pacientes con elevada mortalidad constituido por las mujeres jóvenes con IAM aconsejan un especial interés en el estudio, diagnóstico y tratamiento de este subgrupo para mejorar su pronóstico.

#### RV-79

##### PERFIL DE LOS FACTORES DE RIESGO CARDIOVASCULAR EN PACIENTES CON ICTUS INGRESADOS EN MEDICINA INTERNA

**I. Escot Cabeza<sup>1</sup>, S. Domingo Gonzalez<sup>1</sup>, J. Aguilar**

**García<sup>1</sup>, M. Martín Escalante<sup>1</sup>, R. Quiros López<sup>1</sup>, F. Moreno**

**Martínez<sup>1</sup>, A. Jiménez Puente<sup>2</sup> y J. García Alegría<sup>1</sup>**

<sup>1</sup>Medicina Interna, <sup>2</sup>Evaluación Clínica. Hospital Costa del Sol.

Marbella, Málaga.

**Objetivos.** Describir los factores de riesgo cardiovascular presentes en los pacientes ingresados en el servicio de Medicina Interna con diagnóstico de ictus.

**Material y métodos.** Se realizó un estudio observacional retrospectivo mediante la revisión de historias clínicas de los pacientes dados de alta diagnóstico con ACV en el Hospital Costa del Sol de Marbella (Málaga) desde el 1 de julio hasta el 31 de diciembre de 2003, excluyendo a los pacientes fallecidos durante el ingreso hospitalario. Las variables analizadas fueron: la edad, el sexo, la estancia media, hábitos tóxicos, la comorbilidad asociada expresada como porcentaje de pacientes con hipertensión (HTA), diabetes mellitus (DM), dislipemia, ictus previo (AVC), fibrilación auricular (FA), insuficiencia cardíaca (ICC), enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC), hepatopatía crónica y cáncer. También se recogió el porcentaje de pacientes con ictus isquémico y hemorrágico. Además se realizó un análisis independiente en los pacientes menores de 45 años con ACV, donde se evaluó la realización de estudios adicionales (estudio de hipercoagulabilidad y arteriografía cerebral). Se utilizó el programa SPSS versión 12 para todos los análisis.

**Resultados.** Durante el período de estudio se incluyeron 132 pacientes con ictus, se excluyeron 26 (6%) por fallecimiento durante el ingreso. El 61,4% de los pacientes eran varones y el 38,6% mujeres. La edad media fue de 69,6 años. La estancia media fue de 8,8 días. Eran fumadores 32 (24,2%) y consumidores de alcohol moderados-severo (> 30 g/día de alcohol) 23 (2,3%); Las comorbilidades registradas fueron: 80 pacientes HTA (60,6%), 47 (35,6%) DM, 30 (22,7%) dislipémicos y 25 (19%) tenían antecedentes de eventos vasculares cerebrales. 20 (15,2%) presentaban FA persistente, 10 (7,6%) FA paroxística, 29 (22%) hipertrofia ventricular izquierda y 4 (3%) eran hepatopatas. Padeían cáncer 8 (6%), insuficiencia cardíaca 18 (13,6%) y 15 (11,4%) EPOC. Únicamente 10 (7,4%) pacientes con ictus presentan una edad menor a 45 años, la edad media era de 34,8 años, el 8 (80%) eran varones y 2 (20%) eran mujeres con una estancia media de 7,8 días. Fumadores 8 (80%); 1 (10%) consumidor habitual de cocaína, 3 (30%) consumidores de alcohol moderados-severo (> 30 g/día de alcohol); 1 (10%) era diabético, 3 (30%) hipertensos, y ninguno era dislipémico. Un paciente (10%) presentaba niveles altos de homocisteína, otro una cirrosis avanzada y otro una insuficiencia renal crónica. Ninguno presentaban FA permanente, FA paroxística, foramen oval permeable, EPOC, cáncer ni datos de insuficiencia cardíaca. La mayoría presentaron ACVA isquémico 8 (80%), en menor proporción ACVA hemorrágico 2 (20%). Dos pacientes no presentaban ningún factor de riesgo cardiovascular. El estudio de hipercoagulabilidad se realizó a 7 pacientes, siendo negativo en todos ellos y arteriografía en dos de ellos.

**Conclusiones.** El factor de riesgo cardiovascular más frecuente en nuestro grupo de estudio es la HTA seguida de la DM y el hábito tabáquico. Los pacientes jóvenes con ictus representan un pequeño porcentaje, tienen menos factores de riesgo cardiovascular y más hábitos tóxicos como el tabaco y el consumo de cocaína.

**RV-80**

**¿ES EN REALIDAD UNA EPIDEMIA EL SÍNDROME METABÓLICO DEL SIGLO XXI QUE NOS PREDISPONE AL CÁNCER?**

**E. Puerto Pérez, N. Cubino Boveda, J. Martín Oterino, M. Sánchez Ledesma, A. Antolí Royo, P. Miramontes González, J. Aláez Cruz y J. Hernández Criado**

Medicina Interna. Hospital Universitario de Salamanca. Salamanca

**Objetivos.** Valoramos si existe realmente una asociación entre el SM y el cáncer, y la influencia de esta patología sobre la evolución del tumor. Si este síndrome se relaciona con un pronóstico peor, falleciendo antes los pacientes que lo padecen. Hemos analizado cuales son las criterios que más predominan en el diagnóstico de síndrome metabólico en este tipo de enfermos.

**Material y métodos.** Hemos realizado un estudio transversal y descriptivo, en el que se han incluido a 101 pacientes, con edades entre 35-80 años diagnosticados de cáncer de mama, próstata, ovario y colon, revisados en la consulta de Oncología del Hospital Clínico Universitario de Salamanca, en un período de tiempo de 5 años. Realizamos una clasificación entre aquellos que presentan criterios de Síndrome Metabólico según la ATP III (cintura  $\geq 102$  cm en varones y  $\geq 88$  cm en mujeres; TG  $\geq 150$  mg/dl ; C-HDL  $< 40$  mg/dl en varones y  $< 50$  mg/dl en mujeres; TA  $\geq 130/85$  mmHg; Glucosa  $> 110$  mg/dl) y los que no cumplen dichos criterios. En la evolución valoramos si presentan o no metástasis en los dos años siguientes al diagnóstico; denominando buena evolución si no las tienen o presenta menos de 5 ganglios afectados y mala si tienen alguna metástasis a distancia.

**Resultados.** De todos la pacientes analizados hemos obtenido los siguientes resultados: la prevalencia de SM es en cáncer de mama 47,9%; colon 59,25%; próstata 78,59%; ovario 54,5% Evolución desfavorable con metástasis a distancia en cáncer de mama SM 25%, NSM 16,6%; próstata SM 42,2%, no SM 14,28%; colon SM 72%, no SM 20%; ovario SM 54,5%, no SM 36,3%. Exitus en cáncer de mama: SM 31,25%, no SM 29,16%; colon: SM 40,74%, no SM 18,51%; ovario: SM 54,54%, no SM 10,18%; próstata: SM 50%, no SM 35,71%. Criterios diagnósticos de síndrome metabólico: TG ( $\geq 150$ ); 37,25%, HDL ( $< 40$  en varones y  $< 50$  mujeres) 68,62%, Glucemias  $> 110$ mg/dl 76,47%, TA  $\geq 140/90$  mmHg 58,82%, cintura (varones  $\geq 102$  y mujeres  $\geq 88$ ) 60,78%.

**Discusión.** Los pacientes presentan claramente una tendencia a padecer SM, por lo que si parece existir una relación entre dicho síndrome y estos tipos de tumores. Observamos que los enfermos con SM tienen una peor respuesta al tratamiento, lo que conlleva una nefasta evolución del tumor presentando la mayoría de ellos metástasis a distancia en los dos primeros años tras el diagnóstico del tumor. Objetivamos un incremento en el número de éxitos de estos pacientes con una supervivencia menor frente a aquellos sin síndrome metabólico que presenta el mismo tipo de tumor. Los componentes que predominan en el diagnóstico del SM son: Glucemia  $> 110$ , Cintura  $> 102$  en hombres y  $> 88$  en mujeres, y c-HDL  $< 40$  en hombres y  $< 50$  en mujeres

**Conclusiones.** La presencia de la insulinoresistencia como causa fundamental del SM tiene relación directa con la estimulación hormonal y con el consiguiente desarrollo de tumores hormonodependientes. La importancia de abordar el SM con una terapia multidisciplinaria, que incluya ejercicio físico, dieta equilibrada, pérdida de peso, y el control de todos los componentes del síndrome metabólico, podría ser vital para disminuir la insulinoresistencia y prevenir así la aparición de cáncer y otras enfermedades cardiovasculares. Es un reto educar a los pacientes sobre la magnitud del problema que supone padecer SM ya que implica un cambio de mentalidad y de hábitos para el enfermo para el que se requiere una gran fuerza de voluntad.

**RV-81**

**EL COMPORTAMIENTO DE DIPPER Y NON-DIPPER DE LA HIPERTENSIÓN ARTERIAL REFRACTARIA NO CONDICIONA LA RESPUESTA A ESPIRONOLACTONA**

**N. Ortega López<sup>1</sup>, J. Vidal Bugallo<sup>1</sup>, J. Montoya Martínez<sup>1</sup>, F. Soria Arcos<sup>2</sup>, M. Villegas García<sup>1</sup>, J. Garre Cánovas<sup>3</sup>, G. Ortega González<sup>1</sup> y J. González Comeche<sup>3</sup>**

<sup>1</sup>Medicina interna, <sup>2</sup>Cardiología. Hospital Virgen de la Arrixaca. Murcia, <sup>3</sup>Medicina Interna. Fundación para la Investigación en Medicina Interna de la R. Murcia.

**Objetivos.** Valorar si el carácter *Dipper* o *non-Dipper* puede condicionar diferente tasa de respuesta de la hipertensión refractaria (HTr) al tratamiento con espirolactona.

**Material y métodos.** Cohorte de 90 enfermos con hipertensión esencial refractaria, seleccionados para tratamiento con espirolactona. En 51 de ellos se realizó monitorización ambulatoria de presión arterial (MAPA) durante 24 horas. Se define como *Dipper* un descenso mayor o igual al 10% de la presión arterial media nocturna respecto a la diurna. HT refractaria definida como falta de control con al menos tres fármacos, indicados de acuerdo a las guías clínicas establecidas. Control tensional definido como inferior a 140/90. Se suspendieron inhibidores de enzima de conversión y antagonistas de receptor de angiotensina, se substituyó si no estaba incluido, el diurético previo por furosemida, y se inició tratamiento con 100 mg/día de espirolactona. Se determinaron niveles de potasio, creatinina y tensión arterial, previos, a los 15 días y al mes del cambio de tratamiento.

**Resultados.** Se exponen en tabla 1. En los 51 enfermos se registró comportamiento *Dipper* en 24 (47,05%) y *no Dipper* en 27 (52,94%). De todos ellos controlaron su HT 37 (Tasa de respuesta global: 72,55%) tras el tratamiento con espirolactona. Se logró control de HT en 17 de los 24 *Dipper* (Tasa de respuesta *Dipper*: 70,83%) y 20 de los 27 *no Dipper* (Tasa de respuesta *no Dipper*: 74,07%). Estas diferencias no fueron significativas con *Odds ratio* de 0,85 e intervalos de confianza al 95% de 0,24 a 2,9 para proporción de control de HTr en *Dipper* respecto a *non Dipper*.

**Discusión.** La elevada tasa de respuesta de la HT refractaria al tratamiento antialdosterónico, sugiere la existencia de hiperaldosteronismo no controlado por el tratamiento previo, con escape al bloqueo del sistema renina angiotensina- aldosterona con inhibidores del enzima de conversión de angiotensina (IECA) o antagonistas del receptor de angiotensina (ARA2). La posibilidad de control con antialdosterónicos no se ve influenciada por el carácter *Dipper* o *no Dipper* de la HT previo al tratamiento.

**Conclusiones.** Tanto los enfermos con registro *Dipper* como *no Dipper* presentaron una elevada tasa de control de cifras tensionales con el tratamiento. El comportamiento *Dipper* de la HT refractaria no influye en la respuesta observada al tratamiento con espirolactona.

Tabla 1. Control de HTr.

	N (%)	Control (%)
HTr totales	51 (100)	37 (72,55)
HTr <i>Dipper</i>	24 (47,05)	17 (70,83)
HTr <i>no Dipper</i>	27 (52,94)	20 (74,07)

**RV-82**

**CONSULTA DE RIESGO CARDIOVASCULAR**

**A. Epalza Bueno<sup>1</sup>, A. Ugarte Núñez<sup>1</sup>, J. Erdozain Castiella<sup>1</sup>, I. Villar<sup>1</sup>, S. Eguiluz Castañón<sup>1</sup>, O. Avila<sup>1</sup>, A. Sebastián Leza<sup>1</sup> y C. Aguirre Errasti<sup>1</sup>**

<sup>1</sup>Servicio de Medicina Interna. Hospital de Cruces. Baracaldo, Bizkaia, <sup>2</sup>UPV/EHU. Hospital de Cruces. Leioa, Bizkaia.

**Objetivos.** Recientemente se ha creado una consulta específica de Riesgo Vascular en el Servicio de Medicina Interna del Hospital de Cruces. En este estudio queremos analizar los factores de riesgo y cumplimiento de objetivos terapéuticos en la primera visita.

**Material y métodos.** A partir de los 30 primeros pacientes de la cohorte de la consulta de Riesgo Vascular se ha realizado un estudio de corte transversal mediante la recogida protocolizada en la primera visita de los siguientes factores de riesgo causales, condicionales y predisponentes: edad, antecedentes familiares, tabaquismo, obesidad, ejercicio físico, hipertensión arterial, dislipemias, diabetes mellitus y presencia de lesión de órgano Hemos utilizado la definición de HTA de la Sociedad Europea de Cardiología. Se ha definido obesidad central como un perímetro abdominal mayor de 102 en el hom-

bre y 88 en la mujer. En cuanto al tabaquismo y el ejercicio físico se han valorado como sí/no en el momento de la 1ª consulta. La hipercolesterolemia se ha considerado como mayor de 240 mg/dl de colesterol total o LDL mayor de 160 mg/dl. Los antecedentes familiares son positivos en caso de enfermedad cardiovascular en menores de 55 en varones y de 65 en mujeres. La definición de Diabetes Mellitus empleada es la establecida por la ADA. Los criterios de antiagregación utilizados se han extraído de las guías clínicas sobre prevención primaria del U.S. *Preventive Task Force*. Finalmente, para la estratificación del riesgo se ha utilizado la tabla de la Sociedad Europea de HTA.

**Resultados.** La muestra se compone de 15 hombres y 15 mujeres, con una mediana de edad de 67 años (rango 32-84). Factores predisponentes: 29 (95%) eran obesos y 27 (90%) sedentarios. Antecedentes familiares se encontraban en el 23%. 29 (97%) eran hipertensos [4 (13%) Hipertensión sistólica aislada, 6 (23%) HTA ligera, 2 (6%) moderada y 1 (3%) grave, siendo los 16 (55%) restante normotensos gracias al tratamiento], la hipercolesterolemia estaba presente en 15 (50%) y de estos sólo 9 (60%) recibía tratamiento; el tabaquismo activo en 15 (50%) y 15 (50%) eran diabéticos. Sólo 16 (75%) de los 20 pacientes con indicación de antiagregación como prevención primaria la recibían. En cuanto a la lesión de órgano diana, estaba presente 14 (45%) [5 (40%) HVI, 2 (13%) IAM, 2 (13%) ACV, 2 (13%) retinopatía, 1 (6%) microalbuminuria y 2 (13%) arteriopatía periférica]. Estratificación del riesgo: 11 (35%) riesgo muy alto, 8 (26%) riesgo alto, 10 (30%) riesgo medio, 1 (9%) riesgo bajo.

**Discusión.** En primer lugar existe una falta de cumplimiento de las medidas higiénico-dietéticas por parte de los pacientes (control de peso, ejercicio, tabaquismo). En segundo lugar, entre los pacientes con dislipemias, el 40% no recibían tratamiento farmacológico y los hipertensos se encuentran con gran frecuencia infratratados, no cumpliendo los criterios de buen control tensional. Por último, el 24% de los pacientes con indicación de antiagregación como prevención primaria no la recibían. Teniendo en cuenta estos datos sumado a la importancia de la enfermedad vascular como causa de morbimortalidad en nuestro entorno, creemos que la creación de consultas específicas de valoración y control de los factores de riesgo vascular supone una necesidad asistencial de primer orden.

**Conclusiones.** Los pacientes reclutados para nuestra consulta de riesgo cardiovascular presentan en la primera visita una elevada tasa de incumplimiento terapéutico y un control deficiente de los factores de riesgo. Esta situación pone de relieve la importancia de este tipo de unidades.

### **RV-83 EPIDEMIOLOGÍA DE LOS FACTORES DE RIESGO VASCULAR Y PROTEÍNAS DE CHOQUE TÉRMICO**

**M. Guisasaola<sup>1</sup>, E. Dulín<sup>2</sup>, M. Desco<sup>1</sup>, M. Sánchez<sup>1</sup> y P. García-Barreno<sup>1</sup>**

<sup>1</sup>Unidad de Medicina y Cirugía Experimental, <sup>2</sup>Servicio de Bioquímica Clínica. Hospital General Universitario Gregorio Marañón. Madrid.

**Objetivos.** La aterosclerosis es una enfermedad inflamatoria crónica, el incremento de los niveles intracelulares de las proteínas de choque térmico (heat shock proteins, Hsps) reduce la adhesión leucocitaria en los lugares de la inflamación, y anticuerpos (Abs) anti-Hsps se relacionan con el desarrollo y pronóstico de la aterosclerosis. Objetivo 1º: estudiar la biología de las Hsps en la aterosclerosis y analizar si en la enfermedad vascular existe un componente inmunológico que incluya reactividad-Hsps. Objetivo 2º: estudiar la asociación entre la [Hsp72] en suero y en leucocitos polimorfonucleares neutrófilos (PMNs) y los niveles de Abs antiHSP72 y el riesgo de desarrollar aterosclerosis.

**Material y métodos.** Se estudiaron 75 mujeres (edad 48,91 ± 6,6) y 80 varones (edad 48,00 ± 6,9) de forma aleatoria. Se tomaron muestras de sangre para la determinación de Hsp72 y Ab antiHsp72 por ELISA, aislamiento de PMNs por gradiente y Hsp72PMNs por ELISA. Se aplicó la *Task Force of Coronary Risk* para la estratificación.

**Resultados.** Se dividieron en tres grupos: G0 (sin factores de riesgo vascular) [n = 99 (55 M, 44 V)], G1: personas con riesgo vascular del 10% (riesgo moderado), que no han desarrollado enfermedad aterosclerótica, [n = 43 (14 M, 29 V)], G2: pacientes con enfermedad aterosclerótica declarada, [n = 13 (6 M, 7 V)]. Todos los pacientes del G1, presentaron los niveles más elevados de [Hsp72] PMNs y los

menores de Abs-Hsp72 con una correlación inversa significativa (p = 0,029 Spearman's). Hay una correlación inversa entre la ingesta de alcohol en mujeres y [Hsp72] PMNs en todos los grupos, muy significativa en G0 (p = 0,002) y G1 (p = 0,029). En las mujeres que han desarrollado la enfermedad, especialmente si son hipertensas, se demuestra una correlación inversa con [Hsp72] PMNs (p = 0,042). Los pacientes del G2 tienen la menor [Hsp72] circulante, con los más altos niveles de Abs en las mujeres.

**Discusión.** En la aterosclerosis, enfermedad inflamatoria crónica, intervienen monocitos-macrófagos, linfocitos T y PMNs, (formación de agregados leucocitos-plaquetas y liberación de mieloperoxidas, estrechamente relacionada con la etiopatogenia de la aterosclerosis). Las Hsps son moléculas inmunomoduladoras, que actúan como potentes autoantígenos. Su reconocimiento por linfocitos T desencadenaría una respuesta autoinmune potencialmente implicada en la etiopatogenia inflamatoria de la aterosclerosis. El papel de las Hsps en la aterogénesis y en la arterioesclerosis no está aún bien definido: se ha demostrado asociación entre expresión de, y reactividad a, Hsps e inducción de la respuesta inflamatoria característica del desarrollo de la aterosclerosis. La inducción de Hsps podría ser secundaria al proceso inflamatorio en la lesión inicial mediada por citoquinas. Ello corroboraría nuestro hallazgo de que la población con riesgo vascular, posee los niveles más elevados de Hsps intracelulares, probablemente con fines citoprotectores para la evolución hacia el desarrollo de la enfermedad. En los pacientes del G2, sus valores mínimos pueden justificarse por el agotamiento del sistema. Los niveles séricos de Abs-HSP 72 están elevados en pacientes con enfermedad vascular renal y periférica, al igual que en nuestra población del G2, especialmente la femenina; no obstante, el limitado tamaño muestral en este caso no permite extraer conclusiones definitivas. Su disminución en los pacientes del G1 podría interpretarse como una potenciación del efecto citoprotector del incremento de HSPs intracelulares.

**Conclusiones.** 1). La población con riesgo vascular moderado, muestra un incremento en la [Hsp72]i, lo cual parece prevenir el proceso inflamatorio que conduce a la aterosclerosis. 2). En esta población, la menor [Abs-Hsp72] circulantes es igualmente un efecto protector de la aterogénesis. 3). El máximo nivel de Abs-Hsp72 en la población con aterosclerosis instaurada, sugiere la existencia de un componente inmunológico en la patogenia de la enfermedad vascular. 4). En las mismas condiciones de riesgo vascular, especialmente si son consumidoras de alcohol, las mujeres tienen mayor predisposición a desarrollar enfermedad aterosclerótica. Fis 03/1308.

### **RV-85 LA GRASA ABDOMINAL MEDIDA POR DEXA Y EL PERÍMETRO DE LA CINTURA PREDICEN LA RESISTENCIA A LA INSULINA EN PACIENTES CON SÍNDROME METABÓLICO**

**N. Delgado-Casado, R. Gallego, E. Galán, A. Lozano, J. Delgado-Lista, F. Fuentes, J. López-Miranda y F. Pérez-Jiménez**

Medicina Interna. Hospital Universitario Reina Sofía. Córdoba.

**Objetivos.** Se ha observado que el incremento de la grasa a nivel abdominal está estrechamente asociado con el síndrome de resistencia a la insulina, una característica clave del síndrome metabólico. En los últimos años se han desarrollado diversas técnicas para determinar la composición corporal grasa, entre las cuales cabe mencionar la impedanciometría bioeléctrica (BIA) y la absorciometría con rayos X de doble energía (DEXA). Determinar si la grasa abdominal medida por DEXA y el perímetro de la cintura (PC) son mejores predictores de la resistencia a la insulina que la grasa corporal total medida por BIA en pacientes con síndrome metabólico.

**Material y métodos.** Se realizó un estudio prospectivo de 37 voluntarios, 15 hombres y 22 mujeres (edad comprendida 35-70 años), con al menos 3 criterios de síndrome metabólico según ATP-III. Se les realizó historia clínica completa, antropometría (peso, talla, IMC, perímetro de la cintura y cadera), determinación de la composición corporal mediante BIA y DEXA, y niveles basales de glucosa, insulina, triglicéridos, colesterol total, HDL-C, LDL-C. La resistencia a la insulina se evaluó mediante el modelo homeostático HOMA-IR desarrollado de Matthews y cols. El análisis estadístico se realizó con SPSS versión 11.0 para windows. El porcentaje de grasa abdominal (L1-L4) medida por DEXA, el porcentaje de grasa total medida por BIA y el PC fue-

ron categorizados por tertiles. La asociación de las variables se determinó mediante un ANOVA de un factor ( $p < 0,05$ ). En caso de existir diferencias significativas las medias se compararon con el test Turkey. **Resultados.** Los pacientes que presentaron el tercil superior de grasa abdominal medida con DEXA tenían un índice HOMA-IR superior a los pacientes de los tertiles medio ( $p = 0,020$ ) e inferior ( $p = 0,015$ ). Del mismo modo, los pacientes que tenían el tercil superior de PC presentaban un índice HOMA-IR mayor que los pacientes de los tertiles medio ( $p = 0,032$ ) e inferior ( $p = 0,006$ ). Sin embargo, el porcentaje de grasa total medido con BIA no predijo el grado de resistencia a la insulina (HOMA-IR). Así mismo, los niveles basales de insulina fueron mayores en el tercil superior de grasa abdominal respecto al medio ( $p = 0,046$ ) e inferior ( $p = 0,030$ ) y en el tercil superior de PC respecto al medio ( $p = 0,023$ ) e inferior ( $p = 0,004$ ), pero no se encontraron diferencias significativas con respecto a los tertiles de grasa total. No observamos un efecto del grado de adiposidad determinado por DEXA o BIA ni del perímetro abdominal sobre el resto de variables.

**Conclusiones.** Nuestro estudio sugiere que el porcentaje de grasa abdominal medida por DEXA y el perímetro de la cintura son mejores predictores de la resistencia a la insulina que el porcentaje de grasa total medido por BIA en pacientes con síndrome metabólico.

**RV-86  
FACTORES DE RIESGO VASCULAR EN LA HIPERCOLESTOLEMIA FAMILIAR COMBINADA**

**G. Pia Iglesias, J. Garrido Sanjuán, A. Fernández Rial, E. Fernández Bouza, H. Álvarez Díaz, B. Buño Ramilo, I. Pita Pérez y F. Fernández Fernández**  
Medicina Interna. Arquitecto Marcide-Prof. Novoa Santos. Ferrol. A Coruña.

**Objetivos.** Valorar los diferentes factores de riesgo cardiovascular (FRCV) en pacientes diagnosticados de hipercolesterolemia familiar combinada (HFC)

**Material y métodos.** Se seleccionaron dos grupos de sujetos con el diagnóstico de HFC: Grupo 1 (n: 104; V 79, M 25): pacientes con cardiopatía. Grupo 2 (n: 404; V 273, M 171): pacientes sin cardiopatía. En ambos grupos se determinaron en situación basal, sin la toma de fármacos y tras ayuno de 14 horas, los niveles de CT, TG, LDL-C, HDL-C, ApoB, ApoA1 y Lp(a). A su vez, en todos los sujetos se recogió el índice de masa corporal (IMC), la media de tres determinaciones de tensión arterial y el diagnóstico de diabetes mellitus (DM) junto con el hábito tabáquico. Se utilizaron la t-Student y el test de  $\chi^2$  para comparar ambos grupos.

**Resultados.** Comparando los diferentes FRCV entre ambos grupos de pacientes afectos de HFC encontramos diferencias estadísticamente significativas en cuanto a la edad, tensión arterial, hábito tabáquico, presencia de DM y niveles basales de colesterol total. No encontramos diferencias en cuanto al IMC, TG y Lp(a).

**Conclusiones.** 1) Los FRCV que diferencian al grupo de HFC con cardiopatía son la edad, la tensión arterial, la presencia de DM, el hábito tabáquico y los niveles basales de colesterol total, HDL-C, LDL-C, ApoB y ApoA. 2) No existen diferencias en cuanto al resto de los FRCV que pudieran servir de predictores del riesgo coronario en este grupo de sujetos.

Tabla 1. Distribución por grupos.

	Grupo 1	Grupo 2
Edad	54,1 ± 11	58,8 ± 8
HTA??	52 (50%)	139 (31%)
IMC	28 ± 4	27 ± 4
DM	28 (27%)	57 (13%)
Tabaco	65 (62%)	167 (38%)
CT	285 ± 53	254 ± 49
TG	292 ± 243	281 ± 210
HDL-C	48 ± 14	41 ± 9
LDL-C	189 ± 49	162 ± 45
ApoB	169 ± 44	158 ± 45
ApoA	138 ± 24	129 ± 24
Lp(a)	36 ± 41	44 ± 43

**RV-87  
PREVALENCIA DE ENFERMEDAD ARTERIAL PERIFÉRICA EN PACIENTES INFECTADOS POR EL VIH EN UN HOSPITAL TERCIARIO**

**A. Blanco Jarava, J. González Moraleja, A. Moreno Rodríguez, J. Troya García, A. Sánchez Castaño, V. Cano Llorente, M. Díaz Sotero y M. Salas Cabañas**  
Medicina Interna. Hospital Virgen de la Salud. Toledo.

**Objetivos.** El presente estudio se diseñó para determinar la prevalencia de EAP subclínica en pacientes infectados por el VIH en nuestro área de salud.

**Material y métodos.** Estudio descriptivo observacional. Los participantes del estudio eran sujetos infectados por VIH, de ambos sexos, que acudieron de forma rutinaria a la consulta de VIH y que voluntariamente aceptaron que se les midiera el índice tobillo brazo (ITB). Se excluyó a todos aquellos sujetos que habían presentado algún evento cardiovascular (cardiopatía isquémica y/o accidente cerebrovascular). A todos los participantes se les determinó su riesgo cardiovascular (RCV) mediante las tablas de riesgo del proyecto SCORE. Las variables utilizadas fueron el sexo, edad, presión arterial sistólica, diabetes mellitus, presencia o no de hábito tabáquico y cociente colesterol total/cHDL. Para la determinación del ITB se utilizó un Doppler portátil y un esfigmomanómetro de mercurio calibrado. Con el sujeto en decúbito supino, cinco minutos antes de las medidas, se determinó la presión sistólica en las arterias radiales de ambos miembros superiores y en las arterias tibial posterior y pedia de ambas piernas. El valor más elevado de los obtenidos en cada una de las piernas se dividió por el valor más alto de los obtenidos en los brazos, obteniéndose así un ITB para cada una de las piernas. El ITB definitivo de cada paciente fue el más bajo de esos dos valores. Se consideró un ITB patológico cuando éste era inferior a 0,9 o mayor de 1,3. Se estimó la prevalencia de EAP subclínica en el total de la muestra estudiada. Se evaluaron las características clínicas de los sujetos que presentaban un índice tobillo brazo patológico frente a los que lo presentaron normal.

**Resultados.** Se incluyeron un total de 30 pacientes, todos ellos infectados por el VIH. La media de edad fue 38,5 años. El 60% eran fumadores. El valor medio de la TAS fue 123,5. El 90% recibía tratamiento antirretroviral. El 70% recibía un inhibidor de la proteasa en su esquema terapéutico. El tiempo medio de enfermedad era de 13 años. El 60% eran varones. Basándose en el sistema SCORE para la estratificación del RCV, el 60% presentaban bajo riesgo de enfermedad cardiovascular mortal a 10 años (< 1%) y el 40% restante presentaban un riesgo ligero (1%). El 20% (6 pacientes) presentaron un ITB patológico.

**Discusión.** En nuestra muestra, los pacientes VIH presentaban una prevalencia de EAP asintomática del 20%. La prevalencia en la población general de adultos, de características similar a la nuestra, pero no infectados por el VIH oscila entre el 3,8% (Kornitzer et al) y el 5% (Gofin et al). Hay estudios en la literatura que apoyan que el RCV en pacientes infectados por el VIH, está mediado por los factores de riesgo clásico. Los sujetos de nuestra muestra presentan un riesgo inferior o igual al 1% de padecer una enfermedad cardiovascular mortal a 10 años, según dichos factores. La media de factores de RCV fue de 1,2. Por lo que ese aumento de prevalencia de EAP asintomática no parece estar mediado por los factores de riesgo clásicos. Hay otros estudios en la literatura que proponen que el riesgo vascular está influenciado por el tratamiento con inhibidores de proteasa (IP). En nuestra muestra el 70% de los pacientes de la muestra global recibían un IP en su esquema terapéutico.

**Conclusiones.** 1) Los pacientes infectados por el VIH parecen presentar una mayor prevalencia de EAP asintomática y, portanto, un mayor riesgo de eventos cardíaco y cerebrovasculares que la población general. 2) La mayor prevalencia de EAP asintomática parece estar condicionada no sólo por los factores de RCV clásicos. 3) Los esquemas terapéuticos que incluyen inhibidores de la proteasa podrían jugar un papel importante en el desarrollo de enfermedad vascular. 4) Tras analizar los diversos resultados contradictorios sobre el riesgo vascular de los pacientes infectados por el VIH, probablemente se precisen estudios prospectivos, de mayor tamaño muestral y mayor período de observación, para determinar el posible efecto que los nuevos tratamientos antirretrovirales pudieran tener sobre la población VIH.



**RV-88****PRESCRIPCIÓN DE ESTATINAS EN PACIENTES ANCIANOS INGRESADOS CON ICTUS ISQUÉMICO**

**C. Mella Pérez<sup>1</sup>, A. Aneiros Díaz<sup>2</sup>, M. Domínguez Santalla<sup>3</sup>, A. Bouzas Rodríguez<sup>4</sup>, M. Seijo<sup>2</sup>, A. López Soto<sup>1</sup>, J. García García<sup>1</sup> y B. Castro Paredes<sup>1</sup>**

<sup>1</sup>Medicina Interna, <sup>2</sup>Neurología, <sup>4</sup>Medicina Preventiva. Do Salnes. Vilagarcía de Arousa, Pontevedra. <sup>3</sup>Medicina Interna. USC. Santiago De Compostela, A Coruña.

**Objetivos.** La edad es factor de riesgo independiente de infarto cerebral y en el anciano puede ser un factor limitante en la prevención secundaria; la enfermedad aterosclerótica es muy prevalente en edades avanzadas y el tratamiento con estatinas ha demostrado la reducción de fenómenos tromboticos arteriales independientemente de las cifras de colesterol. Evaluar la prescripción de tratamiento hipolipemiente con estatinas en ancianos con ictus isquémico.

**Material y métodos.** Revisión retrospectiva de pacientes mayores de 80 años ingresados por ictus isquémico o AIT durante el año 2005 en el Hospital do Salnés. Se definió tratamiento correcto según los criterios de la AHA/ASA.

**Resultados.** Se incluyeron 40 pacientes. La mediana de edad fue 83 años (rango 80-92 años). La mayoría fueron mujeres 33 (82'5). Los factores de riesgo cardiovascular al ingreso: HTA 65%, fibrilación auricular 37'5%, AIT/ictus isquémico 35%, diabetes 32'5%, dislipemia 25%, hábito tabáquico 10%, arteriopatía periférica 7'5%, cardiopatía isquémica 5%, insuficiencia cardíaca 5%. Al ingreso recibían tratamiento hipolipemiente 7 pacientes (18'4%); en 6 casos con estatinas (4 atorvastatina, uno pravastatina y uno simvastatina) y en un caso resinas. Se realizó determinación de colesterol LDL durante el ingreso en 25 casos (62'5%). Al alta 14 pacientes (35%) recibieron prescripción de estatinas (8 con atorvastatina).

**Conclusiones.** Menos de la mitad de los pacientes recibieron tratamiento con estatinas al alta. En un tercio de los pacientes no se determinaron las cifras de colesterol durante el ingreso. La estatina más prescrita al alta fue atorvastatina.

**RV-89****EL ÍNDICE TOBILLO-BRAZO COMO PREDICTOR DE MORBIMORTALIDAD CARDIOVASCULAR**

**I. Fernández Galante<sup>1</sup>, E. González Sarmiento<sup>2</sup>, J. Zurro Hernández<sup>3</sup> y M. Muñoz Martín<sup>4</sup>**

<sup>1</sup>Medicina Interna, <sup>2</sup>Medicina Interna, <sup>3</sup>Endocrinología, <sup>4</sup>Unidad de Apoyo a la Investigación. Hospital Clínico Universitario. Valladolid.

**Objetivos.** Los pacientes diabéticos presentan una elevada morbimortalidad por enfermedad cardiovascular por lo que su diagnóstico precoz es esencial en este tipo de pacientes. Se ha demostrado que la enfermedad arterial periférica (EAP) es predictora independiente de morbimortalidad y marcador de enfermedad aterotrombótica en otros lechos vasculares. El índice tobillo brazo (ITB) es una prueba sencilla, incruenta, con alta sensibilidad y especificidad, para el cribado y diagnóstico precoz de vasculopatía periférica. El objetivo de este estudio es conocer la prevalencia de EAP en pacientes diabéticos tipo 2, los factores de riesgo cardiovascular (FRCV), las complicaciones diabéticas que se asocian con su presencia y también, la prevalencia de síndrome metabólico.

**Material y métodos.** Se estudiaron 140 pacientes diabéticos tipo 2 asintomáticos, sin antecedentes personales de vasculopatía periférica conocida, que acuden a la consulta de Medicina Interna. A todos ellos se les determinaron los datos antropométricos, tensión arterial (TA), analítica completa, FRCV, el cuestionario de Edimburgo y un doppler de extremidades inferiores. Se consideró ITB bajo un valor < 0,9.

**Resultados.** La prevalencia de EAP en pacientes diabéticos asintomáticos es de 27,2%. Los factores que se asociaron a un ITB bajo son la TAS y TAD y el HDL con diferencias estadísticamente significativas. La claudicación IIa, IIb, III y IV (6, 9, 5 y 1 pacientes, respectivamente) está presente de forma estadísticamente significativa en pacientes con ITB < 0,9. La presencia o no de complicaciones diabéticas no ha sido estadísticamente significativa. La prevalencia de síndrome metabólico según ATP III (54,84%) es en hombres del 24,16% y en mujeres del 30,64%. Según los criterios diagnósticos

de la IDF (30,65%) es del 15% y del 16,95% en hombres y mujeres respectivamente, sin diferencias estadísticamente significativas en relación a un ITB bajo o no. En cuanto a los pacientes con vasculopatía periférica, el 11,11% presentan síndrome metabólico según la IDF, mientras que con el ATP III lo presenta el 19,66%, sin diferencias estadísticamente significativas.

**Conclusiones.** La prevalencia de EAP es elevada en pacientes diabéticos tipo 2, dependiente de la HTA, HDL y la claudicación intermitente. El porcentaje de síndrome metabólico en estos pacientes es también elevado, sin encontrar diferencias significativas entre los pacientes con o sin EAP.

**RV-90****ESTUDIO DESCRIPTIVO DE PACIENTES CON ELEVACIÓN NOCTURNA DE LA PRESIÓN ARTERIAL TRAS LA REALIZACIÓN DE MAPA**

**I. Muínelo Voces, E. Fernández Pérez, C. Teijo Núñez, S. Pérez Andrada, M. Liñán Alonso y M. Muñoz Rodríguez**  
Medicina Interna. Hospital de León.

**Objetivos.** Conocer las características de los pacientes con patrón riser tras analizar todos los registros de monitorización ambulatoria (MAPA) realizados en la Unidad de Hipertensión del Hospital de León del 1 al 31 de mayo de 2006 comparándolos con los resultados obtenidos en la totalidad de los casos.

**Material y métodos.** Analizar todos los registros obtenidos mediante monitorización ambulatoria de la presión arterial (MAPA) durante 24 horas realizados en la Unidad de Hipertensión Arterial del Hospital de León durante un mes (del 1 al 31 de mayo del 2006) dividiendo éstos según el patrón de ritmo circadiano obtenido en: *dipper* (D), *no dipper* (ND) y *riser*, calculando el riesgo cardiovascular según los criterios de la SEH-SEC del 2003. Analizar las características de los pacientes con patrón riser en cuanto a factores de riesgo cardiovascular y presencia de lesión de órgano diana o condición clínica asociada. Pacientes que según los criterios de la ATP-III cumplen criterios de síndrome metabólico y la posible asociación de estos pacientes con la presencia de hipertensión secundaria.

**Resultados.** De las 80 monitorizaciones de presión arterial ambulatoria realizadas del 1 al 31 de mayo del 2006 en la Unidad de Hipertensión Arterial del Hospital de León en pacientes con mal control de la presión arterial en consultas externas, 12 casos (15%) presentaron un patrón de elevación nocturna de PA (patrón riser). La edad media de los pacientes con patrón riser fue de 66,66 ± 9,89 años frente a 59,82 ± 14 años en la totalidad de los casos; el 75% eran varones; la media de perímetro abdominal fue de 106 ± 6,75 cm y el 50% de los casos cumplía criterios de síndrome metabólico según la ATP III. En cuanto al riesgo cardiovascular el 66,7% presentaban un riesgo cardiovascular muy alto según la SEH-SEC 2003 y un 33,3% un riesgo vascular alto. El 58,3% presentaban lesión de órgano diana (46,25% en la totalidad de los casos; 42,86% en los pacientes con patrón *dipper* y el 48,89% de los patrones *no dipper*), siendo la afectación renal la más frecuente seguida de la cardíaca en todos los grupos. El 50% de los pacientes con patrón riser presentaban en el momento del estudio enfermedad clínica asociada siendo la afectación renal la más frecuente seguida de la cardíaca, cerebral y arteriopatía periférica por este orden, frente a un 25% en el global de los casos. La totalidad de los casos presentaban mal control de PA tanto en consultas externas (PA mayor de 140/90 mmHg tras tres determinaciones) como tras la realización de MAPA (PAM diurna mayor de 135/85 mmHg). El 8,3% (dos casos) presentaban hipertensión arterial secundaria de origen cardiovascular y otros dos casos estaban diagnosticados de apnea obstructiva del sueño. El 16,7% presentaban DM frente al 18,8% del total de los casos si bien las medias de glucemia basal fueron mayores en el grupo de pacientes con patrón riser (107,06 ± 28,5 frente a 110,75 ± 21,4 mgr/dl). En cuanto al tratamiento antihipertensivo, todos ellos recibían varios fármacos y, en el 75% de los casos la mitad o más de los mismos se administraban en dosis nocturna.

**Conclusiones.** Los pacientes con patrón riser, tras realización de MAPA, presentan una edad media más elevada, predominan los varones y presentan un perímetro abdominal mayor. Múltiples estudios señalan que, el patrón riser, se asocia a un riesgo vascular más elevado con mayor afectación de órgano diana y condición clínica asociada; en nuestro estudio si bien la mayoría de los pacientes pre-

sentan un riesgo vascular alto-muy alto, al tratarse de pacientes a seguimiento por nuestra Unidad con mal control tensional a pesar de tratamiento antihipertensivo, éste es todavía mayor en los casos con patrón *riser*. La mitad de los pacientes cumple criterios de síndrome metabólico y la totalidad de los casos presentan mal control de cifras tensionales tras la realización de MAPA. El hecho de que muchos de ellos recibieran tratamiento nocturno (en algunos casos la mayor parte del tratamiento a dosis plenas y con más de tres fármacos) y a pesar de ello persista el patrón *riser*, indica la gran dificultad con la que nos encontramos en muchos casos para reestablecer el ritmo circadiano de la presión arterial.

#### RV-91

##### ANÁLISIS DEL PÉPTIDO C EN PACIENTES CON DIABETES TIPO 2 COMO HERRAMIENTA PARA MONITORIZAR EL TRATAMIENTO ANTIDIABÉTICO

**J. Rodríguez, E. Mohedano, A. Moreno, M. Odriozola, B. Otero, V. Gracia y J. Medina**

Unidad de Pacientes Con Pluripatología. Servicio de Medicina Interna. Hospital 12 de Octubre. Madrid.

**Objetivos.** La diabetes mellitus comprende un grupo de trastornos metabólicos frecuentes que comparten el fenotipo de la hiperglucemia. Dependiendo de la causa de la diabetes, los factores que contribuyen a la hiperglucemia pueden comprender disminución de la secreción de insulina, disminución del consumo de glucosa y aumento de producción de glucosa. La determinación del péptido C; fragmento 31 aminoácido de la proinsulina, es usado como marcador de la secreción de insulina. Clínicamente las determinaciones de péptido C sirven para el diagnóstico de insulinoma, hipoglucemia facticia, y en general para medir la función de las células beta pancreática. Nuestro objetivo es conocer la reserva funcional de nuestros pacientes diabéticos medidos mediante el péptido C, su control metabólico y el tratamiento que siguen estos pacientes.

**Material y métodos.** Se recogen los datos protocolizados de 15 pacientes diabéticos tanto ingresados en planta de medicina interna, como aquellos que han sido vistos en consultas de la Unidad de día de la UPPAMI, durante un período de 9 meses. Se han recogido los datos en base de datos File-Maker Pro y el análisis estadístico mediante R-Sigma.

**Resultados.** De los 15 pacientes recogidos el 26,66% (4) eran varones; y el 73,33% (11) eran mujeres. La edad media es 67,8 años. La media de cifras de péptido C es de 4,22 (mínimo 0,52 y máximo 10,9). La cifra media de Hb glicosilada es de 8,72 (mínimo 5,1 y máximo 18,4). El tratamiento seguido por los pacientes se distribuía de la siguiente forma: Insulina 20% (3); Sulfonilurea 6,66% (1); Metformina 33,33% (5); Antidiabéticos orales más Insulina (26,66%) (4); Varios antidiabéticos orales 13% (2). El 46,66% (7) han sido clasificado como pluripatológicos. Los pacientes que presentaban comorbilidad representan el 60% (9). El 60% (9) presentaban síndrome metabólico. El 26,66% (4) de las mujeres presentaban cifras de péptido C mayores de 4. Del grupo de varones, solamente 1 presentaba estos valores. Si estudiamos cifras de péptido C menores de 1, encontramos que tan el 13,33% (2) lo presentan. De los pacientes que presentan un nivel de péptido C mayor de 4, el 20% (4) se está tratando con Insulina; 20% (1) con Sulfonilurea; 40% (2) con Metformina y un 20% (1) con varios antidiabéticos orales. De los pacientes que son clasificados como pluripatológicos, 7 de los 15 casos siguen el siguiente tratamiento: un 14,28% (1) se está tratando con Insulina; 28,57% (2) con Metformina; 42,85% (3) con antidiabéticos orales y 14,28% (1) con varios antidiabéticos orales. De los pacientes que presentan Síndrome Metabólico, 7 pacientes tienen cifras de Hb Glicosilada mayor de 7 (46,66%). De los pacientes clasificados como Pluripatológicos, el 26,66% tienen cifras de Hb Glicosilada mayor de 7 (4). De los pacientes que presentan Comorbilidad, el 39,99% tienen cifras de Hb Glicosilada mayor de 7.

**Discusión.** De los datos recogidos en nuestro estudio se puede apreciar que la mayor parte de los pacientes diabéticos presentan cifras de péptido C mayores de 4; es decir, tienen reserva pancreática de insulina. El tratamiento más utilizado ha sido la metformina, siguiendo de varios antidiabéticos, y finalmente insulina sola. En el grupo de pacientes pluripatológicos, la distribución de tratamiento era similar. En general, el grado de control metabólico de la muestra es moderado,

siendo mejor en los pacientes pluripatológicos, y peor en el grupo de pacientes con comorbilidad y síndrome metabólico.

**Conclusiones.** En pacientes diabéticos, la determinación del péptido C se vislumbra como un buen marcador de reserva pancreática. Podría ayudar a realizar un mejor ajuste del tratamiento antidiabético, pautando fármacos segretagogos de insulina y/o fármacos que disminuyan la resistencia insulínica para conseguir una mejor utilización de las reservas pancreáticas de las que disponen, y para conseguir un adecuado control metabólico.

#### RV-92

##### ALTERACIONES EN LA VELOCIDAD DE LA ONDA DE PULSO EN PACIENTES AFECTOS DE DIABETES MELLITUS E HIPERTENSIÓN ARTERIAL

**N. Abdilla Bonias, M. Fabia Valls, M. Oltra Sempere, C. Fernández Rodríguez, F. Martínez García, E. Solaz Moreno y J. Redón i Mas**

Medicina Interna. Hospital Clínico Universitario. Valencia.

**Objetivos.** La hipertensión arterial (HTA) así como la diabetes mellitus (DM) son factores de riesgo cardiovascular bien conocidos, siendo la afectación de los grandes vasos un elemento frecuente y de valor pronóstico. La velocidad de la onda de pulso (VOP) está siendo utilizada como marcador de riesgo, siendo un indicador indirecto de lesión vascular en grandes vasos, ya que se verá incrementada al disminuir la compliance vascular. El objetivo del presente trabajo es estudiar el impacto que sobre la elasticidad de los grandes vasos, representada a través de la velocidad de la onda de pulso, tiene la presencia de DM y/o HTA esencial.

**Material y métodos.** Se analizaron un total de 79 pacientes (edad media de 58,62 años, 33 hombres, con un IMC de 29,25, PAM sistólica 127,28 mmHg, PAM diastólica 74,62, FCM 75,03). Se agruparon en: Grupo 1 no diabéticos ni hipertensos (n = 20), Grupo 2 hipertensos no diabéticos (n = 18), Grupo 3 diabéticos no hipertensos (n = 23) y Grupo 4 diabéticos e hipertensos (n = 18). En todos ellos se realizó monitorización ambulatoria de PA de 24 horas, determinación de excreción urinaria de albúmina en 24 horas (EUA) y medida de VOP (método Complior).

**Resultados.** Los pacientes con DM presentan los valores más elevados de VOP independientemente de la presencia o no de HTA, aunque ambos DM y HTA son determinantes independientes de la VOP. La VOP se relaciona significativamente con la media de 24 horas, período día y período noche de la PAS ( $r = 0,54$ ,  $p < 0,001$ ), media de 24 horas de frecuencia cardíaca y con la EUA de 24 horas. El incremento de la VOP en relación a los valores de PAS ambulatoria es más marcado en la DM. No se ha observado relación entre la VOP y las alteraciones de la variabilidad circadiana en la población estudiada.

**Conclusiones.** La DM y la HTA influyen de forma independiente las alteraciones de la compliance vascular en los grandes vasos.

#### RV-93

##### MONITORIZACIÓN AMBULATORIA DE LA PRESIÓN ARTERIAL DURANTE UN MES EN PACIENTES CON HIPERTENSIÓN ARTERIAL MAL CONTROLADA

**I. Muinelo Voces, E. Fernández Pérez, S. Pérez Andrada, C. Teijo Núñez, M. Vázquez del Campo y M. Muñoz Rodríguez**

Medicina Interna. Hospital de León.

**Objetivos.** Analizar todos los registros obtenidos mediante monitorización ambulatoria de la presión arterial (MAPA) durante 24 horas realizados en la Unidad de Hipertensión Arterial del Hospital de León durante un mes (del 1 al 31 de mayo del 2006) en pacientes con mal control de la presión arterial (PA); calculando el riesgo cardiovascular de estos pacientes y su asociación con los diferentes patrones de ritmo circadiano obtenidos.

**Material y métodos.** Estudio transversal descriptivo en el que se incluyeron aquellos pacientes en los que se realizó una MAPA para valorar la eficacia del tratamiento antihipertensivo, en pacientes con presión arterial no controlada en consultas externas, o en pacientes que acudían a nuestra Unidad por primera vez, se excluyeron las MAPA no válidas. La monitorización se llevó a cabo mediante el

monitor Spacelabs 902007 durante 24 horas con mediciones cada 20 minutos durante el período de actividad y cada 30 minutos durante el período de descanso. Los pacientes se dividieron según el patrón obtenido en: dipper, no dipper, dipper extremo y riser. Se analizó en todos ellos si cumplían criterios de síndrome metabólico según la ATP III: 1) Perímetro abdominal > 102 cm en varones y 88 cm en mujeres. 2) Triglicéridos  $\geq$  150 mg/dl. 3) HDL < 40 mg/dl en varones y < 50 mg/dl en mujeres. 4) PAS  $\geq$  130 mmHg o PAD  $\geq$  85 mmHg. 5) Glucemia en ayunas  $\geq$  110 mg/dl. (Síndrome metabólico si presenta tres o más criterios). Cálculo del riesgo vascular según las Guías del 2003 de la SEH-SEC.

**Resultados.** La media de edad fue de  $59,82 \pm 14$  años; el 58,7% eran varones; la media del perímetro abdominal fue de  $101,06 \pm 9,3$  cm. Tras la realización de MAPA el 43,8% presentaban un patrón dipper (D) y el 56,2% un patrón no dipper (ND); el 40% dipper, 3,8% dipper extremo, 15% riser y 41,2% no dipper. El 18,8% era diabéticos (ND 22,22%, D 14,29%). El 38,8% cumplían criterios de síndrome metabólico según la ATP-III (42,2% de los ND y 34,29% de los D). Presentaban lesión de órgano diana en el momento de realizar la MAPA un 46,25% (48,89% de los ND y 42,86% de los D). La media de PAS en consulta fue de  $164 \pm 20,94$  mmHg y de PAD  $88 \pm 13,61$  mmHg. Tras la realización de MAPA la media diurna de presión arterial fue de  $137,83 \pm 14/79,73 \pm 11$  mmHg. El 37,5% de los casos tenían buen control de PA por MAPA (PAM diurna < 135/85 mmHg), mientras que en consulta sólo presentaban valores inferiores a 140/90 mmHg, tras la realización de tres mediciones, el 8,7% (motivo por el cual se solicitó la MAPA). El 43% presentaban un riesgo vascular muy alto, el 47% alto y el 10% moderado.

**Conclusiones.** La mayoría de los pacientes con mal control de la presión arterial presentan un riesgo cardiovascular alto o muy alto a pesar de recibir tratamiento con varios fármacos y precisar un control más estricto de la presión arterial. El patrón predominante es el no dipper. Entre los pacientes no controlados en consultas externas un porcentaje de los mismos sí presentan control de la presión arterial tras la realización de MAPA, lo cual podría relacionarse con el denominado "efecto bata blanca". En los pacientes estudiados un porcentaje elevado de ellos cumple criterios de síndrome metabólico según la ATP III, mayor en el caso de los no dipper, lo cual puede explicarse al tratarse de pacientes con mal control de la PA, múltiples factores de riesgo cardiovascular y un riesgo cardiovascular elevado como se ha sugerido en múltiples estudios.

#### **RV-94 ANTIAGREGACIÓN PRIMARIA EN PACIENTES DE ALTO-MEDIO RIESGO DE PATOLOGÍA VASCULAR**

**T. Aldámiz-E.<sup>1</sup>, A. Pérez-Morala<sup>2</sup>, J. Hens<sup>1</sup>, L. Martín<sup>1</sup>, T. Fernández<sup>1</sup>, P. Ryan<sup>1</sup> y C. Recarte<sup>1</sup>**

<sup>1</sup>Medicina Interna, <sup>2</sup>Medicina de Familia y Comunitaria. HGU Gregorio Marañón. Madrid.

**Objetivos.** El estudio pretende cuantificar y analizar aquellos pacientes ingresados en medicina interna con diabetes o dos o más factores de riesgo cardiovascular, siendo uno de ellos hipertensión arterial; que no están antiagregados.

**Material y métodos.** La muestra de partida son los 93 pacientes ingresados en un servicio de medicina interna a lo largo de un mes dado. De éstos recogimos: edad, sexo, estancia media, antiagregación primaria, antiagregación secundaria; y anticoagulación. De los pacientes con antiagregación primaria, consideramos la presencia de diabetes mellitus, hipertensión arterial, arteriopatía periférica y dislipemia. De los antiagregados secundariamente, tuvimos en cuenta la presencia de antecedentes de cardiopatía isquémica y ACV; así como aquellos datos considerados para los pacientes antiagregados secundariamente. Así mismo, consideramos aquellos datos que contraindicaban o restaban indicación a la antiagregación, tales como: trombopenia, gastritis, hemorragia digestiva, úlcus péptico y tratamiento con anticoagulantes orales.

**Resultados.** De los 93 pacientes considerados, 23 tenían dos o más factores de riesgo cardiovascular y no estaban antiagregados. De ellos, 9 estaban anticoagulados. De los 14 restantes, dos presentaban sangrado digestivo en sus antecedentes personales. Analizamos los 11 que quedaban. Uno de ellos, era un paciente menor de cincuenta años, fumador y obeso. Los restantes eran todos mayores de 50 años, uno era diabético tipo II; ocho tenían hipertensión arterial

como uno de sus, al menos dos, factores de riesgo cardiovascular; tres eran dislipémicos; dos obesos; tres sedentarios y cinco fumadores. Además, uno de ellos tenía antecedentes de cardiopatía isquémica. El tiempo de estancia de éstos diez últimos era de 11 días; y de los diez sólo cuatro tenían prevención de tromboembolismo pulmonar en el tratamiento recibido durante su ingreso.

**Discusión.** Todo individuo con un riesgo de evento isquémico superior al 3% a cinco años y al 10% a diez años, debería estar antiagregado. A pesar de que no existe unanimidad, la tendencia actual es a considerar beneficiarios de antiagregación primaria todo paciente con diabetes mellitus tipo II; aquellos con dos factores de riesgo cardiovascular, siendo uno de ellos hipertensión arterial, y, en aquellos con tres factores es tanto más indicable cuanto más avanzada es su edad y más riesgo conjunto suponen los factores considerados.

**Conclusiones.** Aproximadamente el 9,6% de los paciente ingresados en un servicio de medicina interna cumple criterios de antiagregación primaria, como son la presencia de diabetes mellitus y de dos factores de riesgo cardiovascular, siendo uno de ellos la hipertensión arterial y no están antiagregados en la práctica clínica.

#### **RV-95 PATRÓN NO DIPPER**

**S. Pérez Andrada, C. Teijo Nuñez, I. Muinelo Voces, E. Fernández Pérez y M. Muñoz Rodríguez**  
Medicina Interna. Hospital de León.

**Objetivos.** Perfil clínico y epidemiológico de los pacientes con patrón *no dipper* en el MAPA remitidos como nuevos durante el año 2005 a la Unidad de HTA del Servicio de Medicina Interna del Hospital de León.

**Material y métodos.** Estudio descriptivo transversal durante el período comprendido entre enero del 2004 y diciembre del 2004. Retrospectivo, a través de las historias clínicas de pacientes remitidos por primera vez a la Unidad de HTA, aplicando un protocolo de variables: edad, sexo, tabaquismo, dislipemia, antecedentes familiares de enfermedad cardiovascular precoz, perímetro abdominal, niveles de PCR, diabetes, lesión de órgano diana y condiciones clínica asociadas, y estratificación de riesgo según la Sociedad Europea de HTA-Sociedad Europea de Cardiología del 2003.

**Resultados.** Se estudiaron un total de 192 pacientes, presentaban patrón *no dipper* 92(48,1%). Eran varones 46 (50%) y mujeres 46 (50%), edad media: 62,34 años, tabaquismo (28%), dislipemia (68,47%), antecedentes familiares de enfermedad cardiovascular precoz (58,7%), perímetro abdominal (57,6%), niveles elevados de PCR (31,52%), diabetes (31,52%), lesión de órgano 68 diana (73,91%) y condición clínica asociada (48,91%), presentando un riesgo cardiovascular añadido alto o muy alto (77,82%).

**Conclusiones.** Nuestros pacientes con patrón *no dipper* presentan con mayor frecuencia que los pacientes *dipper* y sobre todo que la población general una mayor frecuencia de factores de riesgo cardiovascular asociado, lesión de órgano diana y condición clínica asociada lo que le confiere según la SEC-SEH. 2003 un riesgo cardiovascular añadido mayor de sufrir un evento cardiovascular mayor. La identificación de estos pacientes es fundamental para su manejo y pronóstico vital.

#### **RV-96 PATRÓN DIPPER**

**S. Pérez Andrada, I. Muinelo Voces, C. Teijo Nuñez, E. Fernández Pérez, M. Muñoz Rodríguez y J. Mostaza Fernández**

Medicina Interna. Hospital de León.

**Objetivos.** Perfil clínico y epidemiológico de los pacientes con patrón *dipper* en el MAPA remitidos como nuevos durante el año 2005 a la Unidad de HTA del Servicio de Medicina Interna del Hospital de León.

**Material y métodos.** Estudio descriptivo transversal durante el período comprendido entre enero del 2004 y diciembre del 2004. Retrospectivo, a través de las historias clínicas de pacientes remitidos por primera vez a la Unidad de HTA, aplicando un protocolo de variables: edad, sexo, tabaquismo, dislipemia, antecedentes familiares de enfermedad cardiovascular precoz, perímetro abdominal,

niveles de PCR, diabetes, lesión de órgano diana y condiciones clínica asociadas, y estratificación de riesgo según la Sociedad Europea de HTA-Sociedad Europea de Cardiología del 2003.

**Resultados.** Se estudiaron un total de 192 pacientes, presentaban patrón *dipper* 100 (52,08%). Eran varones 38 (38%) y mujeres 62 (62%), edad media: 51,54 años, tabaquismo (20%), dislipemia (76%), antecedentes familiares de enfermedad cardiovascular precoz (53%), perímetro abdominal (34%), niveles elevados de PCR (10%), diabetes (16%), lesión de órgano diana (49%) y condición clínica asociada (29%), presentando un riesgo cardiovascular añadido alto o muy alto (52%).

**Conclusiones.** Nuestros pacientes con patrón *dipper* presentan con menor frecuencia que los pacientes *dipper* y mayor que la población general la asociación con factores de riesgo cardiovascular, lesión de órgano diana y condición clínica asociada lo que le confiere según la SEC-SEH. 2003 un riesgo cardiovascular añadido menor que los no *dipper* y mayor que la población general de sufrir un evento cardiovascular mayor. La identificación de estos pacientes es fundamental para su manejo y pronóstico vital.

#### RV-97

#### UTILIDAD DE LA CLAUDICACIÓN ATÍPICA EN EL DIAGNÓSTICO DE LA ENFERMEDAD ARTERIAL PERIFÉRICA DETECTADA MEDIANTE EL ÍNDICE TOBILLO-BRAZO: ESTUDIO MERITO

L. Manzano Espinosa<sup>1</sup>, J. Espino Villarreal<sup>2</sup>, E. Rovira Daudí<sup>3</sup>, J. Lapaza Andueza<sup>4</sup>, C. Dueñas Gutiérrez<sup>5</sup>, M. Zárrega Fernández<sup>6</sup>, F. Fuentes López<sup>7</sup> y G. Ramírez Olivencia<sup>8</sup>

<sup>1</sup>Medicina Interna. Hospital Ramón y Cajal. Madrid. <sup>2</sup>Medicina Interna. Hospital General de Lanzarote. Lanzarote. <sup>3</sup>Medicina Interna. Hospital de la Ribera. Alzira, Valencia. <sup>4</sup>Medicina Interna. Hospital de Donosti. Guipuzcua. <sup>5</sup>Medicina Interna. Hospital General Yagüe. Burgos. <sup>6</sup>Medicina Interna. Hospital de San Agustín. Avilés, Asturias. <sup>7</sup>Medicina Interna. Hospital Reina Sofía. Córdoba. <sup>8</sup>Medicina Interna. Hospital La Paz. Madrid.

**Objetivos.** 1) Investigar en pacientes con riesgo vascular, atendidos en consultas de Medicina Interna, el valor de la claudicación atípica, para el diagnóstico de la enfermedad arterial periférica (EAP) identificada mediante un índice tobillo-brazo (ITB) bajo (< 0,9). 2) Comparar la utilidad diagnóstica de la claudicación atípica respecto a la claudicación típica en el diagnóstico de la EAP.

**Material y métodos.** Se trata de un estudio transversal, descriptivo, observacional, sin intervención terapéutica, en pacientes procedentes de consulta de 96 servicios de Medicina Interna. Se incluyeron pacientes de ambos sexos en un rango de edad comprendido entre 50 y 80 años, que presentaron uno de los 2 siguientes criterios: a) padecer diabetes mellitus tipo 2; o b) tener un riesgo de mortalidad cardiovascular > o igual al 3% a 10 años según la ecuación del proyecto SCORE. Se realizó un despistaje clínico sistematizado de claudicación intermitente vascular, mediante el cuestionario de Edimburgo modificado, estableciéndose 3 categorías: ausente, atípica (dolor con ejercicio localizado en muslos o glúteos) y típica (dolor en pantorrillas).

**Resultados.** Se analizaron prospectivamente 1.487 pacientes (58% varones y 42% mujeres) con una edad media (DE) de 66 (8), de los cuales el 61% era diabéticos y el 39% restante tenía un riesgo de mortalidad cardiovascular > o igual 3% a 10 años según la ecuación del proyecto SCORE. El 26% mostró un ITB bajo, el 5,8% claudicación atípica y el 6,7% claudicación típica. La sensibilidad y especificidad para predecir un ITB bajo fue del 16 y 96%, respectivamente, para la claudicación atípica, y del 20 y 96% para la típica. Así mismo el cociente de probabilidad positivo para la claudicación atípica fue de 4,3 (IC 95%, 2,81-6,46), para la típica de 5,13 (IC 95%, 3,51-7,48), siendo el cociente de probabilidad negativo para cualquiera de las dos pruebas del 0,74 (95% IC, 0,69-0,79).

**Discusión.** La EAP es en la mayoría de los casos una manifestación de arteriosclerosis sistémica, siendo las enfermedades cardiovasculares la causa de muerte del 75% de estos pacientes. Sin embargo, el diagnóstico de EAP con frecuencia es inadvertido porque el paciente puede manifestar inicialmente síntomas atípicos de claudicación. En este estudio demostramos que la presencia de síntomas atípicos de claudicación incrementa en más de 4 veces la posibilidad de tener

una EAP diagnosticada por un ITB < 0,9, mientras que un resultado negativo carece de valor para excluir la enfermedad. Los resultados fueron similares a los casos que se manifestaron de forma típica.

**Conclusiones.** El cuestionario de Edimburgo debe formar parte de la valoración sistemática de los pacientes con riesgo vascular. La identificación de claudicación atípica tiene un valor diagnóstico similar al de la claudicación típica.

#### RV-98

#### FACTORES DE RIESGO VASCULAR E INFLAMATORIOS EN LA PATOLOGÍA VASCULAR RETINIANA

M. Rodríguez Gaspar<sup>1</sup>, F. Santolaria Fernández<sup>1</sup>, J. Borreguero León<sup>2</sup>, A. Martínez Riera<sup>1</sup>, J. Gómez Sirvent<sup>1</sup>, M. Alonso Socas<sup>1</sup>, R. Ros Vilamajo<sup>1</sup> y M. Durán Castellón<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Medicina interna, <sup>2</sup>Laboratorio. Hospital Universitario de Canarias. La Laguna, Santa Cruz de Tenerife.

**Objetivos.** Nuestro objetivo era: 1) Establecer la asociación con factores de riesgo vascular y la presencia de síndrome metabólico 2) Determinar la relación de los componentes del síndrome metabólico con los marcadores de inflamación (PCR, Interleukina 6 y 10, TNF alfa) y la homocisteína.

**Material y métodos.** La patología vascular retiniana es la patología vascular menos estudiada aunque es relativamente frecuente y con una secuela grave como es la amaurosis. Dentro de ella englobamos a la trombosis de la vena central de la retina (CRVO) o sus ramas, la amaurosis fugax, la embolia de la arteria central de la retina (CRAO) o sus ramas y la neuropatía óptica isquémica anterior (NOIA) tanto en su forma arterítica como no arterítica. 284 pacientes que fueron diagnosticados por el servicio de Oftalmología de nuestro centro y remitidos a la consulta de Medicina Interna para estudio de factores de riesgo vascular

**Resultados.** En su forma clínica de presentación, la OCRV era la más frecuente (66%), seguido por la NOIA (21%) y la CRAO (11%) El 50% de los pacientes tenían antecedentes de hipertensión arterial, el 26% de diabetes, el 37% de dislipemia, el 24% consumían tabaco, siendo el 19% ex fumadores. El 37% eran obesos (IMC > 30 kg/m<sup>2</sup>) y el 41% tenían sobrepeso, aunque en la CRAO predominan de forma significativa (p < 0,025) en los pacientes con normopeso. El 11% habían sufrido un evento vascular previo en otro territorio. Cumplían criterios de Síndrome metabólico según la clasificación americana ATP III el 39%. No encontramos relación de los componentes del síndrome metabólico con los diversos cuadros retinianos ni con los datos de inflamación subclínica ni con la homocisteína. Hallamos relación significativa de la PCR y la Interleukina (iL) 10 pero no del resto de los marcadores inflamatorios en las diferentes entidades retinianas.

**Conclusiones.** 1) La hipertensión arterial, la dislipemia y la obesidad eran los factores de riesgo más frecuente encontrados. 2) El 39% cumplían criterios de síndrome metabólico. 3) La PCR y la iL 10 eran los marcadores inflamatorios que se encontraban aumentados en los pacientes con enfermedad vascular de la retina

#### RV-99

#### NIVELES INFERIORES DE POTASIO SÉRICO PREDICEN MAYOR RESPUESTA A ESPIRONOLACTONA EN LA HIPERTENSIÓN ARTERIAL REFRACTARIA

N. Ortega López<sup>1</sup>, J. Vidal Bugallo<sup>1</sup>, J. Montoya Martínez<sup>1</sup>, F. Soria Arcos<sup>2</sup>, M. Villegas García<sup>2</sup>, J. Garre Cánovas<sup>3</sup>, A. Madrid Conesa<sup>3</sup> y G. Ortega González<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Medicina Interna, <sup>2</sup>Cardiología. Hospital Virgen de la Arrixaca. Murcia. <sup>3</sup>Medicina Interna. Fundación para la Investigación en Medicina Interna de la R. Murcia, Murcia.

**Objetivos.** Determinar si la tasa de respuesta a espironolactona de la hipertensión arterial (HT) refractaria, difiere en función de los niveles de potasio sérico previos al tratamiento.

**Material y métodos.** Cohorte de 90 enfermos con HT esencial refractaria, seleccionados para tratamiento con espironolactona. HT refractaria definida como falta de control con al menos tres fármacos, indicados de acorde a las guías clínicas establecidas. Función renal normal previa al tratamiento y no uso previo de antagonistas

de aldosterona. Se suspendieron inhibidores de enzima de conversión y antagonistas de receptor de angiotensina, se sustituyó, si no estaba incluido, el diurético previo por furosemida y se inició tratamiento con 100 mg/día de espironolactona. Se determinaron niveles de potasio, creatinina y tensión arterial (TA), previos, a los 15 días y al mes del cambio de tratamiento. Control de TA definido como inferior a 140/90. Niveles de potasio sérico superiores definidos como mayores de 4,1 mEq/L.

**Resultados.** Se exponen en la tabla 1. En los 90 enfermos tratados se observó control de TA en 64 (Tasa de respuesta global: 71,11%). De ellos 41 (45,56%) presentaron niveles de K pre-tratamiento inferiores o iguales a 4,1 mEq/L, y 49 (54,44%) superior a esa cifra. Se logró control de su TA en 35 de los 41 hipertensos con niveles de K inferiores a iguales a 4,1 mEq/L (Tasa de respuesta: 85,36%). De los 49 enfermos con niveles de K superiores respondieron 29 (Tasa de respuesta: 59,18%). Se observó una mayor tasa de respuesta en los hipertensos con niveles de K previos iguales o inferiores a 4,1. Esta diferencia fue estadísticamente significativa con odds ratio de 4,02 con intervalos de confianza al 95% de 1,43 a 11,34.

**Discusión.** La elevada tasa de respuesta, de la HT refractaria, al tratamiento antialdosterónico sugiere la existencia de hiperaldosteronismo no controlado por el tratamiento previo, con escape al bloqueo del sistema renina angiotensina- aldosterona con inhibidores del enzima de conversión de angiotensina (IECA) o antagonistas del receptor de angiotensina (ARA2). La mayor tasa de respuesta en los hipertensos con niveles inferiores de potasio apoya la existencia de escape aldosterónico no controlado.

**Conclusiones.** Los pacientes con HT refractaria presentaron una elevada tasa de respuesta global a espironolactona. Los niveles de K sérico inferiores o iguales a 4,1 mEq/L predijeron una tasa de respuesta significativamente superior. La alta tasa de respuesta y su comportamiento diferencial según los niveles de potasio, parecen indicar la existencia de hiperaldosteronismo no controlado con el tratamiento previo.

Tabla 1. Control de HT por niveles de K.

	N (%)	Control (%)
Totales	90 (100)	64 (71,1)
K inferior	41 (45,6)	35 (85,4)
K superior	49 (54,4)	29 (59,2)

**RV-100  
ESTUDIO MEDIANTE TAC Y DENSITOMETRÍA POR ABSORCIÓN DE RAYOS X DE ENERGÍA DUAL DE LAS DIFERENCIAS EN LA DISTRIBUCIÓN GRASA ENTRE PACIENTES OBESOS NORMOTENSOS E HIPERTENSOS. RESULTADOS PRELIMINARES**

**A. Vallejo Vaz<sup>1</sup>, V. Alfaro Lara<sup>1</sup>, D. Nieto Martín<sup>1</sup>, B. Vargas Serrano<sup>2</sup>, H. Romero<sup>2</sup>, J. Villar Ortíz<sup>1</sup> y O. Muñiz Grijalvo<sup>1</sup>**

<sup>1</sup>Unidad Clínico-Experimental de Riesgo Vascular (UCERV-UCAMI), <sup>2</sup>Servicio de Radiología. Hospitales Universitarios Virgen del Rocío. Sevilla.

**Objetivos.** El objetivo de nuestro estudio fue conocer si existen diferencias en la distribución de grasa corporal por compartimentos (visceral y subcutáneo) en individuos hipertensos y normotensos con obesidad grado I y II (BMI > 30 y < 40).

**Material y métodos.** Estudiamos a un total de 50 pacientes de 30 a 50 años de edad, no diabéticos y sin antecedentes de enfermedad vascular conocida, con índice de masa corporal (IMC) entre 30 y 40 kg/m<sup>2</sup>. De ellos 29 eran hipertensos y 21 normotensos. La distribución por compartimentos de la grasa abdominal se estudió por TAC y la valoración de la grasa corporal total si hizo por densitometría por absorción de rayos X de energía dual (DEXA).

**Resultados.** Los resultados obtenidos aparecen recogidos en la tabla adjunta.

**Discusión.** Muchos estudios prospectivos han puesto de manifiesto que la obesidad central o androide se correlaciona mejor con la resistencia a la insulina y la hipertensión que la glúteo-femoral o que el propio índice de masa corporal. No obstante, estos estudios se han basado en medidas antropométricas clínicas, pero que no distinguen la proporción entre la grasa abdominal subcutánea y visceral, siendo esta última un factor que aparentemente incrementa la susceptibilidad genética a los componentes del síndrome metabólico y que histológica y funcionalmente (como órgano endocrino) es muy diferente del tejido adiposo de otros compartimentos. En este sentido la TAC puede considerarse el gold standard en la estimación de la distribución por compartimentos de la grasa abdominal, mientras que la densitometría por absorción de rayos X de energía dual (DEXA) es el método más reproducible para valorar la grasa corporal total. Además, el cociente grasa visceral: grasa subcutánea (V/S) se ha correlacionado con el metabolismo lipídico y de los carbohidratos, independientemente del sexo, edad y BMI.

**Conclusiones.** La distribución de grasa por compartimentos visceral y subcutáneo permite discriminar a los obesos hipertensos frente a los obesos normotensos.

Tabla 1. Diferencias en la distribución grasa por compartimentos visceral y subcutáneo entre pacientes obesos normotensos e hipertensos.

	Normotensos (n = 21)	Hipertensos (n = 29)	Grado de significación
BMI	35,67 ± 3,83	33,76 ± 2,3	p = 0,027
Índice cintura cadera	0,83 ± 0,11	0,92 ± 0,08	p = 0,0016
Pliegue tricipital	27,44 ± 4,98	21,10 ± 6,29	p = 0,000
Grasa visceral	14935,1 ± 5287,52	20111,90 ± 6271,25	p = 0,032
Grasa subcutánea	52402,94 ± 14297,13	43328,48 ± 11177,24	p = 0,016

**RV-101  
HIPERTENSIÓN EN VÍCTIMAS DE VIOLENCIA DOMÉSTICA: MAYOR SEVERIDAD Y PEOR CONTROL SIN MAYOR REPERCUSIÓN VASCULAR**

**N. Ortega López<sup>1</sup>, J. Vidal Bugallo<sup>1</sup>, D. Ortega López<sup>2</sup>, F. Toledo Romero<sup>2</sup>, M. Antequera Torres<sup>3</sup>, A. Legaz García<sup>3</sup>, M. Martínez Pastor<sup>4</sup> y G. Ortega González<sup>1</sup>**

<sup>1</sup>Medicina Interna, <sup>2</sup>Psiquiatría, <sup>3</sup>Unidad de Demencias. Hospital Virgen de la Arrixaca. El Palmar-Murcia, Murcia. <sup>4</sup>Medicina Interna. Fundación para la Investigación en Medicina Interna de la R. Murcia, Murcia.

**Objetivos.** Comparar distribución de género, grado de hipertensión (HT), respuesta al tratamiento médico y morbilidad vascular en una cohorte de enfermos hipertensos que sufren violencia doméstica (VD) con la de cohorte general de enfermos hipertensos.

**Material y métodos.** Cohorte de 2340 enfermos hipertensos entre los que se identifican 115 (4,9%) que padecen situación de violencia doméstica. Detección de situación de ansiedad en entrevista estructurada. Las personas con situación de ansiedad fueron evaluadas por escala de Zarit modificada para tolerancia al medio familiar. Violencia doméstica definida como control intencional o conducta violenta por persona o personas en íntima relación con la víctima. Comparación de proporciones de género, grado de HTA, refractariedad al tratamiento y prevalencias de cardiopatía isquémica y enfermedad cerebro-vascular sintomática. Cálculo de Odds ratio con intervalos de confianza del 95%.

**Resultados.** Se exponen en la tabla 1. Sufrían violencia doméstica 115 hipertensos, en su inmensa mayoría mujeres (OR: 8,02). Comparado con los hipertensos sin situación de violencia, la prevalencia de HTA severa era significativamente mayor en este grupo de enfermos (OR 1,97), también fue peor el control tensional logrado, estimado por una mayor prevalencia de HT refractaria (OR: 2,08). Pese al mayor grado de severidad y proporción de refractariedad, no se observaron diferencias significativas en las prevalencias de enfer-

medad coronaria ni enfermedad vascular cerebral, que fueron menos frecuentes en las víctimas de violencia doméstica.

**Discusión.** Las víctimas de violencia doméstica configuran un subgrupo de enfermos hipertensos caracterizados por su más difícil control, unos índices elevados de ansiedad y/o depresión, elevado consumo de psicotropos. Pese a estas características inicialmente adversas, no presentan una mayor prevalencia de eventos vasculares cardíacos o cerebrales. Son necesarios más estudios para definir el papel de la VD en los hipertensos y el papel del apoyo social, familiar y psicológico en el control de su situación.

**Conclusiones.** La violencia doméstica en los hipertensos configura una situación marcada por la disociación entre mayor severidad y refractariedad, no asociada a una prevalencia más elevada de eventos vasculares adversos. Es aconsejable realizar cribaje para identificar situaciones de violencia doméstica en hipertensos (sobre todo mujeres) con difícil control.

Tabla 1. Violencia doméstica, hipertensión y eventos vasculares.

	N	No VD (%)	VD (%)	OR (IC95%)
Nº total	2340	2225 (95,1)	115 (4,9)	
Mujer	1068	969 (43,5)	99 (86,7)	8,02 (4,7-13,7)
HT severa	413	380 (17,0)	33 (28,7)	1,97 (1,3-3,0)
HT refractaria	601	554 (24,8)	47 (40,8)	2,08 (1,4-3,0)
Card. isquémica	123	117 (5,3)	6 (5,2)	0,90 (0,4-2,3)
Enf. cerebro-vascular	222	213 (9,6)	9 (7,8)	0,80 (0,4-1,6)

**RV-103**

**INFLUENCIA DE LA ENFERMEDAD RENAL OCULTA EN LA PREVALENCIA DE ENFERMEDAD ARTERIAL PERIFÉRICA (EAP) ESTIMADA POR UN ÍNDICE TOBILLO BRAZO (ITB) PATOLÓGICO EN PACIENTES SIN ENFERMEDAD CARDIOVASCULAR CONOCIDA Y RIESGO CARDIOVASCULAR MEDIO-ALTO. ESTUDIO MERITO**

**C. Suárez<sup>1</sup>, F. Fernando<sup>2</sup>, F. Francisco<sup>3</sup>, O. Aramburu<sup>4</sup>, L. Pérez<sup>1</sup>, R. Rabuñal<sup>5</sup>, J. Javier<sup>6</sup> y J. Mostaza<sup>7</sup>**

<sup>1</sup>Medicina interna. Hospital de la Princesa. Madrid <sup>2</sup>Medicina interna. Hospital La Inmaculada, Huerca-Overa. Huerca-Overa, Almería. <sup>3</sup>Medicina interna. Hospital Reina Sofía, Córdoba. <sup>4</sup>Medicina interna. Hospital Universitario Virgen Macarena, Sevilla. <sup>5</sup>Medicina interna. Hospital Xeral de Lugo. Lugo <sup>6</sup>Medicina interna. Hospital General de Segovia. <sup>7</sup>Medicina interna. Hospital Carlos III. Madrid.

**Objetivos.** Comparar la prevalencia de EAP estimada por un ITB patológico en pacientes sin antecedentes de enfermedad cardiovascular (ECV) conocida, de riesgo medio- alto, atendidos en consultas externas hospitalarias de medicina interna, según la presencia o ausencia de enfermedad renal oculta.

**Material y métodos.** Estudio transversal realizado en pacientes asintomáticos para ECV, sin antecedentes de ECV conocida, de ambos sexos, edades entre 50 y 85 años y riesgo de mortalidad cardiovascular a 10 años > = 3% según SCORE, atendidos de forma consecutiva en consultas externas hospitalarias de medicina interna de la red sanitaria pública española. Se realizó anamnesis, exploración, analítica de sangre y orina y medida del ITB. Se consideró patológico si < 0,9. Se excluyeron sujetos con ITB > 1,4. Se consideró Insuficiencia renal oculta si el aclaramiento de creatinina estimado por la fórmula de Cockcroft-Gaul era < 60 ml/m y la creatinina sérica < 1,2 en mujeres o < 1,3 mg/dl Estudio estadístico: comparación de medias (t de Student o  $\chi^2$ ).

**Resultados.** 1.231 pacientes que cumplían los criterios de inclusión. 191 (15,5%) con Aclaramiento de Creatinina (AC) < 60 ml/min/1.73 m<sup>2</sup> y 1040 (84,5%) > = 60 ml/min/1.73 m<sup>2</sup>. A continuación se listan las características de ambos grupos seguidos del valor (p). Sexo (% varón): 31,4/ 62,3 (< 0.0001); Edad;años (DE): 73,3 (5,5)/ 64,2 (7,7) (< 0.0001); IMC; kg/m<sup>2</sup> (DE): 26,9 (4,2)/ 30,3 (4,8) (< 0.0001); Fumadores;%: 9/ 26 (< 0.0001);Diabeticos (%): 59./60,8 (NS) ; Hipertensos (%): 95,8/ 94,7 (NS); LDL-colesterol; mg/dL (DE): 130 (42)/134 (40) (NS);HDL-colesterol;

mg/dL(DE): : 55 (17)/ 51 (21) (0.02); Triglicerides; mg/d (DE): 143 (77)/166 (107) (0.006); AC; ml/min/1.73 m<sup>2</sup> (DE): 51.2 (6.3)/ 92.2 (26.8) (< 0.0001); ITB% < 0.9: 32.5/ 23.7 ( 0.011).

**Conclusiones.** La realización rutinaria del aclaramiento de creatinina estimado a pacientes asintomáticos para ECV, de riesgo medio-alto, con creatinina normal ayuda a identificar a pacientes con mayor probabilidad de ITB patológico.

**RV-104**

**CARACTERÍSTICAS CLÍNICO-EPIDEMIOLÓGICAS DE LOS PACIENTES CON ENFERMEDAD DEL TRONCO COMÚN IZQUIERDO SOMETIDOS A REVASCULARIZACIÓN PERCUTÁNEA**

**M. Ortas Nadal, B. Ordóñez, C. Bergua, M. Pinilla, I. De la Puerta, J. Ruiz, P. Portero y A. Peleato**

Cardiología. H. Clínico Universitario Lozano Blesa. Zaragoza

**Objetivos.** Estudiar las características clínico epidemiológicas de los pacientes con enfermedad del tronco común izquierdo coronario no protegido sometidos a intervencionismo percutáneo (ICP) en nuestra Unidad de hemodinámica

**Material y métodos.** Se estudiaron 34 pacientes diagnosticados tras un cateterismo cardiaco de enfermedad significativa del tronco común izquierdo coronario no protegido que fueron revascularizados percutáneamente. Se analizaron datos clínico epidemiológicos Los datos se analizaron con el programa estadístico SPSS 12.5.

**Resultados.** Durante los últimos 4 años, 34 pacientes con enfermedad del tronco común izquierdo coronario fueron sometidos a ICP en nuestra Unidad de Hemodinámica. De ellos, el 75,8% eran varones. La edad media fue de 65.6 (DT 10.8) años. Los factores de riesgo cardiovascular asociados fueron: Hipertensión arterial(HTA)(52,9%), Dislipemia (58,8%), Diabetes mellitus (8,8%), Fumadores (20,6%), Exfumadores (38,2%), antecedentes de Cardiopatía isquémica previa (87%) sobretodo en forma de ángor de esfuerzo (71%), claudicación en extremidades inferiores (12,9%) e insuficiencia renal crónica (9,7%). El motivo de petición del cateterismo cardiaco fue: Ángor inestable de alto riesgo (45%), ergometría positiva (38,7%), infarto no Q (6,5%), infarto con onda Q (3,2%) y eco de estrés positivo (3,2%). El tratamiento previo al procedimiento consistía en: AAS (88,9%), clopidogrel (55,6%), IECA (22,2%), ARA II (7,4%), betabloqueantes (63%), inhibidores de los canales del calcio (37%), nitritos (66,7%), diuréticos (11,1%) y estatinas (44,4%). Al alta, el tratamiento tras la revascularización fue: AAS (96,2%), clopidogrel (85,2%), ticlopidina (14,8%), betabloqueantes (56,5%), inhibidores del calcio (27,3%), nitritos (17,4%), diuréticos (8,7%) y estatinas (52,2%).

**Conclusiones.** Los pacientes con enfermedad del tronco común izquierdo no protegido que van a ser revascularizados percutáneamente son mayoritariamente varones y no muy mayores, en nuestro medio. Es llamativo el que la mayoría refieran sintomatología de cardiopatía isquémica previa en forma de ángor de esfuerzo y, sin embargo, el motivo de petición de la prueba más frecuente sea el ángor inestable de alto riesgo. Esto, posiblemente, sea debido a una infravaloración de cuadro clínico inicial.

**RV-105**

**ENFERMEDAD DEL TRONCO COMÚN IZQUIERDO CORONARIO NO PROTEGIDO REVASCULARIZADO PERCUTÁNEAMENTE. RESULTADO CLÍNICO A CORTO Y MEDIO PLAZO**

**M. Ortas Nadal, C. Bergua, B. Ordóñez, I. de La Puerta, P. Portero, J. Ruiz y A. Peleato**

Cardiología. H. Clínico Universitario Lozano Blesa. Zaragoza

**Objetivos.** Conocer el resultado inicial y la evolución clínica a los 6 de los pacientes con enfermedad del tronco común izquierdo coronario no protegido sometidos a intervencionismo percutáneo (ICP) en nuestra Unidad de hemodinámica

**Material y métodos.** Se estudiaron 34 pacientes diagnosticados tras un cateterismo cardiaco de enfermedad significativa del tronco común izquierdo coronario no protegido que fueron revascularizados percutáneamente. Se analizaron datos del procedimiento e incidencia de eventos adversos (ángor, infarto o muerte) a los 6 meses del

procedimiento, mediante llamada telefónica. Los datos se analizaron con el programa estadístico SPSS 12.5.

**Resultados.** Durante los últimos 4 años, 34 pacientes con enfermedad del tronco común izquierdo coronario no protegido fueron sometidos a ICP en nuestra Unidad de Hemodinámica. De ellos, el 75,8% eran varones. La edad media fue de 65,6 años (DT 10,8). El 50% de los casos la enfermedad afectaba al ostium y segmento proximal del vaso y en la otra mitad al segmento distal, en bifurcación con las dos ramas principales (arteria descendente anterior y circunfleja). La técnica empleada durante el procedimiento revascularizador fue: Stent directo (45,2%), predilatación con balón (45,2%), cutting-balloon (22,6%), kissing-balloon (9,7%), crushing-balloon (6,5%) y aterectomía rotacional (3,2%). Se realizó dilatación con balón posterior en el 54%. El 80% de los casos asociaba enfermedad arterial en otro vaso, realizándose revascularización completa casi en el 50% de los casos. El número de stents implantados fue: 1 (25,8%), 2 (35,5%), 3 (29%) y 4 o más (6,5%), siendo el 74% stents recubiertos con rapamicina o taxol. La longitud media del stent fue: 11,67 mm (DT 6) y el diámetro: 3,33 mm (DT 0,68). El éxito inicial angiográfico se consiguió en el 100% de los casos, sin complicaciones periprocedimiento en ninguno de ellos, a excepción de 1 hematoma complicado en punto de punción arterial femoral. Tras la valoración de posibles eventos clínicos durante los 6 primeros meses, realizada por teléfono a 33 de los 34 pacientes estudiados: El 14,8% refería ángor de esfuerzo estable, no hubo ningún caso de ángor inestable y/o infarto de miocardio y tan sólo 1 paciente falleció por insuficiencia cardíaca refractaria.

**Conclusiones.** La revascularización percutánea de los pacientes con enfermedad del tronco común izquierdo no protegido parece una técnica segura y eficaz, a corto y medio plazo, en nuestro medio.

#### RV-106

### LA INGESTA DE UNA DIETA CON LECHE ENRIQUECIDA EN ESTEROLES VEGETALES DISMINUYE MÁS LOS NIVELES PLASMÁTICOS DE COLESTEROL-LDL COMPARADA CON LECHE ENRIQUECIDA EN OMEGA-3 EN PACIENTES CON HIPERCOLESTEROLEMIA POLIGÉNICA

E. Galán Dorado<sup>1</sup>, P. Pérez Martínez<sup>1</sup>, N. Delgado<sup>1</sup>, F. Martín<sup>1</sup>, M. Moreno<sup>1</sup>, J. Caballero<sup>2</sup>, J. Lopez Miranda<sup>1</sup> y F. Pérez Jiménez<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Medicina Interna, <sup>2</sup>Bioquímica. Hospital Reina Sofía. Córdoba.

**Objetivos.** Estudiar si una leche semidesnatada enriquecida en esteroles vegetales es más eficaz para reducir los valores de colesterol-LDL que otra enriquecida en ácidos omega-3. Secundariamente, evaluar la influencia de esta intervención sobre otros parámetros lipídicos.

**Material y métodos.** Estudio de intervención realizado 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 leche semidesnatada que varía según la dieta: enriquecida en esteroles vegetales, ácidos grasos omega-3 o leche semidesnatada placebo. Se determinó al inicio del estudio y al final de cada período: colesterol total, colesterol-LDL, colesterol-HDL, triglicéridos, Apo A-I, Apo B, Lipo-proteína a.

**Resultados.** Al comparar el período con esteroles vegetales (EV) frente al de la leche enriquecida en omega-3 (N-3) y al período con placebo (Pb), observamos una disminución de los niveles plasmáticos de colesterol-LDL (EV: 141,2 ± 24,07 vs. N-3: 145,59 ± 22,55 vs. Pb: 155,84 ± 24,63; p < 0,05), Colesterol total (EV: 212,32 ± 25,02 vs. N-3: 217,6 ± 29,25 vs. Pb: 228,5 ± 26,10; p < 0,05) y Apolipoproteína B (EV: 93,03 ± 14,64 vs. N-3: 95,17 ± 16,06 vs. Pb: 98,67 ± 15,42; p < 0,05) a favor de los esteroles vegetales. No hubo diferencias con el resto de determinaciones.

**Discusión.** Los alimentos funcionales han cobrado gran importancia dentro de la actual tecnología de los alimentos, ofreciendo nuevas opciones terapéuticas. Los esteroles vegetales se muestran superiores para el control del colesterol LDL frente a omega-3, aportados en forma de leches semidesnatadas. Son necesarios más estudios que comparen el efecto en condiciones reales de diversos alimentos funcionales y su repercusión en la salud.

**Conclusiones.** Nuestros resultados muestran que una alimentación de tipo mediterráneo junto con leche enriquecida en esteroles vege-

tales, disminuye más los niveles plasmáticos de colesterol-LDL (reducción del 9,39% frente a placebo) que el mismo tipo de alimentación con leche enriquecida en ácidos grasos omega-3 (reducción del 6,57% frente a placebo), también existe una reducción significativa del colesterol total y la Apolipoproteína B con los esteroles vegetales.

#### RV-107

### HIPERTENSIÓN ARTERIAL Y ENFERMEDAD CEREBROVASCULAR

P. Martínez Espada, P. Vega y J. Díaz Díaz

Medicina Interna D. Hospital Abente y Lago. La Coruña.

**Objetivos.** Estudio prospectivo descriptivo sobre epidemiología, clínica y evolución de pacientes con HTA que ingresan por episodio de ACV.

**Material y métodos.** Ingresos en unidad de medicina interna durante 3 meses. Consideramos: edad y sexo; tipo de ACV; factores de riesgo cardiovascular y cumplimiento de Objetivos. según ADA, ATP-III y OMS; ACV y enfermedad cardiovascular previos; evolución clínica.

**Resultados.** Ingresaron 710 pacientes entre los cuales 23 presentaron un episodio de ACV y eran hipertensos, siendo la edad media 75 años y existiendo similar proporción entre hombres y mujeres. Obtuvimos los siguientes resultados: tipo de ACV: 78% trombotico; 9% embolico; 13% hemorragico. factores de riesgo cardiovascular clásicos: hta: 100%. Cumplen objetivos: 95% uso de farmacos; 57% en cifras tensionales, 42% dieta. DM tipo II: 39%. Cumplen objetivos. hba<sub>1c</sub>: 33%. dislipemia: 44%. Cumplen objetivos. LDL: 40%. ACV previo: 52%. enfermedad cardiovascular previa: cardiopatía isquemica: 13%. fibrilación auricular: 22%. arteriopatía periférica: 9%. evolución: 35% sin secuelas; 35% con secuelas con posibilidad de rehabilitación; 30% éxitos.

**Discusión.** La HTA constituye un importante factor etiopatogénico y pronóstico en el desarrollo de enfermedad cerebrovascular. A pesar de que la mayoría de pacientes usan farmacos antihipertensivos, solo se consigue un buen control de cifras tensionales en la mitad de los pacientes, siendo especialmente bajo el seguimiento de una dieta adecuada y más aun la practica de ejercicio, debido a la limitación funcional existente en estos pacientes por la edad. Por lo tanto, resulta fundamental aumentar los esfuerzos para conseguir un mejor control tanto de la HTA como de los restantes factores de riesgo cardiovascular presentes en el paciente anciano, especialmente la diabetes mellitus y la dislipemia, si queremos prevenir la morbilidad y mortalidad asociada a los accidentes vasculares cerebrales. Por otra parte, uno de los aspectos llamativos en la recogida de datos fue el bajo porcentaje de pacientes diagnosticados de arteriopatía periférica, a pesar de que presentaban una clínica claramente sugestiva de padecer dicha afectación.

**Conclusiones.** 1) En la mayoría de pacientes es la presión arterial sistólica la que se encuentra especialmente elevada. solo presentan buen control de cifras tensionales el 57%, a pesar de tratamiento médico. 2) Asocian un 39% diabetes mellitus y dislipemia el 44%. 3) Es necesario intentar conseguir un mejor control de los factores de riesgo cardiovascular, lejos aun del nivel optimo de cumplimiento de Objetivos. recomendados por la ADA, ATP-III y OMS. 4) Evolucionaron como éxitos un 30% de pacientes, presentando más de la mitad de estos casos ACV previo y fibrilación auricular.

#### RV-109

### EFFECTOS DEL POLIMORFISMO C.-94\_-93 DEL > G DE LA REGIÓN PROMOTORA DEL GEN DE LA HORMONA DEL CRECIMIENTO SOBRE LA ACTIVIDAD DEL PROMOTOR (MEDIANTE EMSA) EN RELACIÓN CON EL SÍNDROME METABÓLICO EN HIPERTENSOS ESENCIALES

D. Nieto Martín, V. Alfaro Lara, A. Vallejo Vaz, P. Stiefel García Junco, E. Pamiés Andreu, M. Miranda Guisado, O. Muñiz Grijalvo y J. Villar Ortiz

Medicina Interna. HHUU Virgen del Rocío. Sevilla.

**Objetivos.** El síndrome de déficit de GH del adulto reporta un incremento en la mortalidad de origen cardiovascular, compartiendo similitudes con el síndrome metabólico. En un estudio previo de nuestro

grupo objetivamos la mayor prevalencia de síndrome metabólico en aquellos sujetos hipertensos portadores del polimorfismo c.-94\_-93 del > G de la región promotora del gen de la hormona del crecimiento. La regulación de la transcripción del gen GH la ejercen interacciones específicas en cada tejido. Esta regulación viene determinada por la unión de distintas proteínas reguladoras a secuencias específicas del ADN, localizadas dentro de la región promotora, que permiten la inducción o inhibición de dicha transcripción. Nuestra hipótesis es que la presencia de alteraciones polimórficas situadas en la región promotora del gen de la GH podría ser un marcador de riesgo para desarrollo de Síndrome metabólico en hipertensos esenciales. Analizar *in vitro* la actividad sobre la transcripción del gen de la GH del polimorfismo c.-94\_-93 del > G de la región promotora del gen de la GH que pudieran estar implicados en la misma.

**Material y métodos.** Mediante el Análisis de Movilidad electroforética (EMSA) podemos detectar y caracterizar *in vitro* la interacción ADN-proteína; esta característica la hace ser una herramienta muy importante en el estudio de la unión de un promotor a factores de transcripción. Extractos nucleares procedentes de células de adenocarcinoma de mama estimuladas con forbol-éster o inactivadas. Los oligonucleótidos marcados con P32, que contienen la secuencia consenso para el promotor de la GH, fueron incubados con los extractos nucleares. El producto de esta reacción se carga en un gel de poliacrilamida. La movilidad de la sonda en el gel estará determinada por la unión de esta a las proteínas contenidas en los extractos nucleares. La especificidad de la unión se verifica mediante la adición de una sonda con la secuencia del alelo mutado del promotor.

**Resultados.** Como consecuencia de la unión de la región promotora del gen de la GH a factores de transcripción se formaron complejos proteína-ADN que migraron más lentamente dando lugar a bandas de movilidad electroforética retrasadas en el gel. Esta unión era más fuerte con extractos nucleares procedentes de células de adenocarcinoma de mama estimuladas con forbol-éster. Los oligonucleótidos que contienen la secuencia del alelo mutado "del", presentaban una unión algo superior si la comparamos con los oligonucleótidos que contienen el genotipo más común o de inserción, G. Como ya describimos en comunicaciones previas, los sujetos que eran portadores del polimorfismo no presentaban una menor concentración plasmática de hormona del crecimiento.

**Discusión.** Los cambios encontrados en la secuenciación de la región promotora del gen de la GH no están directamente asociados con el déficit de la hormona, poniendo de manifiesto que una simple variación no es la única responsable del déficit de ésta. Por otro lado, la relación es compleja, porque esta expresión depende, no solo de la región proximal promotora, sino también de lugares polimórficos en el locus de control, el cual modula la expresión del promotor proximal. La importancia de esta variación genética viene apoyada por los resultados que detectan un aumento en la unión a extractos nucleares en la secuencia del promotor que contiene el polimorfismo.

**Conclusiones.** La presencia del alelo mutado "del" disminuye la actividad del promotor, habiéndose demostrado a través de un aumento de la unión a factores de transcripción (posiblemente represores) a la secuencia que contiene el alelo "del".

#### RV-111 PREVALENCIA DE SÍNDROME METABÓLICO E ÍNDICE TOBILLO-BRAZO PATOLÓGICO EN PACIENTES SOMETIDOS A CORONARIOGRAFÍA

D. Lopez Carmona<sup>1</sup>, A. Cordero Aguilar<sup>2</sup>, E. de Ramón Garrido<sup>1</sup>, R. Guijarro Merino<sup>1</sup>, G. Uribarri Sánchez<sup>1</sup>, M. de Mora Martín<sup>2</sup>, F. Malpartida de Torres<sup>2</sup> y R. Gómez Huelgas<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Medicina Interna, <sup>2</sup>Cardiología. H.R.U. Carlos Haya. Málaga.

**Objetivos.** El propósito de este estudio es evaluar la presencia de síndrome metabólico (SM), entre los pacientes con sintomatología sugestiva de cardiopatía isquémica (CI) sometidos a coronariografía, analizando la relación entre la presencia de dicho síndrome y la gravedad de las lesiones identificadas. Como parte de la evaluación de los Factores de Riesgo Cardiovascular (FRCV) de la muestra, se determinó la presencia de enfermedad arterial periférica subclínica mediante la medición del índice tobillo-brazo (ITB) y su posible relación con los hallazgos de la coronariografía.

**Material y métodos.** Durante un período de 20 semanas, se analizaron los antecedentes clínicos de 369 pacientes sometidos a intervencionismo coronario percutáneo (ICP). De estos se eligieron aquellos que no teniendo antecedentes de enfermedad arteriosclerótica presentaban sospecha clínica de cardiopatía isquémica, quedando una muestra de 138 pacientes. La identificación del SM se realizó de acuerdo a los criterios propuestos por la Federación Internacional de Diabetes (IDF). La medición de ITB se realizó, con una sonda doppler de 8 MHz por un único investigador. ( patológico < 0.9). Las determinaciones analíticas corresponden a las que se practicaron durante su estancia hospitalaria. Se consideraron lesiones significativas en la coronariografía a las que ocupan más de un 50% de la luz del vaso, clasificándose en 4 grupos en función de su número. ( 0, 1, 2, y 3 o más lesiones).

**Resultados.** La edad fue 59.1 ± 11 años, con 71% varones, y 27,5% mujeres. La distribución de los FRCV clásicos fue: HTA, 52%, DM tipo 2, 33%, hipercolesterolemia, 36%, tabaquismo, 38%, IMC patológico, 82%. El 40% no estaba recibiendo tratamiento para los FRCV. La frecuencia de SM fue del 51%, existiendo una asociación con la gravedad de las lesiones coronarias (p = 0,006). La frecuencia de ITB patológico fue del 19% existiendo asociación lineal respecto a la gravedad de las lesiones coronarias (p = 0,028). La sensibilidad del ITB fue del 28% y la especificidad del 92% en relación a las lesiones coronarias.

**Conclusiones.** Nuestros pacientes debutantes con CI representan una población con una frecuencia de FRCV similar a la descrita para esta población. La frecuencia de SM fue del 51% y la del ITB patológico del 19% observándose una relación significativa entre ambas variables y la gravedad de las lesiones coronarias ( p = 0,006 y p = 0,028 respectivamente) Para el caso del ITB la sensibilidad y especificidad diagnósticas de lesión coronaria fue del 28% y 92% respectivamente.

#### RV-112 ANTICOAGULACIÓN EN PACIENTES CON FIBRILACIÓN AURICULAR: USO ADECUADO EN NUESTRO HOSPITAL L. Fernández-Clemente Martín-Orozco, M. Galindo Andúgar, R. Burón Fernández, J. Canora Lebrato, E. Moya Mateo, A. Pedrajas Ortiz, M. Yzusqui Mendoza y O. Asensio

Medicina Interna. C.H. La Mancha Centro. Alcázar de San Juan, Ciudad Real.

**Objetivos.** Valorar el tipo de tratamiento que reciben los pacientes diagnosticados de fibrilación auricular. Revisar las indicaciones correctas de anticoagulación oral, así como sus contraindicaciones y/o los motivos por los que se retira.

**Material y métodos.** Se seleccionaron los pacientes ingresados en Especialidades Médicas (excluyendo Oncología) durante el período comprendido entre enero 2003 y abril 2003, con diagnóstico previo de fibrilación auricular y/o al alta, en los que se realizó ecocardiograma durante el ingreso. Los criterios utilizados para valorar la indicación correcta de anticoagulación fueron las recomendaciones de la Sociedad Española de Cardiología. Se recogieron las variables: edad, especialidad en la que ingresaron, diabetes mellitus, HTA, enfermedad cerebrovascular, hemorragia digestiva, enfermedad péptica, cardiopatía isquémica, insuficiencia cardíaca, dilatación aurícula izquierda, disfunción VI. Se analizaron los datos con el paquete estadístico SPSS 12.0.

**Resultados.** Se seleccionaron un total de 164 casos (de 830 ingresos), con la siguiente distribución: 126 fibrilaciones auriculares crónicas (FAC), 36 paroxísticas, 2 éxitus. La distribución por especialidades fue: M. Interna 112 (89 FAC y 21 FAP), Cardiología 23 (15 FAC y 8 FAP), Neumología 7 (6 FAC y 1 FAP), Neurología 16 (10 FAC y 6 FAP), Digestivo 6 (todas FAC). En el caso de la FAC, el tratamiento pautado fue: anticoagulación con dicumarínicos: 67 casos (54%), con heparinas de bajo peso molecular (HBPM): 3 (2,4%), antiagregación con ácido acetilsalicílico (AAS) a dosis de 300 mg: 14 (11,3%), AAS 100 mg: 18 pacientes (14,5%), no antiagregadas ni anticoaguladas: 22 (13,8%). Respecto a la FAP: anticoagulación con dicumarínicos en 8 casos (22,2%), AAS 300 mg en 5 casos (26,3%), AAS 100 mg en 3 casos (8,3%), sin anticoagulantes ni antiagregantes en 20 pacientes (55,6%). De 151 casos que cumplían criterios para anticoagulación, existía contraindicación total o relativa en 44



de ellos (de los que sólo 1 fue anticoagulado posteriormente). De los 103 restantes, se anticoagularon 74 (69,2%) con dicumarínicos, y 1 con HBPM por mal control de INR. En 19 casos no se pautó ningún tratamiento. La media de edad en los pacientes anticoagulados fue 73, con mínimo de 36 y máximo de 88, frente a los tratados con AAS 300 (78 años, 55-93). No hubo casos de pacientes anticoagulados que no cumplieran los criterios. En los 164 casos estudiados, se observaron las siguientes frecuencias: disfunción VI en 14 (8,5%), AI dilatada en 22 (13,4%), 8 reconocían seguir fumando (4,9%), antecedentes de cardiopatía isquémica en 35 (21,3%), diabetes mellitus en 48 (29,3%), HTA en 90 (54,9%), dislipemia en 24 (14,6%), enfermedad cerebrovascular en 28 (17,1%), hemorragia digestiva en 13 (7,9%), insuficiencia cardíaca en 29 (17,7%). Las razones más frecuentes para suspender o no indicar anticoagulación fueron: edad avanzada y mala situación previa en 19 (11,6%), complicaciones hemorrágicas en 16 (9,1%, siendo las más graves 9 hemorragias digestivas y 2 ACVA hemorrágicos), y en 4 casos por revertir la arritmia (2,4%).

**Discusión.** La fibrilación auricular fue observada en aproximadamente la quinta parte de los pacientes estudiados, siendo la más frecuente la forma crónica. El tratamiento más utilizado fue la anticoagulación con dicumarínicos (aunque su uso fue menor en la forma paroxística). La tendencia a antiagregar fue mayor en pacientes de mayor edad, debido a las potenciales complicaciones, siendo las hemorrágicas una de las razones más frecuentes para suspender anticoagulantes. Las enfermedades asociadas más frecuentes fueron la HTA, diabetes mellitus y cardiopatía isquémica.

**Conclusiones.** El uso de anticoagulación en fibrilación auricular está ampliamente extendido, siendo menor su uso en la FAP. En pacientes con edad avanzada se tiende a usar antiagregación por el riesgo de complicaciones, especialmente las hemorrágicas.

#### **RV-113** **FACTORES DE RIESGO CARDIOVASCULAR EN LOS PACIENTES ANCIANOS INGRESADOS POR ICTUS** **M. Domínguez Santalla<sup>1</sup>, C. Mella Pérez<sup>2</sup> y A. Aneiros Díaz<sup>3</sup>**

<sup>1</sup>Medicina Interna. Policlínico La Rosaleda. Santiago, La Coruña. <sup>2</sup>Medicina Interna, <sup>3</sup>Area Neurología. Hospital do Salnés. Vilagarcía de Arousa, (Pontevedra).

**Objetivos.** La enfermedad cerebrovascular tiene una gran importancia por su frecuencia y morbimorbilidad asociadas. La edad es el factor de riesgo no modificable más importante, ya que la mayoría de los ictus ocurren en pacientes mayores de 65 años. Los principales factores de riesgo modificables son la hipertensión arterial (HTA), fibrilación auricular, diabetes, dislipidemias, enfermedad aterosclerótica y tabaquismo. El principal objetivo fue analizar la presencia de factores de riesgo modificables en los pacientes ancianos ingresados por un ictus.

**Material y métodos.** Se realizó un análisis retrospectivo de los pacientes mayores de 80 años, ingresados por ictus en un servicio de Medicina Interna durante un período de 1 año (mayo-2005 a mayo-2006). Se recogieron: la edad, sexo, antecedentes de hipertensión arterial (HTA), diabetes mellitus, dislipidemia, cardiopatía isquémica, fibrilación auricular, arteriopatía periférica, ACV previo y tabaquismo. Se recogieron las cifras de colesterol total y cLDL. Así como el tratamiento antihipertensivo, hipolipemiente y antiagregante o anticoagulante previo.

**Resultados.** Se incluyeron 21 pacientes, de los cuales 13 (59%) eran mujeres. La mediana de edad fue de 86 años (rango 80-94 años). La estancia media fue de 9 días. Tres pacientes (3,6%) fallecieron durante el episodio agudo. El ranking al alta fue mayor de 3 en el 50% de los pacientes. Los factores de riesgo cardiovascular al ingreso: 11 (50%) HTA, 4 (18%) diabetes, 4 (18%) fibrilación auricular, 4 (18%) habían presentado ACV previo, 3 (13,6%) cardiopatía isquémica. Sólo 1 paciente era fumador (4,5%). Más de la mitad de los pacientes (59%) presentaba al ingreso cifras de cLDL > 100 mg/dL. En cuanto al tratamientos al ingreso: 10 pacientes (45,5%) recibían tratamiento antihipertensivo, 9 pacientes (41%) recibían tratamiento antiagregante, 3 pacientes (13,6%) estaban anticoagulados y sólo 1 paciente (4,5%) recibía tratamiento hipolipemiente.

**Conclusiones.** El factor de riesgo más frecuente fue la hipertensión arterial (50%) de los pacientes. La prescripción de hipolipemiantes

era excepcional, a pesar de que más de la mitad de los pacientes (59%) presentaban cifras elevadas de cLDL. Un 41% de los pacientes recibían tratamiento antiagregante previo al evento.

#### **RV-114** **ELEVACIÓN MATUTINA O PROFUNDIDAD DE LA PRESIÓN ARTERIAL: QUIEN DETERMINA EL RIESGO DE ICTUS EN EL HIPERTENSO?**

**C. Calvo<sup>1</sup>, R. Hermida<sup>2</sup>, M. Rodríguez<sup>1</sup>, J. López Paz<sup>1</sup>, D. Ayala<sup>2</sup>, A. Mojón<sup>2</sup>, M. Chayán<sup>1</sup> y J. Fernández<sup>2</sup>**

<sup>1</sup>Unidad de Hipertensión y Riesgo Vascular. Hospital Clínico Universitario. Santiago de Compostela, La Coruña.

<sup>2</sup>Laboratorio de Bioingeniería y Cronobiología. Universidad de Vigo. Vigo, Pontevedra.

**Objetivos.** Comparar el valor pronóstico del Incremento Matutino de la Presión Arterial (IMPA) y de la profundidad presoria 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 Cronoterapia, reduce el riesgo cardiovascular.

**Material y métodos.** Estudio prospectivo de 2.643 sujetos del área sanitaria de Santiago de Compostela, de 51,9 ± 14,1 años. En la inclusión, la PA se monitorizó (MAPA) durante 48 horas. Con la MAPA se realizó una evaluación clínica y analítica, que se repite anualmente o, cada 3-4 meses, si es necesario ajustar el tratamiento antihipertensivo.

**Resultados.** La mediana del tiempo de seguimiento hasta el momento es de 3,2 años (rango 0,5 a 5,8). En función de la MAPA basal, la morbilidad (AVC isquémico, AVC isquémico transitorio y AVC hemorrágico) fue similar en los pacientes *dipper*-extremo (0,31 eventos por 100 pacientes-año) y *dippers* (0,21), pero significativamente mayor en *no-dippers* (0,47) y sobre todo en *risers* (2,22). Cuando la morbilidad se evaluó en función de la MAPA más próxima al evento, no hubo ningún ictus en los pacientes *dipper*-extremo, una disminución de incidencia en los *dipper* (0,16), y un aumento de morbilidad en los *no-dippers* (0,63) y en los *risers* (2,35). Los pacientes se dividieron en cuartiles en orden creciente de IMPA y orden decreciente de profundidad. No hubo diferencia en la incidencia de AVC entre los cuartiles de IMPA (p = 0,063). El aumento de morbilidad entre los cuartiles de mayor a menor profundidad fue altamente significativo (p < 0,001).

**Conclusiones.** El riesgo de ictus en los pacientes hipertensos, está asociado a la disminución de la profundidad presoria y no al IMPA. Los resultados, en 3 años de seguimiento, sugieren que aumentar la profundidad, mediante Cronoterapia antihipertensiva, disminuye el riesgo de AVC.

#### **RV-115** **¿MEJORA LA CRONOTERAPIA EL CONTROL DE LA HIPERTENSIÓN ARTERIAL?**

**C. Calvo<sup>1</sup>, R. Hermida<sup>2</sup>, J. López Paz<sup>1</sup>, D. Ayala<sup>2</sup>, M. Rodríguez<sup>1</sup>, A. Mojón<sup>2</sup>, M. Chayán<sup>1</sup> y J. Fernández<sup>2</sup>**

<sup>1</sup>Unidad de Hipertensión y Riesgo Vascular. Hospital Clínico Universitario. Santiago de Compostela, La Coruña.

<sup>2</sup>Laboratorio de Bioingeniería y Cronobiología. Universidad de Vigo. Vigo, Pontevedra.

**Objetivos.** El tratamiento antihipertensivo, administrado en dosis matutina, modifica el patrón circadiano de la presión arterial (PCPA) y la profundidad de la PA disminuye con el número de fármacos. El objetivo del estudio ha sido valorar el impacto del tratamiento antihipertensivo y de la hora de su administración sobre el perfil circadiano de la PA en una cohorte de hipertensos.

**Material y métodos.** Se estudiaron 4.930 pacientes con hipertensión arterial esencial, de 52,8 ± 13,5 años de edad. 1.811 pacientes no recibían tratamiento, 1.869 recibían la medicación a la hora de levantarse, 443 tomaban la medicación a la hora de acostarse, y 807 tomaban los fármacos tanto al levantarse como al acostarse. La PA se evaluó por MAPA de 48 horas.

**Resultados.** Los pacientes no tratados eran *no-dipper* el 42,9%. En los que toman todos los fármacos al levantarse, la PA se redujo más

durante las horas de actividad que durante el descanso nocturno, en relación con los pacientes no tratados y el porcentaje de pacientes no-dipper se elevó hasta el 59,1% ( $p < 0,001$ ). En los pacientes con tratamiento al levantarse y al acostarse, el porcentaje de no-dipper fue de 45,8% ( $p = 0,161$  en comparación con los no tratados), y se redujo hasta un 34,5% en pacientes que tomaban la medicación al acostarse ( $p < 0,001$ , en relación con todos los grupos). El porcentaje de pacientes con PA ambulatoria controlada aumentó desde un 39,5% en pacientes con toda la medicación al levantarse hasta un 52,4% en aquellos que tomaban los fármacos al acostarse.

**Conclusiones.** El tratamiento antihipertensivo en dosis matutina empeora el perfil circadiano de la presión arterial con una disminución de la profundidad asociada al aumento del número de fármacos. Se debe contemplar cuándo tratar con respecto al ciclo de actividad y descanso de cada paciente. La Cronoterapia antihipertensiva reduce la prevalencia del patrón no-dipper y aumenta el grado de control de la presión arterial.

#### RV-116

### FACTORES DE RIESGO Y ENFERMEDAD CARDIOVASCULAR EN PACIENTES CON LUPUS ERITEMATOSO SISTÉMICO

**P. Moral Moral, I. Moreno, M. Valls Roig, L. Micó Giner, J. Todolí Parra y J. Calabuig Alborch**

*Medicina Interna. Hospital Universitario La Fe. Valencia.*

**Objetivos.** Evaluar la prevalencia de factores de riesgo cardiovascular (FRCV) clásicos, emergentes e inmunológicos en dos grupos de pacientes diagnosticados de Lupus Eritematoso Sistémico (LES), en función de la presencia o no de enfermedad cardiovascular (ECV).

**Material y métodos.** Estudio descriptivo y observacional de un grupo de 95 pacientes con LES, controlados en nuestro hospital. Las variables analizadas fueron: edad, sexo, duración de la enfermedad, ANA, antiDNA, C3 y C4, fibrinógeno, homocisteína, PCRu, anticoagulante lúpico (AL) y anticuerpos anticardiolipina (ACL), FRCV clásicos: hipertensión arterial (HTA), diabetes, tabaquismo, dislipemia, obesidad y antecedente familiar de ECV. Comparamos dos subgrupos de pacientes en función de la presencia o no de ECV cardíaca, cerebral o periférica. En el estudio estadístico utilizamos los test de Mann-Whitney para las variables continuas y chi-cuadrado para las categóricas.

**Resultados.** Los pacientes eran mayoritariamente mujeres (86/95) en edad fértil. El 13,7% de los pacientes (13) habían presentado algún evento cardiovascular, predominando la localización cerebral (53%). La edad media en el grupo con ECV fue de  $44.6 \pm 10.3$  años y en el grupo control de  $37.7 \pm 13.2$  años ( $p < 0,02$ ). Los pacientes con eventos cardiovasculares previos presentaban una mayor prevalencia de antecedentes familiares de ECV ( $p < 0,02$ ), HTA ( $p < 0,0001$ ) e hiperfibrinogenemia ( $p < 0,04$ ), no encontrando diferencias significativas con respecto al sexo, ni al resto de factores de riesgo clásicos. En cuanto a los anticuerpos antifosfolípidos, el 50% de los pacientes con eventos previos tenían AL positivo, siendo también más prevalentes los ACL IgM. Las diferencias con el grupo sin eventos fueron estadísticamente significativas para ambos anticuerpos ( $p < 0,04$  y  $p < 0,02$  respectivamente).

**Discusión.** El patrón de mortalidad bimodal que se describió en el LES, postula un primer pico de mortalidad inicial, asociado a la propia actividad de la enfermedad y un segundo, a largo plazo, asociado a la mayor prevalencia de ECV. Dentro de este segundo pico, la enfermedad coronaria se ha mostrado como el evento vascular más frecuente en varios estudios. En nuestra población, con predominio de mujeres en edad premenopáusica, destaca en cambio, la localización cerebrovascular. La elevada prevalencia de hipertensión arterial y de anticuerpos antifosfolípidos, factores claramente implicados en el desarrollo del ictus, podrían explicar en parte nuestros resultados. **Conclusiones.** 1) La prevalencia de ECV, en nuestro grupo de pacientes con LES, similar a la encontrada por otros autores, fue considerable teniendo en cuenta el sexo y la edad de los pacientes 2) La ECV predominante fue de tipo cerebrovascular. 3) La presencia de antecedentes de ECV en familiares de primer grado, HTA e hiperfibrinogenemia fue más frecuente en el grupo con eventos cardiovasculares. 4) Más de la mitad de los pacientes con ECV previa, tenían AL, y la tercera parte de ellos ACL. 5) La evaluación precoz del RCV en pacientes con LES debe ser incluida en la rutina clínica.

#### RV-117

### MONITORIZACIÓN AMBULATORIA DE LA PRESIÓN ARTERIAL Y EVENTOS CARDIOVASCULARES: ESTUDIO MAPEC

**R. Hermida<sup>1</sup>, C. Calvo<sup>2</sup>, D. Ayala<sup>1</sup>, J. López Paz<sup>2</sup>, M. Rodríguez<sup>2</sup>, A. Moján<sup>1</sup>, M. Chayán<sup>2</sup> y J. Fernández<sup>1</sup>**

*<sup>1</sup>Laboratorio de Bioingeniería y Cronobiología. Universidad de Vigo. Vigo, Pontevedra. <sup>2</sup>Unidad de Hipertensión Arterial y Riesgo Vascular. Hospital Clínico Universitario. Santiago de Compostela, La Coruña.*

**Objetivos.** Los estudios sobre el valor pronóstico de la MAPA no han tenido en cuenta las posibles modificaciones en el perfil de presión arterial (PA) asociadas al tratamiento antihipertensivo y al proceso de envejecimiento. 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* mediante la Cronoterapia reduce el riesgo cardiovascular.

**Material y métodos.** Estudio prospectivo con 2643 sujetos del área sanitaria de Santiago de Compostela, de  $51,9 \pm 14,1$  años de edad. En la inclusión, la PA se evaluó con MPA de 48 horas y se realizó una evaluación clínica y analítica, que se repitió anualmente o, cada 3-4 meses si era necesario ajustar el tratamiento antihipertensivo.

**Resultados.** La mediana del tiempo de seguimiento es de 3,2 años (rango 0,5 a 5,8). En este periodo se documentaron un total de 170 eventos cardiovasculares y 14 muertes por causa cardiovascular. En función de la MAPA basal, la morbilidad cardiovascular fue similar en los pacientes *dipper*-extremo (1,23 eventos por 100 pacientes-año) y *dippers* (1,14), pero significativamente mayor en *no-dippers* (2,81) y sobre todo en *risers* (8,70). Cuando la morbilidad se evaluó en función de la MAPA más próxima al evento (o el último perfil disponible en los pacientes sin evento), los resultados indicaron una disminución de morbilidad en los pacientes *dipper*-extremo (0,38) y *dippers* (0,89), y un aumento de morbilidad en *no-dippers* (3,23) y, especialmente, en los *risers* (10,70). Todos los casos de mortalidad cardiovascular excepto uno (*dipper*) estuvieron asociados a un perfil de MAPA *riser* o *no-dipper* previo al evento fatal.

**Conclusiones.** La probabilidad de supervivencia sin evento cardiovascular está correlacionada con la profundidad de la PA, lo que ratifica la necesidad de la MAPA para la valoración de riesgo. Los resultados, en 3 años de seguimiento, sugieren que aumentar la profundidad hacia un patrón *dipper* mediante Cronoterapia antihipertensiva disminuye el riesgo cardiovascular, mientras que disminuir la profundidad, aumenta la morbimortalidad cardiovascular.

#### RV-118

### CORRELACIÓN DE LOS VALORES DE PRESIÓN ARTERIAL OBTENIDOS EN UN SERVICIO DE URGENCIAS CON EL DIAGNÓSTICO DE HIPERTENSIÓN ARTERIAL

**J. Sobrino, M. Adrián, M. Doménech, B. Batalla, C. Chico, N. Jove y M. Torres**

*Medicina Interna. Espiritu Santo. Sta Coloma Gramenet, Barcelona.*

**Objetivos.** Analizar el valor clínico de los valores de presión arterial (PA) obtenidos en un servicio de urgencias para el diagnóstico de hipertensión arterial (HTA).

**Material y métodos.** Todos los pacientes que acudieron al servicio de urgencias de nuestro hospital los días laborables durante un periodo de 1 mes en horario matinal y que no hubieran sido diagnosticados de HTA previamente. Se procedía a medición de la PA en 2 ocasiones (a su entrada en urgencias y al alta del servicio) con un aparato semiautomático de PA (OMRON M-4) si la media de esas 2 determinaciones era  $> 140/90$  mmHg se remitían a la unidad de HTA del hospital en un plazo inferior a 15 días, para estudio de la posible HTA, con toma de PA en 2 visitas separadas por al menos una semana, práctica de una analítica y de una monitorización ambulatoria de la presión arterial de 24 horas (MAPA).

**Resultados.** Durante dicho periodo acudieron 304 pacientes a urgencias, se excluyeron 90 pacientes por HTA conocida previa a su visita, 146 por presentar cifras  $< 140/90$  en la media de las 2 determinaciones en urgencias, y se remitieron a la unidad de HTA los 68 pacientes restantes, 38 varones y 32 mujeres con una edad media

de  $51,28 \pm 16,53$  años (límites 16-82), de estos acudieron a la visita 31 paciente, un paciente fue excluido posteriormente por haber iniciado tratamiento antihipertensivo previo a su visita en la unidad. De los 30 pacientes finalmente incluidos, 19 eran varones. Casi el 90% tenía sobrepeso u obesidad. El 36% eran fumadores, 23% presentaban dislipemia conocida, ninguno era diabético conocido, 7 pacientes presentaban antecedentes familiares de enfermedad cardiovascular precoz y 2 tenían antecedentes de ictus. La media de las cifras de PA obtenidas en urgencias  $150,63/90,82$  mmHg era significativamente superior a las obtenidas en la unidad  $140,20/83,43$  mmHg ( $p < 0,001$ ) y estas a su vez superiores a las del período diurno obtenidas por MAPA,  $126,69/77,69$  mmHg, con una correlación significativa de 0,5 para las PAS y de 0,4 para las PAD. El 50% de los pacientes con  $PA > 140/90$  en urgencias fueron diagnosticados de HTA por PA medida en la clínica, aunque solo en 9 se confirmó por MAPA, dado que 6 presentaban HTA de bata blanca y 3 HTA enmascarada. El patrón circadiano de PA de estos sujetos mostraba un 3% de patrón dipper extremo, un 40% eran dipper, un 50% eran non dipper y el 6% tenían patrón riser.

**Conclusiones.** En la mitad de los pacientes no hipertensos conocidos que se detecta HTA en urgencias se confirma ésta posteriormente por la definición clásica, aunque se reduce a un 40% si se aplican criterios de MAPA, no obstante dada la simplicidad de la prueba, 2 mediciones de presión arterial, creemos que los valores de PA obtenidos en urgencias son útiles como screening del diagnóstico de HTA en sujetos que no se saben afectados de dicha patología.

#### **RV-119 RELACIÓN DEL COCIENTE NOCHE/DÍA DE LA PRESIÓN ARTERIAL CON EL TRATAMIENTO ANTIHIPERTENSIVO J. Sobrino, M. Gorostidi, J. Segura, C. Sierra, A. Felip, J. Vila, L. Ruilope en nombre de los investigadores del Registro Nacional de MAPA de la Sociedad Española de Hipertensión**

*Sociedad Española Hipertension. Liga Española para la Lucha contra la Hipertension Arterial. SEHLELHA. España.*

**Objetivos.** La ausencia de un descenso significativo de la presión arterial durante el período de descanso, habitualmente el nocturno, definido por un cociente noche/día ( $n/d$ )  $> 0,9$  se ha asociado a un peor pronóstico en cuanto a la aparición de complicaciones en la esfera cardiovascular. El objetivo del presente trabajo es estudiar la relación de dicho cociente con el número de fármacos antihipertensivos administrados y el momento del día de su toma en los pacientes hipertensos de nuestro país.

**Material y métodos.** Se han distribuido 800 lectores de monitorización ambulatoria de la presión arterial (MAPA) (Spacelabs 90207) abarcando unidades de hipertensión de hospitales y centros de atención primaria de todas las CCAA de España y se ha puesto en marcha un portal del proyecto ([www.cardiorisc.com](http://www.cardiorisc.com)) que permite a los participantes el envío de datos de MAPA junto con el CRD al registro MAPAPRES. Se calculó el cociente noche/día mediante la división de la PAS media del período de descanso partido por la PAS del período de actividad.

**Resultados.** De las 30.000 primeras MAPAs incluidas, se excluyeron 3.556 por defectos metodológicos. La edad media de los pacientes es de 58,95 años con un 52,6% de varones. El 69,7% de los pacientes tomaba algún fármaco antihipertensivo, presentando este grupo un cociente  $n/d$  superior al resto de pacientes (30,3%) que no seguían tratamiento antihipertensivo ( $0,922 \pm 0,084$  vs  $0,892 \pm 0,069$ ;  $p < 0,001$ ). A mayor número de fármacos administrados mayor valor del cociente  $n/d$  (monoterapia 0,910, dos fármacos 0,921, tres fármacos 0,934, cuatro fármacos 0,947, cinco fármacos 0,963;  $p < 0,001$ ). El 79,6% realizaba toma única matutina, mientras que el 7,1% toma única vespertina y el 8,6% repartía la medicación en mañana y noche, sin diferencias significativas en el cociente  $n/d$  entre las diferentes posologías únicas (matinal  $0,921 \pm 0,083$  vs vespertina  $0,924 \pm 0,086$ ;  $p = 0,26$ ), y si entre toma matinal vs mañana y noche  $0,928 \pm 0,090$ ;  $p = 0,003$ . El número de principios activos era inferior en los pacientes que tomaban la medicación solo por la mañana vs los que tomaban la medicación solo por la noche o repartida entre mañana y noche (mañana 1,97, noche 2,28, mañana y noche 2,23;  $p < 0,001$ ).

**Conclusiones.** El tratamiento farmacológico antihipertensivo parece provocar un menor descenso de la PA nocturna en relación a la PA diurna, independientemente del momento del día de su administración.

#### **RV-120 FUNCIÓN RENAL Y PROFUNDIDAD DE LA PRESIÓN ARTERIAL**

**R. Hermida<sup>1</sup>, C. Calvo<sup>2</sup>, J. López Paz<sup>2</sup>, D. Ayala<sup>1</sup>,**

**M. Rodríguez<sup>2</sup>, M. Chayán<sup>2</sup>, A. Mojón<sup>1</sup> y J. Fernández<sup>1</sup>**

<sup>1</sup>Laboratorio de Bioingeniería y Cronobiología. Universidad de Vigo. Vigo, Pontevedra. <sup>2</sup>Unidad de Hipertensión Arterial y Riesgo Vascular. Hospital Clínico Universitario. Santiago de Compostela, La Coruña.

**Objetivos.** La reducción de profundidad de la presión arterial (PPA) está asociada con deterioro de la función renal. Hemos evaluado el riesgo de insuficiencia renal (IR) 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 Cronoterapia reduce el riesgo cardiovascular.

**Material y métodos.** Estudio prospectivo con 2643 sujetos del área sanitaria de Santiago de Compostela, de  $51,9 \pm 14,1$  años de edad. En la inclusión, la PA evaluó con MAPA de 48 horas. Con la MAPA se realizó una evaluación clínica y analítica que se repite anualmente o, cada 3-4 meses, si era necesario ajustar el tratamiento antihipertensivo.

**Resultados.** La mediana del tiempo de seguimiento es de 3,2 años (rango 0,5 a 5,8). En este período se diagnosticó IR en 30 pacientes. En función de la MAPA basal, no existió ningún paciente con un patrón *dipper*-extremo que desarrollase IR. La incidencia de IR fue baja en los pacientes *dipper* (0,12 eventos por 100 pacientes-año), y significativamente mayor en los *no-dipper* (0,58) y en los *risers* (1,71 eventos). Cuando la morbilidad se evaluó en función del perfil de MAPA más próximo al evento renal (o el último perfil disponible en los pacientes sin evento), los resultados indicaron que no hubo eventos entre los *dipper*-extremo, una disminución de morbilidad en *dippers* (0,03; un solo paciente), y un aumento en la incidencia de IR en *no-dippers* (0,67) y especialmente en pacientes con un patrón *riser* (2,35).

**Conclusiones.** El riesgo de desarrollar insuficiencia renal está asociado al deterioro de la profundidad de la presión arterial, siendo muy prevalente en los pacientes con un patrón *riser*. Los resultados, después de 3 años de seguimiento, sugieren que aumentar la profundidad de la presión arterial mediante Cronoterapia disminuye el riesgo de insuficiencia renal, mientras que disminuir dicha profundidad produce el efecto contrario.

#### **RV-121 REGISTRO NACIONAL DE MONITORIZACIÓN AMBULATORIA DE LA PRESIÓN ARTERIAL DE LA SEH-LELHA. RESULTADOS PRINCIPALES DE LOS 30.000 PRIMEROS CASOS.**

**J. Sobrino, M. Gorostidi, J. Segura, C. Sierra,**

**R. Hernández del Rey, A. Coca y L. Ruilope en nombre**

**de los investigadores del Registro Nacional de MAPA**

**de la Sociedad Española de Hipertensión**

*Sociedad Española de Hipertension. Liga Española para la Lucha contra la Hipertension Arterial. SEHLELHA. España.*

**Objetivos.** El programa del Registro Nacional de Monitorización Ambulatoria de la Presión Arterial (MAPA) de la SEH-LELHA ha permitido la aplicación de la MAPA a más de 900 médicos que desarrollan su actividad fundamentalmente en Atención Primaria. Los Objetivos generales del proyecto son la formación continuada en riesgo cardiovascular y MAPA, la optimización en la asistencia al paciente hipertenso y la investigación sobre distintos aspectos relacionados con la PA ambulatoria.

**Material y métodos.** Los médicos investigadores recibieron formación en MAPA en talleres específicos. Posteriormente y en condiciones de práctica clínica habitual, los investigadores envían registros de MAPA y los correspondientes datos clínicos a través de la web car-

diorisc.com. Los médicos reciben un informe de resultados en tiempo real y los registros se almacenan en una base de datos centralizada.

**Resultados.** Entre junio 2004 y diciembre 2005 se obtuvo una base de datos de 30.000 registros de los que 26.966 superaron un control de calidad preestablecido. Entre los casos evaluados para valoración de la eficacia de un tratamiento el grado control de la PA en la consulta (PA < 140/90 mmHg) fue 23%. Sin embargo, un 43,7% presentaron una PA < 130/80 mmHg en la MAPA evidenciando un grado de concordancia bajo entre la PA en la clínica y la PA ambulatoria (índice kappa 0,27). Un 50,4% de los pacientes presentaron una PA diurna < 135/85 mmHg y un 40,9% una PA nocturna < 120/70 mmHg. Entre los pacientes que no recibían tratamiento farmacológico la prevalencia de HTA clínica aislada (HTA de bata blanca) fue 29,6%. La prevalencia de un patrón no dipper fue 55% en el total de la muestra evidenciándose un incremento de 8-9% por cada década de la vida. La prevalencia de un patrón no dipper fue más elevada en casos de alto riesgo cardiovascular (58,7% vs. 47,9%), en diabéticos (62,6% vs. 49,7%) y en pacientes con insuficiencia renal (70,1% vs. 51,2%).

**Conclusiones.** El desarrollo del Registro Nacional de MAPA de la SEH-LELHA está permitiendo la aplicación de una técnica avanzada en la evaluación del paciente hipertenso como es la MAPA a un número muy elevado de casos que supera los 1.500 mensuales. Los resultados preliminares indican una notable discrepancia entre la PA en la consulta y la PA ambulatoria y, por tanto, en el grado de control de la HTA según la técnica que se aplique. La prevalencia de un patrón circadiano alterado es muy elevada y mayor en casos de riesgo

#### RV-122 USO DE IECAS EN UNA POBLACIÓN DIABÉTICA DE ALTO RIESGO CARDIOVASCULAR

**M. Candel Romero, J. Tamarit García, A. Atienza García, J. Mercé Cortés, B. Roig Espert, R. Chandrani y A. Artero Mora**

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

**Objetivos.** Los objetivos del presente estudio son: 1) Identificar la prevalencia de factores de riesgo modificables en una población con diabetes mellitus. 2) Conocer el grado de utilización de IECAS en tales pacientes, con y sin insuficiencia cardíaca clínicamente sintomática.

**Material y métodos.** Estudio prospectivo de todos los pacientes ingresados en un servicio de Medicina Interna de un Hospital Universitario en el último semestre de 2005, con diagnóstico de diabetes mellitus tipo 2 y, al menos, otro factor de riesgo cardiovascular mayor. Realización de un protocolo en el que se analizó la presencia de insuficiencia cardíaca (criterios de American College of Cardiology), síndrome metabólico (criterios europeos), uso de fármacos y factores de riesgo cardiovascular. El análisis estadístico se realizó con el programa SPSS 13.0.

**Resultados.** Se evaluaron 77 pacientes con diabetes mellitus y al menos otro factor de riesgo cardiovascular mayor, la relación hombre/mujer fue de 1,74% con una edad media de 75,8 ± 10,3 años. La Hb1Ac fue de 7,15 ± 2,13. La prevalencia de insuficiencia cardíaca sintomática (grado C y D) fue del 33,8%. El 63,2% presentaban hipertensión arterial y el 12,7% hipertrofia ventricular izquierda mediante ECG. El 17% eran fumadores activos. El 77,9% presentaron IMC > 25Kg/m<sup>2</sup> y el 67,5% un síndrome metabólico. El 41,6% de casos tenían hipercolesterolemia, con media de colesterol total de 154,9 ± 43,6 mg/dl y de LDL colesterol de 98,8 ± 13,1 mg/dl. Se identificaron antecedentes de IAM, procedimientos de revascularización y angina de pecho en 26%, 3,9% y 22,1% de los casos, respectivamente. Recibían tratamiento con IECAS el 24,6% de los pacientes, 19,2% en los casos de insuficiencia cardíaca asintomática y 27,45% en los casos de insuficiencia cardíaca sintomática (P = 0,429). No se registró intolerancia a los IECAS en ninguno de nuestros pacientes.

**Discusión.** Los IECAS han demostrado que reducen los eventos cardiovasculares y la mortalidad en pacientes diabéticos con factores de riesgo cardiovascular. Una elevada proporción de pacientes con diabetes presentan otros factores de riesgo modificables en nuestro

estudio. La utilización de IECAS fue sólo ligeramente mayor en pacientes diabéticos con insuficiencia cardíaca sintomática que en los casos con insuficiencia cardíaca asintomática, sugiriendo que hay un bajo grado de utilización de estos fármacos de probada eficacia, y que su infrutilización no puede atribuirse a efectos adversos de los mismos.

**Conclusiones.** 1) El tratamiento con IECAS tan sólo se utilizó en una cuarta parte de pacientes diabéticos con factores de riesgo cardiovascular, sin que su uso fuese significativamente mayor en aquellos con insuficiencia cardíaca sintomática. 2) La intolerancia a los IECAs no parece ser la causa de su infrutilización.

#### RV-123 TEMPORALIZACIÓN DEL TRATAMIENTO EN EL HIPERTENSO DIABÉTICO

**R. Hermida<sup>1</sup>, C. Calvo<sup>2</sup>, M. Rodríguez<sup>2</sup>, D. Ayala<sup>1</sup>, J. López Paz<sup>2</sup>, M. Chayán<sup>2</sup>, A. Mojón<sup>1</sup> y J. Fernández<sup>1</sup>**  
*<sup>1</sup>Laboratorio de Bioingeniería y Cronobiología. Universidad de Vigo. Vigo, Pontevedra. <sup>2</sup>Unidad de Hipertensión Arterial y Riesgo Vascular. Hospital Clínico Universitario. Santiago de Compostela, La Coruña.*

**Objetivos.** El objetivo de este estudio fue estudiar el impacto del tratamiento antihipertensivo y de la hora de su administración sobre el perfil circadiano de la presión arterial (PA) en pacientes hipertensos con diabetes mellitus tipo 2 (DM).

**Material y métodos.** Se estudiaron 709 pacientes hipertensos con DM, de 60,6 ± 11,0 años de edad; 162 pacientes no tratados, 300 tomaban toda la medicación al levantarse (Grupo L), 46 lo hacían al acostarse (Grupo A) y 201 tomaban el tratamiento, tanto al levantarse como al acostarse (Grupo L-A). La PA se evaluó por MAPA de 48 horas.

**Resultados.** Entre los pacientes no tratados, el 64,2% fueron no-dipper. En los del Grupo L, se objetivó una reducción de la PA, durante la actividad diurna, pero no durante el descanso nocturno (p < 0,001), en comparación con los no tratados; el porcentaje de pacientes no-dipper en el Grupo L fue del 71,3% versus el 65,7% en los pacientes del Grupo A (P < 0,001). Además, el 24% de los pacientes del Grupo A eran riser y sólo se evidenció dicho patrón en el 8,7% del Grupo A. El grado PA ambulatoria controlada, fue del 33,6% en pacientes del Grupo L y del 54,3% en los del Grupo A; (P < 0,001).

**Conclusiones.** Hay una elevada prevalencia de alteración nocturna de la presión arterial en pacientes con diabetes mellitus, asociada a la hora de administración del tratamiento antihipertensivo. La cronoterapia aumenta el grado de control de la hipertensión arterial en pacientes hipertensos diabéticos.

#### RV-124 ESTRATEGIA OPORTUNISTA EN EL CRIBADO DE HIPERTENSIÓN ARTERIAL

**M. Ferreira<sup>1</sup>, F. Toba<sup>1</sup>, J. Díaz Díaz<sup>2</sup>, P. Vega<sup>2</sup>, G. Charlín<sup>1</sup>, P. Lado<sup>1</sup>, I. Bescansa<sup>1</sup> y S. Ruanova<sup>2</sup>**  
*<sup>1</sup>Urgencias, <sup>2</sup>Medicina Interna D. Juan Canalejo. La Coruña.*

**Objetivos.** 1) Desarrollar un programa oportunista de cribado en HTA desde el medio hospitalario. 2) Conocer la utilidad del esfigmomanómetro automático de muñeca OMNRON R5i en dicho programa.

**Material y métodos.** Reclutamos adultos, no conocidos hipertensos, que acudían a un Servicio de Urgencias Hospitalario (SUH). En todos los que aceptaban participar se realizaba una breve historia y 2 tomas de TA -ingreso y alta- siendo citados, en un plazo superior a una semana, para otras 2 tomas de TA en consulta hospitalaria bajo condiciones estandarizadas. El análisis de resultados se realizó mediante el paquete estadístico SPSS.

**Resultados.** Seleccionamos tras consentimiento 123 individuos, la mayoría mujeres (61%), con una edad media de 54 años (rango 23-86; mediana 52 a). Se reflejaron los antecedentes de tabaquismo (28,5%), DM-2 (2,3%), dislipemia (9,2%) e hiperuricemia (5,4%). En un 41% había además antecedentes familiares de HTA. Completaron el programa 65 sujetos (52,8%), en mayor medida los catalogados hipertensos tras mediciones en Urgencias (56%). La

media de la TA en Urgencias fue mayor que la media de TA en consulta de forma estadísticamente significativa tanto para TAs (media diferencia 8.9 mmHg; p = 0,003) como para TAd (media diferencia 3.9 mmHg; p = 0,01) Fueron categorizados finalmente como hipertensos el 40% (tabla 1) lo que supone para el programa de cribado en HTA una sensibilidad del 92% y una especificidad del 59% con valor predictivo negativo y positivo del 92% y 60% respectivamente.

**Discusión.** La estrategia oportunista en el cribado de HTA ha sido ampliamente avalada y constituye un indicador de calidad asistencial en Atención Primaria, a pesar de lo cuál se sabe que más de un 30% de hipertensos siguen sin ser diagnosticados. Programas desarrollados desde la Atención Especializada podrían ayudar a minimizar el infradiagnóstico en HTA. Aunque los SUH pueden provocar reacción de alerta elevando la TA de forma cuasi generalizada, son unidades con las que contactan a diario gran cantidad de población, desde donde se podrían planificar estrategias de cribado siempre y cuando fueran ágiles y no entorpecieran la dinámica habitual de unos servicios habitualmente sobrecargados. Por su coste, portabilidad y rapidez de uso, los esfigmomanómetros automáticos de muñeca -poco valorados para AMPA- podrían ser de utilidad. En nuestro estudio, la muestra de población parece representativa y los resultados obtenidos avalan tales hipótesis aunque habría que desarrollar estrategias para mejorar la adherencia al programa.

**Conclusiones.** El programa de cribado oportunista para HTA desde SUH parece válido. Los monitores automáticos de muñeca pueden ser útiles para cribado en manos de profesionales.

**RV-126  
CRONOTERAPIA Y FUNCIÓN RENAL EN LA HIPERTENSIÓN ARTERIAL RESISTENTE**

**R. Hermida<sup>1</sup>, C. Calvo<sup>2</sup>, D. Ayala<sup>1</sup>, J. López Paz<sup>2</sup>, M. Rodríguez<sup>2</sup>, M. Chayán<sup>2</sup>, A. Chayán<sup>1</sup> y J. Fernández<sup>1</sup>**

<sup>1</sup>Laboratorio de Bioingeniería y Cronobiología. Universidad de Vigo. Vigo, Pontevedra. <sup>2</sup>Unidad de Hipertensión Arterial y Riesgo Vascular. Hospital Clínico Universitario. Santiago de Compostela, La Coruña.

**Objetivos.** Estudiar los posibles beneficios de la cronoterapia sobre la función renal evaluada mediante filtrado glomerular (FG) y eliminación urinaria de albúmina (EUA), en pacientes con hipertensión arterial resistente (HTR).

**Material y métodos.** Se estudiaron 213 pacientes con HTR de 59,8 ± 12 años, con 3 antihipertensivos/día, en dosis matutina. Los pacientes fueron asignados a dos grupos en función del nuevo protocolo terapéutico: Grupo A, cambio de 1 fármaco y esquema de 3 fármacos al levantarse y Grupo B, cambio de 1 fármaco, con esquema de 2 por la mañana y 1 antes de acostarse, durante un período de 3 meses. La PA se evaluó con MAPA de 48 horas, antes y después de 3 meses con el nuevo protocolo de tratamiento. Se determinó FG y EUA, antes y después de 12 semanas de tratamiento.

**Resultados.** La profundidad de la PA se redujo ligeramente en los pacientes con 3 fármacos al levantarse (-0,9 y -1,6 de PAS Y PAD; p < 0,019) y aumentó en los pacientes con 1 fármaco antes de acostarse (7,1 y 7,3 en la PAS y PAD; p < 0,001). Los cambios en FG y EUA (en porcentaje respecto al valor basal) en el Grupo B fueron

independientes de las modificaciones en media de la Pa diurna y PA-24 horas (p > 0,237); sin embargo, se produjo una correlación entre el aumento de la profundidad, tanto con la disminución en la EUA (r = 0,329; p < 0,001) como con el aumento del FG (r = 0,326; p < 0,001).

**Conclusiones.** En pacientes con HTR la cronoterapia aumenta la profundidad de la presión arterial; esta modificación en la variación circadiana de la PA, se correlaciona con una disminución de la eliminación urinaria de albúmina y un aumento del filtrado glomerular, lo que se traduce en una situación de mejoría de la función renal y nefroprotección para estos pacientes.

**RV-127  
CRONOTERAPIA E HIPERTENSIÓN RESISTENTE: MODIFICACIONES EN LA PROFUNDIDAD Y EN MARCADORES BIOLÓGICOS DE RIESGO VASCULAR**

**C. Calvo<sup>1</sup>, R. Hermida<sup>2</sup>, J. López Paz<sup>1</sup>, M. Rodríguez<sup>1</sup>, D. Ayala<sup>2</sup>, M. Chayán<sup>1</sup>, A. Mojón<sup>2</sup> y J. Fernández<sup>2</sup>**

<sup>1</sup>Unidad de Hipertensión y Riesgo Vascular. Hospital Clínico Universitario. Santiago de Compostela, La Coruña.

<sup>2</sup>Laboratorio de Bioingeniería y Cronobiología. Universidad de Vigo. Vigo, Pontevedra.

**Objetivos.** Los pacientes con hipertensión arterial resistente o refractaria (HTAR), en su mayoría, tienen un patrón no-dipper en la presión arterial (PA) que se ha asociado a intolerancia a la glucosa y aumento del fibrinógeno plasmático. El objetivo del estudio ha sido valorar el impacto de la hora de tratamiento sobre el perfil circadiano de la PA y las posibles modificaciones biológicas, en pacientes con HTR.

**Material y métodos.** Incluimos 927 pacientes con HTA mal controlada (734 con HTR), de 59,9 ± 11,5 años de edad, que tomaban 3 o más fármacos antihipertensivos; 439 tomaban toda la medicación al levantarse y 488 tomaban, como mínimo, 1 fármaco al acostarse. La PA se evaluó por MAPA de 48 horas.

**Resultados.** El porcentaje de pacientes con la PA ambulatoria controlada fue mayor en los pacientes que tomaban al menos un fármaco al acostarse (P = 0,005). Cuando el análisis se restringió a los 734 pacientes con verdadera HTR, los pacientes con 1 fármaco en la noche, en comparación con los que tomaban toda la medicación por la mañana, presentaron una reducción ligera de la media de 24 horas de la PAS y PAD (3,0 y 1,2 mm Hg, respectivamente, P = 0,007), más pronunciada durante las horas de descanso nocturno (5,2 y 2,5 mm Hg, P < 0,001); la profundidad aumentó (2,4 y 2,6 en PA sistólica y diastólica, P < 0,001) y la prevalencia del patrón no-dipper disminuyó del 81,4 al 57,1% (P < 0,001) en pacientes con al menos 1 fármaco al acostarse. Este grupo también presentó reducciones en los valores medios de glucosa, colesterol, fibrinógeno y eliminación urinaria de albúmina (P siempre < 0,011).

**Conclusiones.** En pacientes con Hipertensión arterial resistente, el tratamiento debería tener en cuenta "cuándo" tratar con respecto al ciclo de actividad y descanso de cada paciente, dando preferencia a la administración nocturna de fármacos. La Cronoterapia mejora el grado de control, disminuye la prevalencia del patrón no-dipper, y reduce los valores de marcadores biológicos de riesgo cardiovascular en estos pacientes.

Tabla 1. (RV-124).

		Hospital no HTA	Hospital sí HTA	Total
Urgencias no HTA	Recuento	23	2	25
Urgencias no HTA	% HTA urgencias	92%	8%	100%
Urgencias no HTA	% HTA hospital	59%	7,7%	38,5%
Urgencias sí HTA	Recuento	16	24	40
Urgencias sí HTA	% HTA urgencias	40%	60%	100%
Urgencias sí HTA	% HTA hospital	41%	92,3%	61,5%
Total	Recuento	39	26	65
Total	% HTA urgencias	60%	40%	100%
Total	% HTA hospital	100%	100%	100%

**RV-128****PROFUNDIDAD DE LA PRESIÓN ARTERIAL Y FIBRINOGENEMIA EN PACIENTES HIPERTENSOS****R. Hermida<sup>1</sup>, C. Calvo<sup>2</sup>, J. López Paz<sup>2</sup>, D. Ayala<sup>1</sup>, M. Rodríguez<sup>2</sup>, M. Chayán<sup>2</sup>, A. Mojón<sup>1</sup> y J. Fernández<sup>1</sup>**<sup>1</sup>Laboratorio de Bioingeniería y Cronobiología. Universidad de Vigo. Vigo, Pontevedra.<sup>2</sup>Unidad de Hipertensión Arterial y Riesgo Vascular. Hospital Clínico Universitario. Santiago de Compostela, La Coruña.

**Objetivos.** El fibrinógeno (FB) es un factor de riesgo de eventos cardio y cerebrovasculares; además, presenta variación estacional y, en población hipertensa, se asocia a un patrón no-dipper, que tiene mayor riesgo cardiovascular. El objetivo del estudio es investigar la posible correlación entre el fibrinógeno plasmático y la profundidad de la presión arterial (PA) como variable continua. Métodos: Estudiamos 3.430 pacientes con hipertensión arterial esencial de  $52,7 \pm 14,5$  años, de los cuales 1.248 no recibían tratamiento antihipertensivo. En todos los casos la PA se monitorizó con MAPA de 48 horas y se realizó una evaluación clínica y biológica, con determinación de fibrinogenemia.

**Material y métodos.** Estudiamos 3.430 pacientes con hipertensión arterial esencial de  $52,7 \pm 14,5$  años, de los cuales 1.248 no recibían tratamiento antihipertensivo. En todos los casos la PA se monitorizó con MAPA de 48 horas y se realizó una evaluación clínica y biológica, con determinación de fibrinogenemia.

**Resultados.** El FB presenta correlación negativa con la profundidad de la PAS ( $r = -0,150$ ;  $p < 0,001$ ) y correlaciones positivas con las medias nocturnas de PAS y presión del pulso (PP). Las correlaciones con los otros parámetros de MAPA fueron marginales y menos significativas. La correlación del FB con la profundidad PA fue mayor en pacientes tratados que en los no tratados ( $r = -0,162$ ;  $p < 0,001$ ). Cuando los pacientes se dividen en base a la profundidad de la PAS, se observa un aumento del FB en relación con una reducción de la profundidad de la PA. Así, los pacientes dipper-extremos presentan valores de FB de  $297,9$  mg/dl, los dipper  $300,6$  mg/dl, los no-dipper  $313,8$  mg/dl y los riser  $334,9$  mg/dl ( $p < 0,001$  entre grupos, corregido por la edad).

**Conclusiones.** El fibrinógeno plasmático aumenta de forma progresiva y lineal en función de la reducción de la profundidad de la presión arterial sistólica, lo que ratifica la importancia del uso de la MAPA como herramienta diagnóstica en la evaluación del riesgo cardiovascular de los pacientes hipertensos.

**RFV-129****PREVENCIÓN SECUNDARIA DEL ICTUS ATEROTROMBÓTICOS****J. Montes Romero, F. Gamir Ruiz, V. Martínez Rodríguez, B. Cervantes Bonet, G. Gómiz Rodríguez, A. Bagnosi, M. María Paz y D. Felipe**

Medicina Interna. Torrecardenas. Almería.

**Objetivos.** El ictus aterotrombótico es un proceso con elevada morbimortalidad. Diversas guías clínicas exponen las recomendaciones sobre la prevención secundaria de esta entidad. Conocer en que grado se realiza prevención secundaria del ictus aterotrombótico, en relación del consejo antitabaco, uso de antiagregación, antihipertensivos y estatinas. **Material y métodos.** Estudio retrospectivo, descriptivo, de los pacientes con diagnóstico al alta de ictus aterotrombótico, ingresados entre mayo de 2005 a mayo 2006 en un hospital general. Se excluyen aquellos pacientes con ictus cardioembólico o de origen no bien determinado. Se analizaron los tratamientos prescritos en el informe de alta, así como el consejo antitabaco. Se consideran criterios de calidad el consejo mínimo antitabaco en fumadores, el uso de antiagregantes, el uso de IECA/ARAII &#61617; diuréticos en hipertensos y el uso de estatinas en dislipémicos.

**Resultados.** Se incluyeron en el estudio 153 pacientes, 88 varones (57,5%) y 65 mujeres. La edad media fue de  $70,2 \pm 6,1$ ; 13,3 años. Se prescribe antiagregación con ácido acetilsalicílico (AAS) a 95 (62%) pacientes, con clopidogrel a 39 (25,5%), con ambos a 5 (3,3%), otros antiagregantes a 4 (2,7%), 3 (2%) reciben anticoagulación al alta y en 7 (4,6%) no se prescribe tratamiento antiagregante ni anticoagulante. De los 113 pacientes que no recibían antiagregación previa al ictus, 83 (73%) recibieron AAS en distintas dosis, 18 (15,9%) clopidogrel y 3 (2,6%) ambos. Cuando el paciente recibía

antiagregación previamente la nueva pauta más seguida fue el cambio de grupo farmacológico, que se llevó a cabo en 26 (65%) pacientes, en 10 (25%) se mantuvo el mismo antiagregante y en 2 (5%) se indicó una asociación. Se prescribe un antihipertensivo a 78 (79,6%) pacientes de los 98 identificados como hipertensos. Se indica un IECA/ARAII a 40 (51,3%) pacientes, un diurético aisladamente a 7 (9%) y con una asociación a 22 (28%) de los tratados. Aunque sólo se identifica a 58 hiperlipémicos, al alta reciben una estatina 82 pacientes. Se identifica el hábito tabáquico en 33 (21,6%) pacientes, realizándose consejo antitabaco en 19 (57%).

**Conclusiones.** Aunque el uso de antiagregación en el ictus aterotrombótico es generalizado, la prescripción del tipo y dosis de antiagregante es heterogénea, tanto en primer episodio como en la recidiva. El uso de antihipertensivos y estatinas es adecuado, y sigue las recomendaciones de las guías clínicas. El hábito tabáquico no se identifica suficientemente, el consejo antitabaco es ampliamente mejorable.

**RV-130****NIVELES DE CONTROL Y PATRONES CIRCADIANOS EN LA MONITORIZACIÓN AMBULATORIA DE LA PRESIÓN ARTERIAL****F. Alcázar Ortega, S. Suárez Ortega, J. Artiles Vizcaíno, J. Rodríguez Hernández, P. Melado Sánchez, J. Delgado Martínez y P. Betancor León**

Medicina Interna. Dr Negrín. Las Palmas de GC.

**Objetivos.** La monitorización ambulatoria de la presión arterial (MAPA) es un método idóneo para corroborar el diagnóstico, estudiar el ritmo circadiano y analizar el nivel de control del hipertenso. Se analizan los MAPAS de 215 hipertensos, siguiendo el proyecto Cronoprés, con el objetivo de definir el grado de control y modificaciones terapéuticas en la hipertensión arterial (HTA). Palabras clave: Hipertensión. MAPA. Patrones circadianos.

**Material y métodos.** En el curso de 2 años se ha realizado un MAPA a 215 hipertensos remitidos a consulta hospitalaria desde asistencia primaria. Para la realización de la MAPA se ha seguido la metodología publicada previamente en el proyecto Cronoprés. La muestra se centra en hipertensos de difícil control e hipertensos evaluados por primera vez. La finalidad de realizar dichos MAPAS ha sido definir el grado de control de presión arterial (PA), patrones circadianos y modificar tratamiento en función de la cifra media de PA o el patrón circadiano. Los resultados se han elaborado sobre una hoja de cálculo de Excel.

**Resultados.** La edad media fue de  $48,5 \pm 14,4$  (rango: 14-81 años); 109 (50,7%) de los 215 hipertensos eran mujeres. Tres hipertensos tenían hiperaldosteronismo primario y el resto HTA esencial; 108 (50,2%) hipertensos estaban controlados, con peor control entre los que presentaban HTA refractaria (43%), frente a los que tomaban menos de 3 fármacos (54%). Once hipertensos (5,1%) fueron considerados tener HTA de bata blanca. La distribución en los 4 patrones clásicos ha sido: *dipper* en 98 hipertensos (45,6%), *no-dipper* en 82 hipertensos, (38,1%), *riser* en 19 hipertensos (8,8%) y *dipper extremo* en 16 hipertensos (7,4%). Se observó elevación matutina, es decir un ascenso superior al 10% en la primera hora respecto a la PA de actividad en 95 hipertensos (44,2%). Un patrón siesta, es decir, un descenso de la PA inferior al 10% durante la siesta respecto a la PA de actividad en 64 hipertensos (29,8%); de éstos sólo 39 (0,61%) mostraban concordancia con el patrón *dipper* nocturno. La realización de la MAPA condicionó un cambio cronoterápico en el tratamiento en 108 hipertensos (50,2%).

**Discusión.** En las 3 últimas décadas el diagnóstico y seguimiento del hipertenso ha experimentado cambios importantes. Los métodos tradicionales, con unas pocas tomas de PA, tienen valor considerable a nivel poblacional, pero plantean importantes problemas a nivel individual, básicamente por la variabilidad de la PA, el observador y la HTA de bata blanca. Dos estudios, Piuma y Ohasama han mostrado la gran utilidad de la MAPA en cuanto a establecer un pronóstico del hipertenso. Ello ha condicionado el proyecto Cronoprés, un estudio a nivel nacional que supera en número a todos los estudios realizados hasta el momento actual en la valoración de la MAPA. Los hallazgos de una consulta vinculados a dicho proyecto son expresados en esta comunicación, donde se recalcan los patrones del efecto siesta y la elevación matutina de la PA.

**Conclusiones.** 1) La distribución de los patrones clásicos de la MAPA comparada con los casos del proyecto Cronoprés es similar.

2) El nivel de control en los hipertensos analizados es elevado (50%), comparado con los estudios externos. 3) El control de la PA es peor en los hipertensos con mayor número de fármacos. 4) No hubo concordancia entre la reducción de la PA durante el descenso en la siesta y el patrón dipper nocturno. 5) La MAPA es un método idóneo para definir los cambios de tratamiento en el hipertenso y aclarar el diagnóstico de HTA en casos limítrofes.

#### RV-131

##### EDAD Y DIFERENCIAS DE GÉNERO EN LA PROFUNDIDAD DE LA PRESIÓN ARTERIAL EN PACIENTES HIPERTENSOS NO TRATADOS

**D. Ayala<sup>1</sup>, R. Hermida<sup>2</sup>, C. Calvo<sup>2</sup>, J. López Paz<sup>2</sup>, M. Rodríguez<sup>2</sup>, M. Chayán<sup>2</sup>, A. Mojón<sup>1</sup> y J. Fernández<sup>1</sup>**

<sup>1</sup>Laboratorio de Bioingeniería y Cronobiología. Universidad de Vigo. Vigo, Pontevedra. <sup>2</sup>Unidad de Hipertensión Arterial y Riesgo Vascular. Hospital Clínico Universitario. Santiago de Compostela, La Coruña.

**Objetivos.** La ausencia del descenso nocturno de la presión arterial (PA) (sujeto *no-dipper*, definido por una profundidad de la PA < 10%), se asocia a daño en órganos diana y a un aumento de la morbimortalidad cardiovascular. Algunos estudios han señalado que la profundidad de la PA se reduce en ancianos, atribuido a la disminución de péptidos natriuréticos atriales, disfunción endotelial y arterioesclerosis, entre otros factores, sin analizar comparativamente los cambios de la profundidad en cohortes de sujetos hipertensos jóvenes. Por otro lado, existen bases fisiopatológicas que apuntan diferencias de género en la regulación circadiana de la PA. El objetivo del estudio, ha sido investigar los cambios en la profundidad de la PA en función del género y la edad, en una cohorte de pacientes hipertensos no tratados.

**Material y métodos.** Se estudiaron 1.879 pacientes hipertensos esenciales no tratados (904 hombres y 975 mujeres) de  $49,2 \pm 13,4$  años de edad. El diagnóstico de hipertensión arterial (HTA) se ratificó con MAPA de 48 horas, utilizando un dispositivo Spacelabs 90207 y monitorizando simultáneamente la actividad física con un actígrafo de muñeca.

**Resultados.** Tanto en hombres como en mujeres, la profundidad de la PA sistólica se mantuvo constante hasta los 55 años de edad y disminuyó rápidamente con la edad ( $p < 0,001$ ) y los valores de profundidad fueron sistemáticamente mayores en las mujeres para cualquier rango de edad. La pendiente de descenso de la profundidad de la PAS después de los 55 años, también fue menos pronunciada en las mujeres (disminución desde 11,2 hasta 3,0 en los hombres y desde 11,1 hasta 5,8 en las mujeres) cuando la edad se consideró por encima de los 55 años. En la PA diastólica, la profundidad disminuyó lenta y linealmente hasta los 55 años en ambos sexos. La pendiente de disminución en profundidad a partir de esta edad fue mucho mayor, especialmente en los hombres, hasta alcanzar un valor de 12,2 en mujeres y de 8,2 en hombre, por encima de los 70 años.

**Conclusiones.** La profundidad de la PA apenas se modifica hasta los 55 años de edad para, a partir de esta edad, descender rápidamente asociada al proceso de envejecimiento. Las mujeres presentan una mayor profundidad de la PA que los hombres aunque ésta es más significativa al aumentar la edad. Estas diferencias de género, junto con la pérdida progresiva de la regulación nocturna de la PA a partir de los 55 años, con el consiguiente aumento del patrón *no-dipper*, son aspectos que se deben tener en cuenta a la hora de desarrollar una estrategia terapéutica efectiva en el tratamiento de hombres o mujeres hipertensos/as, fundamentalmente en población anciana.

#### RV-132

##### VALOR PRONÓSTICO DEL GROSOR ÍNTIMA MEDIA CAROTÍDEO EN PACIENTES CON SÍNDROME CORONARIO SIN ELEVACIÓN DEL ST

**A. Tello-Montoliu<sup>1</sup>, J. Moltó<sup>2</sup>, N. Pérez<sup>2</sup>, A. García Medina<sup>2</sup>, F. Marín Ortuño<sup>1</sup>, V. Roldán<sup>3</sup>, B. Valero<sup>1</sup> y A. Tello Valero<sup>1</sup>**

<sup>1</sup>Cardiología, <sup>2</sup>Neurología, <sup>3</sup>Medicina Interna. Hospital General Universitario. Alicante. <sup>3</sup>Hematología. Morales Meseguer. Murcia.

**Objetivos.** El grosor Íntima -Media carotídeo (IMT) se ha relacionado con la presencia de factores de riesgo cardiovascular, enfermedad coronaria y mayor riesgo de sufrir un infarto de miocardio. El estudio

de las arterias intracraneales mediante Doppler valora la presencia de enfermedad vascular y ha sido propuesto como un índice de microangiopatía. El objetivo del presente estudio fué valorar la relación entre el IMT y la microangiopatía intracraneal con la escala de riesgo TIMI, así como su valor pronóstico.

**Material y métodos.** Se incluyeron 130 pacientes consecutivos (82 varones, edad 66 más menos 13 años). Los análisis ecográficos se realizaron en los tres primeros días del ingreso. Se midió el IMT en la pared posterior de la carótida común, mediante un transductor de 7,5 Hz. Se realizó un Doppler transcraneal de la arteria cerebral media, determinando el índice de pulsatilidad. Se definió como patológico un valor de IMT igual o mayor de 0,8mm y un índice de pulsatilidad igual o mayor de 1,2. En el seguimiento al mes y a los 6 meses, se registró la muerte cardiovascular, un nuevo síndrome coronario y la necesidad de revascularización.

**Resultados.** 59 pacientes presentaban un IMT patológico, mientras 70 casos tenía un índice alterado (microangiopatía). El IMT correlacionó con la escala TIMI ( $r = 0,26$ ;  $p = 0,005$ ). La microangiopatía se asoció a la escala TIMI ( $p = 0,001$ ). En el análisis multivariante, un IMT patológico se asoció a la edad igual o superior de 65 años (OR 3,46;  $p = 0,007$ ), a la diabetes (OR 3,44;  $p = 0,049$ ). La microangiopatía se asoció a la edad igual o mayor de 65 años (OR 20,92;  $p < 0,001$ ), a diabetes con (OR 3,16;  $p = 0,035$ ) y antecedentes de coronariopatía (OR 5,75;  $p = 0,025$ ). Sin embargo ni el IMT, ni la microangiopatía se asociaron al pronóstico (análisis de Cox).

**Conclusiones.** Se observa una asociación significativa entre el IMT y la escala de riesgo TIMI. Existe una alta prevalencia de IMT patológico y microangiopatía, sin embargo estas variables no tienen un valor pronóstico independiente.

#### RV-133

##### DISMINUCIÓN DE LA PROFUNDIDAD DE LA PRESIÓN ARTERIAL E HIPERGLUCEMIA EN PACIENTES HIPERTENSOS

**D. Ayala<sup>1</sup>, C. Calvo<sup>2</sup>, R. Hermida<sup>1</sup>, M. Rodríguez<sup>2</sup>, J. López Paz<sup>2</sup>, M. Chayán<sup>2</sup>, A. Mojón<sup>1</sup> y J. Fernández<sup>1</sup>**

<sup>1</sup>Laboratorio de Bioingeniería y Cronobiología. Universidad de Vigo. Vigo, Pontevedra. <sup>2</sup>Unidad de Hipertensión Arterial y Riesgo Vascular. Hospital Clínico Universitario. Santiago de Compostela, La Coruña.

**Objetivos.** La alteración en la regulación nocturna de la presión arterial (PA) se asocia a daño en órganos diana y a un aumento de la morbimortalidad cardiovascular en hipertensión arterial (HTA). Los pacientes hipertensos *no-dipper* presentan mayor intolerancia a la glucosa que los pacientes *dipper* (Diabetes Care, 1998;21: 1743-48); además, la hiperglucemia se correlaciona con un incremento del riesgo cardiovascular. El objetivo del estudio ha sido investigar la posible correlación entre la glucemia y la variabilidad de la PA medida por monitorización ambulatoria de la PA (MAPA), en una cohorte de pacientes hipertensos.

**Material y métodos.** Se estudiaron 4.440 pacientes hipertensos (2.139 hombres y 2.301 mujeres) de  $49 \pm 14,3$  años de edad; 1.643 pacientes no recibían tratamiento antihipertensivo en el momento de su inclusión en el estudio. La PA se evaluó con MAPA de 48 horas, utilizando un dispositivo Spacelabs 90207 y monitorizando simultáneamente la actividad física con un actígrafo de muñeca. Se realizó, en todos los casos, una evaluación clínica y un análisis bioquímico sanguíneo y urinario el día del comienzo de la MAPA.

**Resultados.** La glucemia en ayunas presenta una significativa correlación negativa con la profundidad de la PA sistólica ( $r = -0,171$ ;  $p < 0,001$ ) y correlaciones positivas significativas con las medias nocturnas de la PA sistólica y presión del pulso (PP). Las correlaciones entre la glucemia y la media de PA diaria, PA diurna y medidas clínicas de PA fueron, en todos los casos, mucho menores. Cuando los pacientes se dividieron en 4 grupos, en base a los cambios en la profundidad de la PA (descenso porcentual de la PA nocturna, en relación a la PA diurna), los pacientes *dipper-extremo* (profundidad > 20%) presentaron los niveles medios más bajos de glucemia (99,9 mg/dL), valor que aumentó de forma exponencial en los otros 3 grupos de pacientes, a medida que disminuía progresivamente la profundidad de la PA. Así, la glucemia aumentó hasta valores promedio de 101,6 mg/dL en los pacientes *dipper* (profundidad entre 10 y 20%), hasta 105,6 mg/dl en los pacientes *no-dipper* (profundidad <

10%) y alcanzó un valor medio de 118,3 mg/dl en los pacientes riser (profundidad < 0% o negativa);  $p > 0,001$  entre grupos, corregido por la edad.

**Conclusiones.** La glucemia plasmática aumenta de forma progresiva y exponencial en función de la disminución de la profundidad de la PA sistólica hacia un patrón circadiano no-dipper o riser. Si consideramos el incremento de la glucemia como un marcador de riesgo cardiovascular en la población hipertensa, los pacientes dipper extremos no tienen mayor riesgo que los sujetos dipper, en contra de lo que se ha especulado en algunos estudios previos. Los resultados del estudio ratifican, además, que la PAS y PP nocturnas y no la PAS diurna podrían ser los parámetros de MAPA con mejor valor pronóstico de riesgo cardiovascular en los pacientes hipertensos.

#### RV-134

##### CAMBIOS EN LA PROFUNDIDAD EN PACIENTES HIPERTENSOS TRATADOS CON ESPIRAPRIL EN REGIMEN CRONOTERAPÉUTICO

**M. Rodríguez<sup>1</sup>, J. López Paz<sup>1</sup>, C. Calvo<sup>1</sup>, R. Hermida<sup>2</sup>, D. Ayala<sup>2</sup>, M. Chayán<sup>1</sup>, A. Mojón<sup>2</sup> y J. Fernández<sup>2</sup>**

<sup>1</sup>Unidad de Hipertensión y Riesgo Vascular. Hospital Clínico Universitario. Santiago de Compostela, La Coruña. <sup>2</sup>Laboratorio de Bioingeniería y Cronobiología. Universidad de Vigo. Vigo, Pontevedra.

**Objetivos.** La administración nocturna de los IECA produce una mayor reducción de PA nocturna y una modificación del perfil circadiano de la PA. Hemos investigado la eficacia antihipertensiva y los efectos sobre la profundidad de la PA del Espirapril, un IECA de vida media larga, administrado en función de la hora del día de su administración.

**Material y métodos.** 100 pacientes con hipertensión arterial esencial de  $45,0 \pm 13,9$  años de edad, fueron asignados a dos grupos en función de la hora de administración de 6 mg/día de espirapril en monoterapia: a la hora de levantarse o bien a la hora de acostarse durante 12 semanas. La PA se evaluó con MAPA de 48 horas.

**Resultados.** La eficacia del Espirapril fue ligeramente superior con su administración matutina (10,3 y 8,3 mmHg en la media de 24 horas de la PAS y PAD, respectivamente) que con la administración nocturna (8,5 y 5,2 mm Hg en PA sistólica y diastólica;  $p = 0,174$  entre grupos en PAS y  $p = 0,004$  en PAD). La administración matutina de Espirapril fue más efectiva en la reducción de PA diurna, pero menos efectiva que la dosis nocturna en la reducción de la PA durante el ciclo de descanso ( $p$  siempre < 0,001). La profundidad (porcentaje de descenso nocturno con respecto a la media diurna de la PA) se redujo después de de Espirapril al levantarse y aumentó hacia un patrón más dipper después de su administración a la hora de acostarse ( $p$  siempre < 0,001).

**Conclusiones.** Espirapril en monoterapia reduce de forma eficaz la PA a lo largo de las 24 horas. La hora del día de su administración, en relación con el ciclo de actividad y descanso del paciente, tiene un marcado efecto sobre la profundidad, con variación de la PA hacia un perfil circadiano no-dipper después de su administración a la hora de levantarse. Estos efectos sobre la profundidad dependientes de la hora de administración del fármaco deben ser tenidas en cuenta, en función del perfil circadiano basal de cada hipertenso.

#### RV-135

##### CAMBIOS EN LA PRESIÓN DE PULSO EN PACIENTES HIPERTENSOS CON LA ADMINISTRACIÓN TEMPORALIZADA DE ESPIRAPRIL

**J. López Paz<sup>1</sup>, M. Rodríguez<sup>1</sup>, R. Hermida<sup>2</sup>, D. Ayala<sup>2</sup>, C. Calvo<sup>1</sup>, M. Chayán<sup>1</sup>, A. Mojón<sup>2</sup>, J. Fernández<sup>2</sup>**

<sup>1</sup>Unidad de Hipertensión y Riesgo Vascular. Hospital Clínico Universitario. Santiago de Compostela, La Coruña. <sup>2</sup>Laboratorio de Bioingeniería y Cronobiología. Universidad de Vigo. Vigo, Pontevedra.

**Objetivos.** El aumento de presión de pulso (PP) es un marcador independiente de riesgo cardiovascular y se ha sugerido que reducir la PP podría ser un objetivo terapéutico adicional a la disminución de presión arterial (PA). En este estudio hemos investigado los efectos dependientes de la hora de administración del Espirapril sobre el perfil circadiano de la PP en pacientes hipertensos.

**Material y métodos.** 110 pacientes con hipertensión arterial esencial de  $45,1 \pm 13,8$  años de edad, fueron asignados a dos grupos en función de la hora de administración de 6 mg/día de Espirapril en monoterapia: a la hora de levantarse o bien a la hora de acostarse durante 12 semanas. La PA y la PP se evaluaron con MAPA de 48 horas.

**Resultados.** La reducción de la PP fue ligera, pero no significativamente, mayor con la dosificación nocturna de Espirapril (reducción de 2,0 mmHg en la media de 24 horas de la PP después de la administración de espirapril a la hora de levantarse; 3,2 mm Hg a la hora de acostarse;  $p = 0,179$  entre grupos). La reducción de media diurna de la PP fue también similar entre grupos (2,3 y 2,5 mmHg con la administración matutina y nocturna, respectivamente;  $p = 0,868$ ). Los efectos del Espirapril sobre la media nocturna de la PP fueron, sin embargo, marcadamente superiores con la administración del fármaco al acostarse (reducción de 1,3 y 4,9 mmHg con la dosis matutina y nocturna, respectivamente;  $p < 0,001$ ). La profundidad de la PP se redujo después de la administración matutina de Espirapril (-2,1;  $p = 0,045$ ) y aumentó después de la administración nocturna (5,3;  $p = 0,006$ ).

**Conclusiones.** Con independencia de la hora de su administración, Espirapril en monoterapia reduce la PP a lo largo de las 24 horas del día. Sin embargo, la dosis nocturna, es mucho más efectiva en el control de la PP nocturna, lo que aconsejaría el uso del fármaco especialmente en pacientes hipertensos ancianos y diabéticos tipo 2 (en los que existen marcadas evidencias de un incremento de la PP nocturna), aunque es una hipótesis que debe ser investigada prospectivamente.

#### RV-136

##### HIPERTENSIÓN ARTERIAL Y SÍNDROME METABÓLICO: REGULACIÓN DE LA PRESIÓN ARTERIAL NOCTURNA

**M. Chayán<sup>1</sup>, R. Hermida<sup>2</sup>, D. Ayala<sup>2</sup>, J. López Paz<sup>1</sup>, C. Calvo<sup>1</sup>, M. Rodríguez<sup>1</sup>, A. Mojón<sup>2</sup> y J. Fernández<sup>2</sup>**

<sup>1</sup>Unidad de Hipertensión y Riesgo Vascular. Hospital Clínico Universitario. Santiago de Compostela, La Coruña. <sup>2</sup>Laboratorio de Bioingeniería y Cronobiología. Universidad de Vigo. Vigo, Pontevedra.

**Objetivos.** Hemos investigado la posible relación entre el síndrome metabólico (SM) y la alteración en la variación circadiana de la presión arterial (PA) en pacientes hipertensos.

**Material y métodos.** En 3.114 pacientes hipertensos de  $51,8 \pm 13,3$  años (1.277 no tratados), se midió la PA con MAPA de 48 horas y se realizó una evaluación clínica y biológica, para determinar la prevalencia de SM, según criterios de ATP-III y su posible relación con la variación circadiana de la PA.

**Resultados.** El SM estuvo presente en el 33,6% de los pacientes no tratados y en el 41,3% de los tratados. En los no tratados, la prevalencia de patrón no-dipper fue mayor cuando había SM(+) (47,3%) que cuando no se definía SM(-) (39,6%) con  $p < 0,001$ . Dicha prevalencia y proporción aumentó en los pacientes tratados farmacológicamente con un porcentaje de pacientes no-dipper (53,7%) superior en los SM(+) que en los pacientes SM(-), (47,5%) ( $p < 0,009$ ). La profundidad de PA fue menor en los sujetos SM (+) versus SM(-) tanto en el grupo de pacientes no tratados (10,1 versus 11,1;  $p < 0,015$ ), como entre los que recibían tratamiento antihipertensivo (8,6 versus 9,4;  $p > 0,025$ ).

**Conclusiones.** Los resultados de este estudio indican un aumento de la prevalencia de patrón no-dipper en los pacientes hipertensos con SM, que es aún mayor cuando los pacientes reciben tratamiento antihipertensivo y que se asocia con la pérdida de profundidad de la PA asociada a factores como la obesidad central y la hiperglucemia, que forman parte del contexto fisiopatológico del SM.

#### RV-137

##### HIPERTENSIÓN, SÍNDROME METABÓLICO Y TEMPORALIZACIÓN DEL TRATAMIENTO ANTIHIPERTENSIVO

**M. Rodríguez<sup>1</sup>, C. Calvo<sup>1</sup>, R. Hermida<sup>2</sup>, D. Ayala<sup>2</sup>, J. López Paz<sup>1</sup>, M. Chayán<sup>1</sup>, A. Mojón<sup>2</sup> y J. Fernández<sup>2</sup>**

<sup>1</sup>Unidad de Hipertensión y Riesgo Vascular. Hospital Clínico Universitario. Santiago de Compostela, La Coruña. <sup>2</sup>Laboratorio de Bioingeniería y Cronobiología. Universidad de Vigo. Vigo, Pontevedra.

**Objetivos.** Estudiar el impacto de la hora de administración del tratamiento antihipertensivo sobre el perfil circadiano de la presión



arterial (PA) en pacientes hipertensos con y sin síndrome metabólico: SM (+) y SM(-).

**Material y métodos.** Estudiamos 2.285 pacientes hipertensos no diabéticos con tratamiento antihipertensivo, de  $53,7 \pm 13$  años. 1.380 tomaban la medicación al levantarse (Grupo A), 388 la tomaban al acostarse (Grupo B) y 517 tomaban el tratamiento al levantarse y al acostarse (Grupo C). Se midió la PA con MAPA de 48 horas y se realizó una evaluación clínica y biológica, para definir SM, según criterios de ATP-III y analizar la relación entre la hora de la medicación antihipertensiva y la variación circadiana de la PA.

**Resultados.** La prevalencia de SM(+) fue mayor en los pacientes del grupo A (43,3%) que en los del grupo B (37,8%);  $p < 0,042$ ). La prevalencia de patrón *no-dipper* fue mayor en los pacientes con SM(+) que en los SM(-) (51,4% vs 47,6%;  $p < 0,001$ ) con independencia del esquema terapéutico. Este patrón alterado en SM(+) aumentó en los pacientes del Grupo A (58%), disminuyó en los del Grupo C (44,3%) y fue más bajo (36%) en los del Grupo B ( $p < 0,001$ ).

**Conclusiones.** Los resultados indican un aumento de la prevalencia del patrón *no-dipper* de la PA en pacientes hipertensos tratados y con SM, en comparación con los que no tienen SM. Además, esta prevalencia está relacionada con la hora de administración de la medicación antihipertensiva

#### RV-139

#### PATOLOGÍA CARDÍACA EN MEDICINA INTERNA Y CARDIOLOGÍA

**J. Escota Villanueva<sup>1</sup>, C. Bergua Martínez<sup>1</sup>, R. Ortas Nadal<sup>1</sup>, L. Martínez Moya<sup>2</sup>, B. Simo<sup>1</sup>, E. Castilla Cabanes<sup>1</sup> y A. del Río Ligorit<sup>1</sup>**

<sup>1</sup>Cardiología. Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa. Zaragoza. <sup>2</sup>Medicina Interna. Hospital Universitario Miguel Servet. Zaragoza.

**Objetivos.** Describir las diferencias en el diagnóstico principal de la patología cardíaca ingresada en Medicina Interna y Cardiología.

**Material y métodos.** Se trata de un estudio retrospectivo en el que se analizaron datos de pacientes ingresados en los servicios de Cardiología y Medicina Interna durante el año 2004. Se seleccionaron todos aquellos pacientes con diagnóstico final de enfermedad cardiovascular. Se utilizó el programa SPSS versión 12.0 para el cálculo estadístico.

**Resultados.** Se incluyeron 2.450 individuos de ambos sexos, con predominio de varones (60,5%) de edades comprendidas entre los 16 y 97 años,  $70,75 \pm 12,39$ . El 69,5% de los pacientes habían sido ingresados en el servicio de Cardiología y el 39,5% restante en Medicina Interna. La distribución por sexos mostró diferencias significativas entre ambos servicios: el 65,5% eran varones en Cardiología frente al 49,1% en Medicina Interna. La edad media también era significativamente diferente entre ambos servicios (26,7 años en Medicina Interna frente a 68,1 en Cardiología). Los diagnósticos principales en ambos servicios fueron los siguientes: la enfermedad coronaria fue el diagnóstico más frecuente (54,9%) en el servicio de Cardiología, seguido por la fibrilación auricular (11,4%) y la insuficiencia cardíaca (8,1%). En Medicina Interna, la insuficiencia cardíaca fue el diagnóstico en el 47,7% de los pacientes seguido de la hipertensión y sus complicaciones (13,3%).

**Discusión.** La patología cardiovascular en los servicios de Cardiología y Medicina Interna es diferente, como se deduce del diagnóstico principal al alta. Más de la mitad de los diagnósticos principales en Cardiología corresponden a enfermedad cardíaca isquémica, con menos del 10% de insuficiencia cardíaca como primer diagnóstico, prevaleciendo la causa de dicha insuficiencia cardíaca como diagnóstico principal. En Medicina Interna, con una población más añosa, predomina la insuficiencia cardíaca.

**Conclusiones.** La enfermedad coronaria es la predominante en los diagnósticos principales del servicio de Cardiología frente a la insuficiencia cardíaca en Medicina Interna, debido entre otras causas a las diferencias de edad entre los pacientes de ambos servicios.

## ENFERMEDAD TROMBOEMBÓLICA

### T-1

#### EFFECTIVIDAD Y SEGURIDAD DE BEMIPARINA EN EL TRATAMIENTO DE LA TROMBOSIS VENOSA PROFUNDA EN ANCIANOS Y PESOS EXTREMOS

**A. Santamaría Ortíz<sup>1</sup>, J. Martínez González<sup>2</sup> y J. Fontcuberta Boj<sup>1</sup>**

<sup>1</sup>Servicio de Hematología. Hospital de la Santa Creu i Sant Pau. Barcelona. <sup>2</sup>Departamento médico. Laboratorios Farmacéuticos Rovi, S.A. Madrid.

**Objetivos.** Evaluar la efectividad y seguridad de una heparina de bajo peso molecular en el tratamiento de la trombosis venosa profunda en ancianos, obesos o pacientes de bajo peso.

**Material y métodos.** Utilizando la base de datos del estudio "ESFERA", prospectivo, abierto, multicéntrico, no aleatorizado, observacional para evaluar la efectividad y seguridad de bempiparina 115/UI/kg/d en el tratamiento de la trombosis venosa profunda (TVP) con o sin embolismo pulmonar (EP), se evaluó la incidencia de TEV recurrente sintomático confirmado y mortalidad durante los 3 meses de estudio así como los sangrados mayores durante la terapia con bempiparina en ancianos (edad  $\geq 80$ ; 65 años), obesos (índice de masa corporal  $\geq 30$  kg/m<sup>2</sup> en hombres o 28,6 kg/m<sup>2</sup> en mujeres) y pesos extremos ( $> 100$  kg o  $< 50$  kg). Se definió el sangrado mayor como todo aquel sangrado clínicamente evidente asociado a una caída de hemoglobina  $\geq 2$  g/dl y/o transfusión de  $\geq 2$  unidades de hematíes o sangre completa, hemorragia fatal, retroperitoneal, intracraneal o espinal, o que requiriese interrupción del tratamiento.

**Resultados.** Se incluyeron 583 pacientes en la población de seguridad. De ellos, 555 eran evaluables para edad, 567 para obesidad (índice de masa corporal) y 573 para peso. De los pacientes evaluables, la mayoría eran ancianos [323 (58,2%)], 162 (28,6%) eran obesos, 25 (4,4%) tenían un peso  $> 100$  kg y solo 7 (1,2%) tenían un peso  $< 50$  kg. No hubo diferencias con respecto a la recurrencia de TEV en ancianos (0,65% vs 0,45% no ancianos;  $p = 0,59$ ) y obesos (0% vs 0,78% no obesos;  $p = 0,40$ ) comparados con el resto de pacientes del estudio. No hubo diferencias con respecto a la incidencia de muerte en ancianos (1,55% vs 1,29% no ancianos;  $p = 0,20$ ) y obesos (1,85% vs 1,23% no obesos;  $p = 0,43$ ), ni tampoco con respecto a la incidencia de sangrados mayores en ancianos (0,62% vs 0% no ancianos;  $p = 0,17$ ) y obesos (0,62% vs 0,49% no obesos;  $p = 0,50$ ), comparados con el resto de pacientes del estudio. Ninguno de los pacientes con peso  $> 100$  kg o inferior a 50 kg presentaron TEV recurrente, muerte o sangrado mayor.

**Conclusiones.** Bempiparina parece ser efectiva y segura en ancianos y obesos en el tratamiento del TEV en la práctica habitual.

### T-2

#### NUOVA EVALUACIÓN DE LA TROMBOPROFILAXIS EN LOS PACIENTES MÉDICOS. ¿HEMOS MODIFICADO NUESTRA ACTITUD?

**R. Campos Rivas<sup>1</sup>, G. Tiberio López<sup>1</sup>, O. Ateka Barrutia<sup>1</sup>, M. Arteaga Mazuelas<sup>1</sup>, V. Jarne Betrán<sup>1</sup>, M. Munies Zaragozano<sup>1</sup>, M. Redondo Izal<sup>2</sup> y M. Paloma Mora<sup>1</sup>**

<sup>1</sup>Medicina Interna, <sup>2</sup>Hematología. Virgen del Camino. Pamplona, Navarra.

**Objetivos.** La Enfermedad Tromboembólica Venosa (ETV) sigue siendo un problema importante en los pacientes hospitalizados. La profilaxis antitrombótica ha demostrado tener una relación riesgo beneficio favorable y ser coste-efectiva. Tras el análisis de nuestros datos de los años 2001 a 2004 observamos que sólo el 20% de los pacientes inmovilizados por patología médica habían recibido Tromboprofilaxis (TP). Varios trabajos publicados en los últimos años destacan la baja incidencia de TP en los pacientes médicos, claramente inferior a la de los pacientes quirúrgicos. En este estudio reevaluamos la TP de un nuevo grupo de pacientes (de abril de 2004 a mayo de 2006) y valoramos si han aumentado las medidas de profilaxis antitrombótica.

**Material y métodos.** Registro los casos nuevos de ETV diagnosticados y seguidos por el Servicio de Medicina Interna del Hospital

Virgen del Camino desde del 4 de abril de 2004 hasta el 30 de mayo de 2006. Se recogieron datos sobre la tromboprofilaxis en pacientes médicos y quirúrgicos (base de datos RIETE).

**Resultados.** Durante el período estudiado se recogieron 210 episodios de ETV, 195 de los cuales (93%) procedían del medio extrahospitalario. 49 enfermos (23%) habían estado inmovilizados durante más de 4 días por enfermedades médicas. Las causas más frecuentes siguen siendo la demencia (16,3%), la infección aguda (14,3%) y los traumatismos que no precisaron intervención (18,4%). Sólo 6 de ellos (12%) había recibido TP. Registramos 31 episodios de ETV en pacientes quirúrgicos, 24 de los cuales (80%) había recibido TP.

**Discusión.** La prevención del tromboembolismo venoso en los pacientes médicos ha sido un tema de actualidad en los dos últimos años. En varias publicaciones se indica que esta medida es infrautilizada en los pacientes médicos hospitalizados. Sin embargo, la mayoría de los pacientes con ETV recogidos en nuestra serie no presentaron la enfermedad durante su estancia en el hospital sino que ingresaron de urgencia tras un período de encamamiento en su domicilio por una enfermedad aguda concomitante. Cerca del 90% de los casos no había recibido TP. Estos resultados son iguales o más deficientes que los del análisis previo (2001-2004) lo que hace pensar que todavía no hay una concienciación de los médicos extrahospitalarios sobre el riesgo de ETV en la población anciana inmovilizada por patología médica aguda ni de los beneficios que TP ha demostrado en el ámbito hospitalario.

**Conclusiones.** 1) La publicación de trabajos que indican los beneficios de la TP y que advierten de su infrautilización en los pacientes médicos no ha aumentado la prescripción de profilaxis antitrombótica en nuestro medio. 2) Son precisos estudios randomizados que evalúen los beneficios reales de la TP en los pacientes extrahospitalarios inmovilizados por patología médica aguda o traumatismos "menores". 3) Son necesarias estrategias formales en los Hospitales y en Atención Primaria para la correcta evaluación del riesgo de ETV en los pacientes médicos.

### T-3 HEMORRAGIAS Y ANTICOAGULANTES

S. Nasep<sup>1</sup>, A. Riera<sup>2</sup>, J. Rubio<sup>3</sup> y D. Escribano<sup>3</sup>

<sup>1</sup>Medicina de Familia, <sup>2</sup>Cardiología, <sup>3</sup>Medicina Interna. Hospital de Jove. Gijón, Asturias.

**Objetivos.** Analizar la potencial relación de la presencia de hemorragias de cualquier localización y gravedad con la toma de medicación anticoagulante habitualmente dicumarínicos.

**Material y métodos.** Análisis de las historias clínicas de pacientes hospitalizados durante el año 2005 en el servicio de medicina interna del hospital de Jove cuyo diagnóstico al alta figuraba algún grupo relacionado con el diagnóstico (GRD), la hemorragia, de ellas se comprobaron localización y tipo del sangrado así como potencial relación con la toma de medicación anticoagulante, otras variables como factores asociados locales o generales y el tratamiento empleado en cada caso también se pudo documentar.

**Resultados.** De los 3.605 pacientes dados de alta en el servicio de medicina interna del hospital de Jove en el año 2005, 124 (3,4%) habían sido diagnosticados de hemorragias de distintas localizaciones: 30 (24%) de origen digestivo, 30 (24%) hemoptisis, 27 (21,6%) del S.N.C., 20 (16%) hematurias, 11 (8,8%) epistaxis y 6 (4,8%) hematomas. Se excluyeron anemias crónicas y sobredosificación de dicumarínicos (sintrom) sin sangrado secundario. Del total de pacientes 19 (15,3%) el sangrado estaba relacionado con medicación anticoagulante: 17 por dicumarínicos y dos por heparina de bajo peso molecular (HBPM) En 4 la hemorragia fue mayor (Palareti) y en 15 menor, las edades medias en estos grupos eran significativamente distintas 77,7 vs 57,6 años. De los pacientes con sangrado que tomaban medicación anticoagulante 6 (32%) tenían el INR dentro del rango preestablecido, 8 (43%) sobredosificación y 3 (15%) infradosificación, 2 pacientes recibían HBPM.

**Discusión.** El incremento del uso de fármacos anticoagulantes y antiagregantes hace que se reduzca el número de complicaciones trombóticas, pero un porcentaje de pacientes presenta complicaciones hemorrágicas, en nuestro estudio 15% de los pacientes con hemorragias, su causa estaba potencialmente relacionada con la medicación anticoagulante y el 6,4% si tomamos solo los pacientes

que presentaban sobredosificación de la misma, constatados por un INR por encima del rango.

**Conclusiones.** Las hemorragias son relativamente frecuentes durante el tratamiento con anticoagulantes orales 15% en nuestro estudio, particularmente en los pacientes peor controlados, la naturaleza de la hemorragia fue grave, hemorragias mayores en 4 (21%) siendo dos de ellas intracraneales fatales. Queda por aclarar mejor los grados de cualquier localización en pacientes tomadores de anticoagulantes con INR dentro del rango o incluso aparentemente mal anticoagulados, quizás factores locales como manipulaciones y traumatismos que en nuestra serie ocurría en un 22% o factores generales: (68%) agudizaciones respiratorias, insuficiencia cardíaca, insuficiencia renal etc. puedan explicarlo. A pesar del uso extensivo de las HBPM tanto en profilaxis como en tratamiento, encontramos una baja tasa de hemorragias (1,6%).

### T-4 TRATAMIENTO DE LA ENFERMEDAD TROMBOEMBÓLICA VENOSA (ETV) EN PACIENTES CON INSUFICIENCIA RENAL (IR). OBSERVACIONES DEL REGISTRO RIETE

C. Falgá Tirado<sup>1</sup>, M. Monreal<sup>2</sup>, J. Capdevila<sup>1</sup>, R. Valle<sup>3</sup>, R. Barba<sup>4</sup>, J. Bosco<sup>5</sup>, J. Beato<sup>6</sup> y A. Maestre<sup>7</sup>

**y Grupo RIETE**  
<sup>1</sup>Medicina Interna. Hospital de Mataró, Barcelona. <sup>2</sup>Medicina Interna. Hospital Universitario Germans Trias i Pujol. Badalona. <sup>3</sup>Medicina Interna. Hospital Sierralana. Torrelavega, Santander. <sup>4</sup>Medicina Interna. Hospital Fundación Alcorcón, Madrid. <sup>5</sup>Medicina Interna. Hospital Universitario Puerto Real, Cádiz. <sup>6</sup>Medicina Interna. Hospital de Hellín, Albacete. <sup>7</sup>Medicina Interna. Hospital Universitario de Elche, Alicante.

**Objetivos.** 1) Conocer las características clínicas y las complicaciones de los pacientes con ETV que presentan IR. 2) Conocer las complicaciones de estos pacientes según el grado de IR. 3) Conocer la mortalidad por embolia pulmonar (EP) y por hemorragia.

**Material y métodos.** Se compararon las características clínicas y resultados a los 15 días de tratamiento de pacientes con ETV incluidos en el Registro Informatizado de Enfermedad Tromboembólica (RIETE) con y sin IR. Los pacientes se clasificaron en 3 grupos según la función renal calculada a partir del aclaramiento de creatinina (Cl Cr): Cl Cr > 60 ml/min, 30-60 y < 30 ml/min.

**Resultados.** Se estudiaron 10,526 pacientes diagnosticados de ETV de marzo 2001 a 2005 de diversos centros y se clasificaron según la función renal. Un 88% presentaban ClCr > 60 ml/min, 6,7% Cl Cr 30-60 ml/min y un 5,6% ClCr < 30 ml/min. Los pacientes con IR grave (Cl Cr < 30 ml/min) eran más mayores, más mujeres, con mayor incidencia de ICC, inmovilización, EP sintomática y de presentación más grave, y más TVP de localización proximal. En cuanto a las complicaciones, la hemorragia mayor fue más elevada en los dos subgrupos con IR que en el grupo con función renal normal (5,4%, 4% y 1% respectivamente). Las recidivas fueron similares en los tres grupos (1,2%, 0,9% y 1%). La mayoría de los pacientes de estos grupos fueron tratados con HBPM a dosis similares (89%, 91% y 93%) aunque los que tenían IR grave fueron tratados con más frecuencia con HNF que aquéllos con Cl Cr > 60 ml/min (8,8% vs 6,1%). Los pacientes con IR grave tuvieron mayor incidencia de mortalidad por EP que el resto de los grupos (6,6%, 2,6%, 1%) y una mayor incidencia de mortalidad por hemorragia (1,2%, 0 m, 3%, 0,2%). Los factores asociados a EP mortal en el análisis multivariado fueron la EP sintomática, la IR, la inmovilización > o igual a 4 días, el cáncer, el tratamiento con HNF y el ingreso del paciente (p < 0,005). Los factores asociados a hemorragia mortal en el análisis multivariado fueron la inmovilización, el cáncer y la IR grave (p < 0,005).

**Discusión.** Los pacientes con ETV y IR grave tenían mayor incidencia de hemorragia mayor como ya está descrito en la literatura. La mayor parte de los pacientes fueron tratados con HBPM a dosis similares siendo las recidivas similares en los tres grupos. La incidencia de EP mortal claramente sobrepasó la de hemorragia mortal en los pacientes con IR grave. Algunos de los motivos pueden ser la presentación más grave de la ETV, la edad avanzada, patologías y tratamientos concomitantes.

**Conclusiones.** 1) Los pacientes con ETV y IR con Cl Cr < 30 ml/min son más mujeres, > 65 años, con mayor incidencia de inmo-

vilización, ICC, EP de presentación más grave y con TVP proximal. 2) Los pacientes con ETV y IR tienen mayor mortalidad por EP y por hemorragia. 3) Son factores de riesgo independientes de EP y hemorragia mortal la IR con  $Cl Cr < 30$ , el cáncer y la inmovilización. En la EP mortal también el tratamiento con HNF, el ingreso y la EP sintomática. 4) No se observó ningún beneficio con la administración de HNF vs HBPM.

#### T-5 TRATAMIENTO AMBULATORIO DEL TROMBOEMBOLISMO PULMONAR

**C. González Rodríguez<sup>1</sup>, T. Rubio Vela<sup>1</sup>, M. Gaztelu Contín<sup>2</sup>, V. González Toda<sup>3</sup>, F. Jiménez Bermejo<sup>1</sup>, H. Sarasibar<sup>4</sup> e I. García de Eulate<sup>4</sup>**

<sup>1</sup>Medicina Interna, <sup>2</sup>Atención Primaria, <sup>3</sup>Cardiología, <sup>4</sup>Radiología. Hospital García Orcoyen. Estella, Navarra

**Objetivos.** Estudio retrospectivo de pacientes diagnosticados de TEP tratados de forma ambulatoria. Determinar la seguridad del tratamiento ambulatorio.

**Material y métodos.** Pacientes diagnosticados de TEP en régimen ambulatorio (consulta externa) o ingresados que acepten tratamiento ambulatorio.

**Resultados.** Entre enero de 1999 y diciembre de 2005, 170 pacientes fueron diagnosticados de TEP, cumpliendo criterios clínicos, de TAC o gamagráficos en el S<sup>o</sup> de Medicina Interna. 21 Pacientes (12,35%) fueron tratados de forma ambulatoria, con menos de 48 horas de ingreso. No se objetivan diferencias en morbi-mortalidad respecto a pacientes tratados en régimen hospitalario.

**Conclusiones.** 1) El tratamiento del TEP ambulatorio es seguro. 2) El tratamiento ambulatorio debe ser considerado en pacientes sin compromiso hemodinámico.

#### T-7 LAS TROMBOSIS SON PARA EL VERANO

**R. Barba<sup>1</sup>, B. Herreros<sup>1</sup>, M. Velasco<sup>1</sup>, J. Ruiz<sup>2</sup>, C. De Ancos<sup>2</sup>, M. Romero<sup>2</sup>, C. Garmendia<sup>1</sup> y A. Zapatero<sup>2</sup>**

<sup>1</sup>Medicina Interna. Fundación Hospital Alcorcón, Madrid. <sup>2</sup>Medicina Interna. Hospital Fuenlabrada, Madrid.

**Objetivos.** Algunos estudios han demostrado que la enfermedad tromboembólica es más prevalente los meses cálidos, mientras que en otros se ha demostrado un claro predominio de las hospitalizaciones de los pacientes con TEP en otoño e invierno. Nuestro objetivo ha sido comprobar que ocurría en nuestro medio. Además pretende valorar si existen diferencias entre las trombosis ingresadas en las diferentes estaciones del año.

**Material y métodos.** Los datos de este estudio se han obtenido del CMBD (Conjunto mínimo básico de datos) de la Fundación Hospital Alcorcón y del Hospital de Fuenlabrada el año 2005. Para cada episodio se identificó un diagnóstico principal y hasta 12 diagnósticos secundarios, codificados según el sistema CIE-9MC. Se incluyeron en el estudio los pacientes que tenían alguno de los siguientes códigos: 451,0, 451,1x, 451,2, 451,82, 451,83, 451,84. Se consideraron las estaciones del año según el calendario. Los análisis se hicieron conjuntamente y estratificados por centro.

**Resultados.** Se analizaron 6.476 episodios (3.192 en Alcorcón y 3.284 en Fuenlabrada), de los cuales 212 fueron enfermedad tromboembólica (100 y 112 respectivamente), lo que implica un 3,3% de los ingresos totales del Medicina Interna. La edad media de los pacientes fue de 65,2 años (SD 19,1), la estancia media de 10,9 días (SD 10,7) y el peso medio del GRD de 2,3 (SD 1,8). El 61,8% de los pacientes era mujer, y el 9% fallecieron en el ingreso. En los meses de otoño e invierno ingresaron el 22,2% y el 24,5% del total de las ETV, mientras que en verano lo hicieron el 28,3% y en primavera un 25,0%, las diferencias entre los meses cálidos y los fríos fueron estadísticamente significativas. En cuanto al impacto que supone en Medicina Interna, mientras que en invierno las ETV suponen el 2,3% del total de los ingresos, en verano alcanzan el 4,9%. En otoño y primavera el 3,3% y el 3,4% de los pacientes tienen una ETV. No hay diferencias en el sexo, la edad, la estancia media, la gravedad (peso GRD) o la mortalidad de los pacientes con ETV ingresados en

las diferentes estaciones del año. Esto se confirma para el total de los pacientes y en cada uno de los centros.

**Discusión.** En nuestro medio la ETV es más frecuente en las estaciones cálidas, especialmente en el verano. Sin embargo no existen diferencias en las características clínicas o demográficas de los pacientes con ETV en las diferentes estaciones del año.

#### T-8 ADECUACIÓN DE USO DE HEPARINAS DE BAJO PESO MOLECULAR EN LA PREVENCIÓN DE LA ENFERMEDAD TROMBOEMBÓLICA VENOSA EN PACIENTES INGRESADOS EN UN ÁREA MÉDICA

**M. Aguayo Canela<sup>1</sup>, M. Garrido Fernández<sup>2</sup>, R. Fernández Ojeda<sup>1</sup>, B. Escolano Fernández<sup>1</sup>, M. Merino Rumin<sup>1</sup>, F. Cuesta López<sup>1</sup>, I. Chaparro Moreno<sup>3</sup> y M. Ynfante Ferrus<sup>3</sup>**

<sup>1</sup>Medicina Interna A. Universitario Virgen Macarena. Sevilla. <sup>2</sup>Farmacia, <sup>3</sup>Medicina Interna. Juan Ramón Jiménez. Huelva.

**Objetivos.** Conocer la prevalencia de uso de Heparinas de Bajo Peso Molecular (HBPM) en la profilaxis de la Enfermedad Tromboembólica Venosa (ETEV) en servicios "médicos" de un hospital general, así como su grado de adecuación a las recomendaciones de la guía PRETEMED. Esta es una GPC basada en la evidencia que cuenta con el aval de la SEMI, la SEMFyC, la Sociedad Española de Trombosis y Hemostasia y la Sociedad Andaluza de Cirugía Vascular, y ha sido aceptada en la National Guideline Clearinghouse.

**Material y métodos.** Estudio de utilización de medicamentos de indicación-prescripción, sobre una muestra de pacientes ingresados en servicios médicos en el hospital Juan Ramón Jiménez de Huelva (hospital de especialidades, grupo II), mediante un corte transversal. Se excluyeron los pacientes en tratamiento de procesos tromboembólicos o anticoagulados en el momento del estudio. La variable principal fue la prevalencia de prescripción de profilaxis de la ETEV con HBPM, aunque se recogieron otras múltiples características demográficas y clínicas. Para valorar la adecuación se calculó el Riesgo Tromboembólico Ajustado, según las recomendaciones de la Guía PRETEMED, en tres niveles según la suma de pesos: De 1-3 puntos "riesgo bajo"; 4 puntos "riesgo medio", y > 4 puntos "riesgo alto".

**Resultados.** El día del corte se encontraban ingresados 404 pacientes en el hospital, excluyéndose 56 por los motivos antes reseñados. Un total de 195 estaban hospitalizados en servicios médicos (el 35% a cargo de medicina interna), con una edad media de 62,75 años, siendo varones el 63,6%. Los factores de riesgo de ETEV más prevalentes eran, además de la edad mayor de 60 años (61%), la obesidad (23,1%) y la existencia de una neoplasia (22,6%) o de una infección aguda grave (22,1%). El 53,3% presentaban dos o más factores de riesgo simultáneamente. Estaban con profilaxis con HBPM el 22,6% (IC95% 16,9 - 29,1) de los pacientes, y en análisis multivariante se encontró asociación de estar con profilaxis las siguientes circunstancias: tener una edad mayor de 60 años (OR 2,3), el encamamiento superior a 4 días (OR 10,9) y el padecer una EPOC agudizada (OR 5,4). Según el nivel de riesgo se encontró adecuación en la decisión de tratar profilácticamente (o no) en el 63,1% de los casos, mientras que en el 36,9% la pauta de actuación no fue la adecuada al riesgo tromboembólico, destacando 40 pacientes (20,5%) con riesgo alto a los que no se había prescrito profilaxis con HBPM (infrauso); y 24 pacientes (12,3%) con riesgo bajo que estaban con profilaxis (sobresuso).

**Discusión.** Los resultados son parecidos a los de estudios similares realizados hace una década, por lo que queda un hiato de infrauso que debe reducirse, si seguimos las indicaciones de guías de práctica basadas en la evidencia (PRETEMED) o de consensos de amplio respaldo internacional (7.<sup>a</sup> Guía de la ACCP). La coexistencia de circunstancias que pueden suponer contraindicaciones relativas al uso de HBPM, aun presentes en el 58% de los pacientes con infrauso, deberían considerarse individualmente, sobre todo en pacientes con riesgo tromboembólico elevado.

**Conclusiones.** 1) Casi una cuarta parte (22,6%) de los pacientes ingresados en servicios médicos de un hospital de especialidades recibe profilaxis para la ETEV con una HBPM. 2) A pesar de las guías de práctica clínica y de las recomendaciones de consenso, un porcentaje no desdeñable de pacientes ingresados en servicios médicos

(20,5%), con riesgo medio-alto de desarrollar una ETEV, siguen sin recibir la adecuada profilaxis con HBPM (infruso). 3) Se detecta una tasa menor de inadecuación por sobreuso (12% de pacientes, con riesgo tromboembólico bajo a los que se prescribió HBPM).

#### T-9

##### DIAGNÓSTICOS FINALES EN PACIENTES CON SOSPECHA DE TROMBOSIS VENOSA PROFUNDA

**M. Gómez-Antúnez<sup>1</sup>, C. Cuenca Carvajal<sup>1</sup>, A. Muño Miguez<sup>1</sup>, C. López González-Cobos<sup>2</sup>, M. Villalba García<sup>2</sup> y C. Pérez de Oteyza<sup>2</sup>**

<sup>1</sup>Medicina Interna 2A, <sup>2</sup>Medicina Interna D. Hospital Gregorio Marañón. Madrid.

**Objetivos.** Una proporción apreciable de pacientes con sospecha de trombosis venosa profunda (TVP) son diagnosticados de otras patologías. Nuestro objetivo es valorar la frecuencia de los diagnósticos realizados en el Servicio de Urgencias a pacientes valorados por sospecha de TVP y en los que se excluye inicialmente este diagnóstico. **Material y métodos.** 186 pacientes son valorados por sospecha de TVP. Tras realizar valoración clínica, D-Dímero y eco-doppler se descartó TVP en 120 pacientes. Se estudia la frecuencia de los diagnósticos realizados en estos pacientes. El diagnóstico de exclusión de TVP se valida mediante seguimiento del paciente por un período de tiempo superior a 6 meses.

**Resultados.** Los diagnósticos realizados en los pacientes en los que se descarta TVP fueron: celulitis 34 (28%), tromboflebitis superficial 18 (15,5%), quiste de Baker 10 (8%), edema 9 (7,5%), artritis 4 (3,5%), hematoma 3 (2,5%), síndrome postflebitico 3 (2,5%), tendinitis 3 (2,5%), otros 33 (27%). Tres de estos pacientes fueron diagnosticados de TVP en los siguientes 6 meses (2,5%), ninguno de ellos tenía diagnóstico alternativo por eco.

**Discusión.** Una amplia variedad de enfermedades no tromboticas pueden tener una presentación clínica similar a la de pacientes con TVP. Esta es la causa de que de los pacientes valorados por sospecha de TVP, se estima que en el 70% no se confirma el diagnóstico. El diagnóstico correcto es importante ya que la ausencia de tratamiento predispone a la aparición de tromboembolismo pulmonar y el tratamiento anticoagulante innecesario expone al paciente a complicaciones hemorrágicas. La experiencia clínica y el uso adecuado de pruebas diagnósticas son esenciales.

**Conclusiones.** La celulitis, trombosis venosa superficial, y quiste de Baker son los diagnósticos alternativos más frecuentes en pacientes con sospecha de TVP. Cuando se realiza un diagnóstico alternativo validado por eco-doppler en ningún caso se evidenció TVP en el seguimiento.

#### T-10

##### VALIDACIÓN DE UN PROTOCOLO DIAGNÓSTICO DE TROMBOSIS VENOSA PROFUNDA

**M. Gómez-Antúnez<sup>1</sup>, C. Cuenca Carvajal<sup>1</sup>, M. Villalba García<sup>2</sup>, C. López González-Cobos<sup>2</sup>, A. Muño Miguez<sup>1</sup> y C. Pérez de Oteyza<sup>2</sup>**

<sup>1</sup>Medicina Interna 2A, <sup>2</sup>Medicina Interna D. Hospital Gregorio Marañón. Madrid.

**Objetivos.** La combinación de la probabilidad clínica, el Eco-Doppler y el D-Dímero aumenta la seguridad diagnóstica en la trombosis venosa profunda (TVP). Se acepta que en los pacientes con sospecha clínica baja y D-Dímero negativo se puede excluir TVP y en el resto de pacientes, si el Eco-Doppler inicial es negativo, está indicado repetirlo en una semana para excluir TVP. Pretendemos validar un protocolo diagnóstico donde se descarta TVP en: a) los pacientes con baja sospecha clínica, D-Dímero alto y Eco-Doppler negativo y b) en los pacientes con alta sospecha clínica, Eco-Doppler negativo y D-Dímero bajo.

**Material y métodos.** A los pacientes mayores de 16 años que acudieron al servicio de Urgencias por sospecha de TVP se les calculó la probabilidad clínica según test de Wells y el D-Dímero. En los pacientes con baja sospecha clínica y D-Dímero negativo se descartó TVP. Se realizó Eco-Doppler en los pacientes con alta probabilidad clínica y en los que tenían baja probabilidad clínica y D-Dímero positivo (> 350 ng/ml). En los pacientes con alta sospecha clínica,

Eco-Doppler negativo y D-Dímero alto se realizó flebografía. Hubo un seguimiento de los pacientes para detectar enfermedad tromboembólica (TVP y/o TEP) a los 2 años.

**Resultados.** Se incluyeron en el estudio 186 pacientes. De los 127 pacientes con alta sospecha clínica 60 (47,2%) fueron diagnosticados de TVP. De los 59 pacientes con baja sospecha clínica y D-Dímero alto 6 fue diagnosticado de TVP (10,2%). En el seguimiento se detectó un caso de enfermedad tromboembólica en los pacientes que tenían baja sospecha clínica con D-Dímero alto y Eco-Doppler negativo (1/53, 1,9%) y ninguno en el grupo de alta sospecha clínica con Eco-Doppler negativo y D-Dímero bajo (Valor Predictivo Negativo 100%).

**Discusión.** Hemos encontrado un alto porcentaje de pacientes que teniendo alta sospecha clínica, Eco-Doppler negativo y D-dímero alto, finalmente tienen TVP, 15% en nuestro estudio. Este resultado apoya la estratificación de los pacientes con sospecha de TVP según la probabilidad clínica y el Dímero-D, con un manejo diagnóstico diferente para cada grupo, en contra de otros estudios en los que un Eco-Doppler negativo inicial descarta TVP.

**Conclusiones.** Concluimos que es seguro excluir TVP y no pautar tratamiento anticoagulante en los pacientes con baja sospecha clínica con D-Dímero alto y Eco-Doppler negativo y en los pacientes con alta sospecha clínica con Eco-Doppler negativo y D-Dímero bajo.

#### T-12

##### HEMATOMAS EXTRACRANEALES EN PACIENTES ANTICOAGULADOS CON ACENOCUMAROL

**B. Frutos, J. Canora Lebrato, C. De Ancos Aracil, J. Hinojosa Mena Bernal, N. Cabello Clotet y A. Zapatero Gaviria**

Medicina Interna. Fuenlabrada, Madrid.

**Objetivos.** Analizar los pacientes en tratamiento con acenocumarol que ingresan por una complicación hemorrágica extracraneal o que la desarrollan durante la hospitalización por otro motivo.

**Material y métodos.** Se analizan de forma retrospectiva 23 casos de hemorragias extracraneales en pacientes en tratamiento con acenocumarol, ingresados en el Hospital de Fuenlabrada en el año 2005. **Resultados.** Durante el año 2005 se ingresaron 3.778 pacientes en el Servicio de Medicina Interna del Hospital de Fuenlabrada. De ellos, 23 fueron diagnosticados de hemorragias extracraneales, teniendo los pacientes una mediana de edad de 74 años y con un predominio del sexo femenino (90% mujeres frente a 10% varones). La indicación de anticoagulación estaba motivada por: FA 14 casos, ETEV 9, valvulopatías y prótesis valvulares 6. Como comorbilidades más frecuentes destacar: IC 12, HTA 9, neoplasias 3, cardiopatía isquémica 2, hepatopatía 2. Cuatro pacientes no tenían ninguna otra enfermedad que el motivo de la anticoagulación (FA). La localización de la hemorragia fue: músculos rectos del abdomen 8, hemorragia peritoneal 3, hematomas articulares, abdominales, psoas, 2 casos cada uno. En 10 (43,5%) de los pacientes se identificó un factor precipitante claro. El INR en el momento de la complicación fue de 3,62 de media (IC 2,34-4,90), con una mediana de 2,6. Nueve pacientes (39%) fallecieron por la complicación hemorrágica.

**Conclusiones.** Los hematomas extracraneales en pacientes anticoagulados no son frecuentes, no obstante, suponen una complicación grave con una alta tasa de mortalidad. La mayoría de los pacientes estaban en un rango adecuado de anticoagulación en el momento del evento hemorrágico.

#### T-13

##### REVISIÓN DE UN AÑO DE ACTIVIDAD DE UNA CONSULTA MONOGRÁFICA DE ENFERMEDAD TROMBOEMBÓLICA: TRATAMIENTO AMBULATORIO DE LA TVP

**V. Rosa Salazar<sup>1</sup>, C. Alcaraz Conesa<sup>2</sup>, C. Capdepón Vaillo<sup>2</sup>, E. Delgado<sup>2</sup>, C. Royo-Villanova Reparaz<sup>1</sup>, F. Amorós Martínez<sup>1</sup>, I. Pacheco Tenza<sup>1</sup> y J. Custardoy Olivarrieta<sup>1</sup>**

<sup>1</sup>Medicina Interna, <sup>2</sup>Medicina Familiar y Comunitaria. Vega Baja. Orihuela, Alicante.

**Objetivos.** Valorar la seguridad, eficacia y rendimiento de la consulta monográfica de ETV para las TVP ambulatorias, así como descri-

bir y comparar las características de los pacientes que se beneficiaron de este tratamiento y los que precisaron ingreso hospitalario.

**Material y métodos.** Se trata de un análisis retrospectivo de los pacientes valorados en nuestro Hospital con el diagnóstico de TVP, en la consulta monográfica de ETV durante el año 2005. Se realizó una revisión de la historia clínica de cada uno de ellos, comparando los datos de los que precisaron ingreso hospitalario de los que realizaron tratamiento ambulatorio.

**Resultados.** Se incluyeron en el estudio 50 pacientes, diagnosticados de TVP mediante Ecografía doppler-compresión, y remitidos a nuestra consulta de ETV durante el período comprendido desde enero 2005 y diciembre 2005 desde Urgencias o desde la planta de hospitalización de M. Interna. De los pacientes vistos en la consulta, 25 (50%) procedían de Urgencias y 25 (50%) de la planta. De los pacientes ambulatorios 13 (52%) eran hombres y 12 mujeres (48%), cuya media de edad era 63,65 años (hombres 60,98, mujeres 66). De estos pacientes, 10 (40%) fueron diagnosticados de TVP poplitea o distal, y 14 (56%) de TVP proximal. 11 (44%) fueron en el lado derecho y 13 (52%) en el lado izquierdo. Durante el seguimiento de éstos, no hubo ninguna complicación hemorrágica ni recurrencia; falleció un paciente (4%) por una causa diferente a la ETV (neoplasia de páncreas) y 8 (32%) presentaron síndrome posttrombótico. De los pacientes hospitalizados 11 (44%) eran hombres y 14 mujeres (56%), dos de ellas gestantes (14,3%), cuya media de edad fue 61,91 años (hombres 64,18, mujeres 59,64). De éstos, 18 (72%) fueron TVP proximales y 7 (28%) popliteas, y 14 (56%) en el lado izquierdo y 11 (44%) en el lado derecho. Entre los criterios de ingreso encontramos: neoplasia 5 (20%), embolismo pulmonar 4 (16%), insuficiencia renal con Cr > 1,5 mg/dl 3 (12%), obesidad > 100 kg 3 (12%), antecedentes de hemorragia previa 3 (12%), cirugía reciente 3 (12%), embarazo 2 (8%), trombopenia 1 (4%), úlcera venosa severa 1 (4%). En el seguimiento de cada uno de ellos, destaca: la colocación de 2 filtros de vena cava (8%), la aparición de hemorragias menores 2 (8%), y la recurrencia tras suspensión de la anticoagulación en 1 (4%). No ha fallecido ningún paciente en este grupo hasta la fecha, y el síndrome posttrombótico apareció en 5 pacientes (20%).

**Discusión.** En el tratamiento ambulatorio de la TVP cada vez existe más experiencia. Esto ha sido posible con la aparición de las HBPM y la demostración, con gran evidencia científica, de su efectividad y seguridad en estos pacientes. Esto posibilita que el manejo extrahospitalario de la TVP cada vez se puede aplicar a más pacientes, con la consiguiente disminución de los costes y los beneficios en cuanto aceptabilidad y calidad de vida de los afectados. Para esto, es necesario el apoyo estrecho de la Atención Primaria, así como de la Especializada, en nuestro caso, con la consulta monográfica de ETV. Esto hace que cada vez sea más amplio el abanico de pacientes que pueden ahorrarse un ingreso hospitalario, con una total seguridad en cuanto al riesgo hemorrágico o de recurrencia, como muestra nuestro estudio. Cada vez aparecen más publicaciones sobre el tratamiento ambulatorio de la TVP, aunque aún faltan guías que protocolicen esta actuación. Con nuestra experiencia, queremos aportar un grano de arena más en la asistencia ambulatoria de los pacientes con una enfermedad tan prevalente como la TVP.

**Conclusiones.** La TVP es una manifestación de la ETV que se puede manejar de forma segura y eficaz de forma ambulatoria, sin que aumente por ello el riesgo hemorrágico ni de recurrencia. Para esto sólo es necesario una consulta especializada monográfica con el apoyo de la Atención Primaria amparados siempre en una protocolización de la actuación en todos los ámbitos.

#### **T-15** **SÍNDROME DE PAGET-SCHROËTTER EN UN HOSPITAL COMARCAL**

**M. Aguilar Gallego, P. Tarancón Merlo y A. Bolaños Díaz**  
*Medicina Interna. Punta Europa. Algeciras, Cadiz.*

**Objetivos.** Valorar las complicaciones locales y sistémicas que han presentado los pacientes diagnosticados de esta entidad en nuestro servicio a lo largo del período 1997-2005, así como valorar la idoneidad del tratamiento aplicado.

**Material y métodos.** Se revisaron retrospectivamente las historias clínicas de ingreso entre el período 1997-2005, así como su seguimiento en consultas externas y/o reingreso por complicaciones.

**Resultados.** Se encontraron 12 casos. Edad media: 26 ± 4,7 Varones. 5 Mujeres. No presentaban factores de riesgo protrombótico. En 5 casos se encontraron posibles actividades (laborales y/o deportivas) relacionadas con el evento. El tratamiento fue conservador en todos: anticoagulación con dicumarínicos y reposo. Se les realizó estudio exhaustivo de trombofilia primaria en el momento del ingreso, a los seis meses y al año siendo negativo en todos. Por otra parte las complicaciones registradas fueron las siguientes: Síntomas de síndrome postflebítico de diferente gravedad (10). Tromboembolismo pulmonar (1). Tromboflebitis en miembros inferiores (5). Tromboflebitis en miembro contralateral (4). Trombosis retiniana (2). Tromboflebitis superficial en miembro afecto (4).

**Discusión.** El Síndrome de Paget-Schroëtter se define como tromboembolia venosa del territorio axilo-subclavio, inicialmente de origen idiopático, aunque se postulan en su génesis la existencia de una actividad repetida intensa que suponga generalmente un movimiento de abducción-supinación del brazo (sólo en 5 casos nuestros) y/o una posible anomalía mecánica de origen músculo-esquelética en el estrecho torácico superior. Esta entidad es infrecuente aunque últimamente su incidencia ha aumentado. Suele presentarse en forma de edema generalizado del miembro afecto junto con dolor de diferente intensidad. Entre sus complicaciones destacan algunas de las reseñadas en nuestra serie, sin embargo no existen series que la relacionen con fenómenos trombóticos a otros niveles como hemos encontrado en nuestros pacientes, por lo que ante la ausencia de otras causas podríamos especular en considerarla una entidad trombótica sistémica per se. En cuanto al tratamiento aunque no hay consenso parece existir bastante acuerdo en utilizar trombolisis temprana (menos de 48 horas) si no existe contraindicación, ya que reduce las complicaciones locales, siendo más discutido el momento y la indicación de posible cirugía, angioplastia o stent.

**Conclusiones.** 1) Encontramos en nuestra serie elevada incidencia de complicaciones locales, probablemente en relación al tratamiento conservador utilizado. 2) Existencia de fenómenos trombóticos en otros territorios en el seguimiento de estos pacientes que podrían indicarnos que estamos ante una enfermedad trombótica sistémica. 3) Lo reducido de la muestra y lo infrecuente de esta entidad no nos permiten afirmar categóricamente lo anterior.

#### **T-16** **ENFERMEDAD TROMBOEMBÓLICA (ETE): SITUACIÓN ACTUAL EN NUESTRA SECCIÓN**

**M. Chimento Viñas, L. Arribas Pérez, G. García Gutiérrez, P. García Carbó, V. López Mourinho, V. Vela García, L. Palomar Rodríguez y F. Martín Cordero**  
*Medicina Interna. Virgen de la Concha. Zamora.*

**Objetivos.** La enfermedad tromboembólica (ETE) sigue siendo una patología frecuente, de difícil diagnóstico y grave. El objetivo fue analizar la situación actual de esta importante patología en nuestra Sección de Medicina Interna.

**Material y métodos.** Estudio observacional, transversal, descriptivo. Revisión de las historias clínicas de los ingresos de nuestra Sección desde el 15/I/06 al 15/VI/06 y análisis de aquellas cuyo diagnóstico al alta fue ETE: tromboembolia profunda (TVP) y/o tromboembolismo pulmonar (TEP). Datos analizados: edad, sexo, factores de riesgo, síntomas y signos, localización, pruebas diagnósticas y tratamiento. Se aplicó retrospectivamente la escala de Wells como pretest clínico de TVP y para la valoración de la sospecha clínica de TEP la escala de Wells y la de Ginebra.

**Resultados.** 12 de los 212 ingresados en nuestra Sección fueron diagnosticados de ETE: TVP y/o TEP. En todos los pacientes con TVP se realizó eco-doppler. Para el diagnóstico de TEP se utilizó el angioTac. Evolución favorable excepto en 2 casos (éxitus) (tabla 1).

**Discusión.** La ETE supuso el 5,6% de los ingresos en el período estudiado. No existen diferencias importantes respecto al sexo. En 5 casos no se evidenció factor de riesgo. La mortalidad fue 1,6%. La escala de Wells se ajustó más a la realidad diagnóstica.

**Conclusiones.** La ETE sigue siendo una entidad relevante y severa. Las escalas son útiles en la orientación diagnóstica.

Tabla 1. Resultados (T-16).

Caso	Edad	Sexo	Localiz.	Fact. riesgo	Tto.	Escala Ginebra	Escala Wells
1	82	Varón	TVP dcha	No	Sintrom		Alta
2	56	Varón	TVP dcha	Inmoviliz.	HBPM		Alta
3	86	Varón	TVP dcha	No	HBPM		Alta
4	73	Mujer	TVP izqda	Inmoviliz.	Sintrom		Alta
5	58	Mujer	TEP	Neoplasia	HBPM	Baja	Moderada
6	85	Varón	TVP izqda TEP	No	Sintrom	Moderada	Moderada Moderada
7	70	Varón	TVP dcha TEP	No	Sintrom	Baja	Moderada Moderada
8	35	Varón	TVP izqda TEP	Cirugía	Sintrom	Alta	Alta Alta
9	79	Varón	TVP izqda TEP	Cirugía	Sintrom	Moderada	Alta Alta
10	82	Mujer	TVP izqda TEP	No	Sintrom	Baja	Alta Moderada
11(éxitus)	53	Mujer	TEP	Inmoviliz.		Moderada	Moderada
12(éxitus)	98	Mujer	TEP	Inmoviliz.		Alta	Moderada

**T-18**

**SÍNDROME DE PAGET-SCHROETTER**

**A. Hernández Torres, M. Bermejo Martínez, M. Giménez Bello y J. García-Estañ Candela**

Medicina Interna. Hospital Universitario Virgen de La Arrixaca. El Palmar, Murcia.

*Objetivos.* Describir tres casos de trombosis venosa profunda espontánea del miembro superior.

*Material y métodos.* Caso 1: varón de 25 años fumador, levantador de peso. Presenta un cuadro de un mes de evolución de tumefacción progresiva del miembro superior derecho con aparición de circulación colateral, con eco-doppler que muestra venas axilar y subclavia aumentadas de calibre con material ecogénico en su interior y ausencia de flujo venoso, compatible con trombosis. Caso 2: varón de 31 años que trabaja en la fabricación de tela metálica y realiza esfuerzos continuos y repetitivos con el brazo derecho. Consulta por signos inflamatorios de una semana de evolución en el miembro superior derecho con eco-doppler compatible con trombosis total de la vena cefálica derecha y parcial de axilar y subclavia. Caso 3: varón de 24 años guitarrista que sufre trombosis venosa axilar y subclavia derechas confirmadas por eco-doppler y flebografía.

*Resultados.* En dos casos se inicia anticoagulación con heparina de bajo peso molecular, y en otro con heparina sódica. En los tres casos posteriormente se inicia acenocumarol que se mantiene durante tres meses con evolución favorable y resolución de la clínica. Sólo en uno de los casos se realiza trombolisis con urokinasa. Aparece un anticoagulante lúpico positivo en uno de los enfermos y en otro queda como secuela un síndrome postflebitico.

*Discusión.* La trombosis venosa profunda espontánea del miembro superior, síndrome de Paget-Schroetter, es un síndrome relativamente raro que supone del 1 al 4% de todos los casos de trombosis venosa profunda. Ocurre con mayor frecuencia en individuos jóvenes físicamente activos tras un ejercicio inusual del brazo y hombro. La trombosis inducida por el esfuerzo afecta a la mano dominante en el 80% de los casos y es causada por la presión ejercida sobre las venas axilar y subclavia durante la retroversión e hiperabducción del brazo, que produce microtraumatismos en la íntima del vaso, con la consiguiente activación de la coagulación local y la trombogénesis. La flebografía ha sido el método tradicional para el diagnóstico pero los estudios no invasivos como el eco-doppler color, que tiene una sensibilidad del 100% y una especificidad del 93% son muy rentables. El tratamiento debe ir encaminado a minimizar las secuelas de insuficiencia venosa y a proteger del embolismo de pulmón. En este sentido, la anticoagulación, la fibrinólisis y la angioplastia transluminal percutánea o una combinación de ellas son las opciones más razonables.

*Conclusiones.* El Síndrome de Paget-Schroetter es una entidad a tener en cuenta ante pacientes jóvenes con dolor y tumefacción en el miembro que practiquen deporte. Un diagnóstico precoz es lo más importante para disminuir la morbilidad. El uso de anticoagulantes y fibrinolíticos es el tratamiento de elección. El síndrome postflebitico es la secuela más importante y frecuente. El factor de riesgo más importante para presentar episodios recurrentes es el síndrome postflebitico.

**T-19**

**ESTUDIO DEL MANEJO EXTRAHOSPITALARIO DE LA TROMBOSIS VENOSA PROFUNDA (TVP)**

**N. Ruiz-Gimenez<sup>1</sup>, E. Malo Mayor<sup>2</sup>, C. Hermoso Durán<sup>2</sup>, M. Junquera<sup>3</sup>, P. Sanchez Molini<sup>1</sup> y C. Suarez Fernández<sup>1</sup>**

<sup>1</sup>Medicina Interna, <sup>3</sup>Urgencias. La Princesa. Madrid-Area 2. Madrid. <sup>2</sup>Centro de Salud. CS Ciudad San Pablo. Madrid-Area 2. Madrid.

*Objetivos.* Analizar las características clínicas, analíticas, terapéuticas de los pacientes con TVP que reciben tratamiento extrahospitalario, y evaluar las complicaciones (tromboembolismo pulmonar (TEP), recurrencia de enfermedad tromboembólica (ETE), hemorragia mayor y fallecimientos) a los tres meses del alta del Sº de Urgencias.

*Material y métodos.* Estudio descriptivo longitudinal de 50 pacientes diagnosticados de TVP mediante Eco-Doppler, en el Servicio de Urgencias del Hospital Universitario de La Princesa, que recibieron tratamiento extrahospitalario y seguimiento clínico a los 3 meses en un periodo de 16 meses (2004-2005). Se excluyeron pacientes que ingresaban y los que tenían terapia anticoagulante previa. Se realizó revisión de los informes clínicos de urgencias, una encuesta telefónica al médico de atención primaria encargado del tratamiento, y una encuesta telefónica al paciente (o al cuidador habitual). Se realizó seguimiento clínico a los tres meses del alta del Sº de Urgencias mediante valoración de ingresos, y/o asistencia a consultas o venidas a urgencia para localizar posibles eventos (tromboembólicos, hemorrágicos o fallecimientos).

*Resultados.* De los 50 pacientes, 23 eran varones (46%), con media 70,64 años de edad (± DS 18; rango: 21-102). El 55% tenían 75 o más años de edad. El 90% de los casos era primer episodio de TVP. El 6% eran TVP de miembros superiores. El 16% eran TVP idiopática y 84% tenían algún factor de riesgo de ETEV (54% permanente, 45% reversible). El 66% de pacientes tenía patología concomitante (ICC, EPOC, neoplasia activa, insuficiencia renal) y el 42% presentaba algún factor de riesgo hemorrágico AINES (20%), neoplasia (16%) o insuficiencia renal (6%). El 94% de los sujetos acudieron al médico de atención primaria en los primeros 3 días del diagnóstico. El médico mantuvo el tratamiento pautado en urgencias en un 94%. La media de visitas realizadas al médico en los primeros 15 días fue de 2,96 (DS 3). El 40% de los pacientes se manejaron exclusivamente con HBPM. En 11 de ellos (22% del total) no se realizó ninguna analítica, mientras a los pacientes con anticoagulantes orales (60%) se les realizó a todos de 2 a 3 analíticas durante los primeros 15 días. El 94% de los pacientes hicieron reposo durante la fase aguda. El 56% afirmó usar medias de compresión elástica aunque sólo un 32% de éstos las utilizó durante los 3 meses. El 82% de los pacientes afirmó encontrarse clínicamente mejor, 6% igual, y 12% refirió empeoramiento clínico. Se realizó el estudio de hipercoagulabilidad (EHC) en 14%. Durante el seguimiento: 6 pacientes (12%) presentaron complicaciones hemorrágicas (3 hematurias, 2 hematomas pared abdominal, 1 hemorragia digestiva alta). De ellos, 3 pacientes requirieron ingreso y transfusión de concentrados de hematies. Siete pacientes (14%) sufrieron una recurrencia o progresión de la ETEV:

5 con TVP y 2 TEP (uno falleció y el otro tuvo un EHC posterior positivo). Durante el estudio fallecieron 6 pacientes (12%): 5 por causas no relacionadas con ETEV y uno por TEP fatal (2%; IC95%: 0,5-10%).

**Discusión.** En cuanto al seguimiento en Atención Primaria es importante destacar que a un 22% no se les realizó un recuento de plaquetas en los primeros días para comprobar que no existe trombopenia y, aunque las últimas guías recomiendan deambulación precoz, a la mayoría de los pacientes se les aconseja reposo durante la fase aguda de la TVP.

**Conclusiones.** En este estudio encontramos una elevada incidencia de complicaciones durante el seguimiento de pacientes con TVP con manejo extrahospitalario. Este hecho está probablemente relacionado con las características de nuestra población: elevada edad, gran comorbilidad, y alto porcentaje de factores de riesgo de hemorragia asociados. Esto nos obliga a la realización de una mejor selección de pacientes para manejo extrahospitalario y a una vigilancia más estrecha.

## T-20

### ¿DEBEN MONITORIZARSE LOS NIVELES DE POTASIO EN LOS PACIENTES EN TRATAMIENTO CON HEPARINA DE BAJO PESO MOLECULAR A DOSIS PROFILÁCTICAS?

O. Torres<sup>1</sup>, N. Hernández<sup>1</sup>, E. Francia<sup>1</sup>, M. Barceló<sup>1</sup>, J. Mateo<sup>2</sup>, J. Rodríguez<sup>3</sup> y D. Ruiz<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Medicina Interna, <sup>2</sup>Hematología, <sup>3</sup>Bioquímica. Hospital de la Santa Creu i Sant Pau. Barcelona.

**Objetivos.** Evaluar las alteraciones del potasio sérico (K) en los pacientes en tratamiento con bemparina a dosis profilácticas e identificar los factores de riesgo para el desarrollo de hiperpotasemia.

**Material y métodos.** Se incluyeron prospectivamente pacientes en tratamiento con bemparina para profilaxis tromboembólica (2500 O 3500 ui/d sc) ingresados en Medicina Interna e ingresados por fractura de fémur en Traumatología (E-Ag 05). Se determinó el K basal (b) y entre el 5<sup>o</sup>-8<sup>o</sup> días de tratamiento en mmol/l y se registraron los valores de K > 5,1 durante el ingreso. Se excluyeron los pacientes con Kb > 5,5 y los que recibían aportes de K. El análisis estadístico se realizó mediante t de Student para datos apareados, regresión logística múltiple y curvas ROC.

**Resultados.** Se estudiaron 248 pacientes con edad 80,5 ± 12 (55,2% mujeres) y aclaramiento de creatinina 52,1 ± 24,8 ml/min. El diagnóstico principal fue fractura de fémur 39,5%, infección 34,3% y cardiovascular 10,5%. Las comorbilidades más frecuentes eran HTA 43%, neumopatía 25% y diabetes 24%. El índice de Charlson fue de 2,0 ± 1,8 puntos. Recibían dieta hiposódica el 52%, diuréticos 39% e IECAs 33%. Se detectó deshidratación en el 14% y 3er espacio en el 8%. El Kb fue 4,1 ± 0,5 y el de control 4,3 ± 0,5. En 10 casos el K máximo fue entre 5,19 y 6,72, detectándose 4 casos asintomáticos de K > 5,5 (1,6%). Se asociaron a K > 5,1 en el análisis univariado la HTA y el tratamiento con IECAs y betaadrenérgicos y en el multivariado el Kb (OR 27, IC 95% 4,7 -155, p < 0,001) y los IECAs (OR10,5, IC 95% 1,9-57,5, p = 0,007) (área bajo la curva ROC: 0,88). Asumiendo una sensibilidad el 90% y especificidad del 69,3%, los puntos de corte para Kb fueron: K > 3,81 en pacientes tratados con IECAs y > 4,6 en pacientes sin IECAs.

**Discusión.** La heparina no fraccionada (HNF) a partir del 2<sup>o</sup>-3er día de tratamiento produce un hipoaldosteronismo cuya principal repercusión clínica es el desarrollo de hiperpotasemia, complicación que puede suponer riesgo vital. No existe un efecto dosis-respuesta, desarrollándose hiperpotasemia incluso a dosis profilácticas y habiéndose descrito como factores de riesgo: diabetes mellitus, insuficiencia renal o administración concomitante de otros fármacos que causen hiperpotasemia. Si bien las heparinas de bajo peso molecular (HBPM) pudieran tener efectos similares sobre el K sérico, los estudios no han sido concluyentes ya que no se ha observado este efecto con todas las HBPM o a diferentes dosis. Por este motivo se recomienda la monitorización de los niveles de K a los pacientes en tratamiento con HNF o HBPM durante más de 3 días y a intervalos no superiores a 4 días en los pacientes con factores de riesgo. En los pacientes ingresados es habitual la prescripción de HBPM profilácti-

ca y tal como se muestra en nuestro estudio, los factores de riesgo previamente descritos son frecuentes. La población estudiada es de edad avanzada, con insuficiencia renal leve-moderada, comorbilidad moderada y con uso frecuente de fármacos que pueden alterar los niveles de K. Se han observado diferencias estadísticamente significativas en los niveles de K tras el inicio de bemparina aunque el incremento de K es pequeño en números absolutos (0,2mmol/l) y sin repercusión clínica. En nuestro estudio, los factores de riesgo asociados a cifras elevadas de K han sido el tratamiento con IECAs y el K basal, concretamente cifras de K basal mayor a 4,6 mmol/l en pacientes que no recibían tratamiento con IECAs.

**Conclusiones.** En nuestra población de edad avanzada con insuficiencia renal leve-moderada, comorbilidad moderada y frecuente uso de fármacos que alteran el K, se ha objetivado un pequeño aunque significativo incremento de los niveles de K. Se produjo hiperpotasemia sin repercusión clínica en el 1,6% de los casos. Es recomendable la monitorización de los niveles de K en los pacientes en tratamiento con IECAs y en los que tengan un K basal > 4,6 mmol/l.

## T-21

### EVENTOS TROMBÓTICOS E INFECCIONES EN PACIENTES CON LUPUS ERITEMATOSO SISTÉMICO (LES). VALORACIÓN DE LA ACTIVIDAD (SLAI) Y DATOS ANALÍTICOS

R. Oropesa Juanes<sup>1</sup>, J. Perez Silvestre<sup>1</sup>, J. Calvo Catalá<sup>2</sup>, C. Campos Fernández<sup>2</sup>, M. González-Cruz Cervellera<sup>2</sup>, A. Baixauli Rubio<sup>2</sup>, R. Sanz Vila<sup>1</sup> y A. Herrera Ballester<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Medicina Interna, <sup>2</sup>Medicina Interna. Sección Reumatología y Metabolismo óseo. Hospital General Universitario. Valencia.

**Objetivos.** Calcular la frecuencia de episodios trombóticos e infecciones sobreañadidas, describiendo los hallazgos analíticos en los pacientes. Valoramos la actividad de la enfermedad en la última visita realizada.

**Material y métodos.** De los 120 pacientes con LES controlados en nuestra Sección de Reumatología, hemos realizado un estudio observacional, descriptivo, retrospectivo y analítico de 55 enfermos, escogidos aleatoriamente. Para el manejo de los datos se utilizó una base de datos MS Access. Se analizó la muestra mediante estadística descriptiva y fueron procesados los datos con el paquete estadístico SPSS versión 12.0.

**Resultados.** La edad media fue de 46.93 ± 12.50 años (22-76). Fueron 51 mujeres (92,7%) y 4 varones (7,3%). El tiempo medio de evolución de la enfermedad fue de 12.15 ± 6.95 años (intervalo 0-33 años). Analizamos la actividad de la enfermedad en la última visita (índice de SLAI), estando inactivos 46 pacientes (83,6%), mientras que 9 pacientes (16,4%), tenían actividad del LES. En cuanto a eventos cardiovasculares: ACV en un paciente (1,8%), sin encontrarse ACV transitorios. Embolismos periféricos en 2 pacientes (3,6%). TVP en 6 pacientes (10,9%). Flebitis superficial en 4 pacientes (7,3%). IAM en 2 pacientes (3,6%), sin constatar episodios de angina. Infecciones asociadas en 10 pacientes (18,2%): una leishmaniasis, 3 neumonías y 6 ITU. Datos analíticos en la última visita: ANA (+) en 47 casos (85,5%) y a-DNA en 28 (50,9%). Los valores de C3, C4 y FB, fueron normales. VSG media de 32.09 ± 22.76 mm, con intervalo de 3-98. PCR 1.76 ± 4.85 (0.01-22). Normalidad de las tres series. El ACL fue positivo en 13 casos (23,6%), grupo en el que se incluyeron todos los casos de embolismo y el 70% de flebitis y TVP.

**Discusión.** Los pacientes con LES, presentan con frecuencia infecciones concomitantes (por su propia inmunodepresión, así como por las terapéuticas utilizadas) y fenómenos trombóticos (por alteración de la coagulabilidad y por la yatrogenia que en este sentido ocasiona la corticoterapia: dislipemia, hiperglucemia, sobrepeso...).

**Conclusiones.** 1) La mayoría de pacientes no tenían actividad del LES (83,6%; 43 pacientes). 2) La tasa de eventos trombóticos fue relativamente baja (15 pacientes: 27,27%) 3) El 100% de embolismos periféricos y 70% de TVP/flebitis sup, tenían ACL (+) 4) Un 18,2% de pacientes, presentó infecciones, siendo llamativa una leishmaniasis. 5) Un 49,1% de pacientes, negativizaron aDNA, lo que refleja la negatividad de índice de SLAI. Coincide con normalidad de

complemento. 6) El valor medio de PCR fue normal, siendo más elevados los valores de VSG. 7) Las tres series hematológicas, fueron normales.

**T-22**

**ESTADO ACTUAL DE LA TROMBOPROFILAXIS Y DEL USO DE FÁRMACOS ANTICOAGULANTES EN PACIENTES INGRESADOS EN HOSPITALES DEL SISTEMA SANITARIO PÚBLICO ANDALUZ**

**R. Arnedo Díez de los Ríos<sup>1</sup>, F. Salgado Ordóñez<sup>2</sup>, A. Hidalgo Conde<sup>1</sup>, D. López Carmona<sup>3</sup>, M. Rizo Hoyos<sup>4</sup>, J. Pérez Díaz<sup>5</sup>, C. Romero Gómez<sup>6</sup> y M. Godoy Guerrero<sup>2</sup>**

<sup>1</sup>Medicina Interna. Clínico Universitario "Virgen de la Victoria". Málaga, <sup>2</sup>Medicina Interna. Serranía. Ronda, Málaga, <sup>3</sup>Medicina Interna. Regional Universitario "Carlos Haya". Málaga, <sup>4</sup>Medicina Interna. Antequera. Antequera, Málaga, <sup>5</sup>Medicina Interna. Axarquía. Vélez Málaga y <sup>6</sup>Medicina Interna. Costa del Sol. Marbella, Málaga.

**Objetivos.** Describir la prevalencia de factores de riesgo para enfermedad tromboembólica (FRETEV), uso de tromboprofilaxis y fármacos anticoagulantes (FAC) que se hace en los pacientes ingresados en el sistema sanitario público de nuestro entorno y valorar si existen posibilidades de mejora en su manejo.

**Material y métodos.** DISEÑO: Estudio multicéntrico con selección simultánea de pacientes por muestreo aleatorio simple, cuyo tamaño se calculó en base a una muestra piloto previa. CRITERIOS DE INCLUSIÓN: Todo paciente mayor de 14 años ingresado el 15 de febrero de 2006 en un centro hospitalario público de la provincia de Málaga. CRITERIOS DE EXCLUSIÓN: Ingresados en áreas de urgencias o en hospital de día por Cirugía Mayor Ambulatoria (CMA), o tratamientos de duración inferior a 24 horas. Se estableció la indicación de tratamiento farmacológico con anticoagulantes (HBPM o ACO) por la existencia de factores de riesgo para enfermedad tromboembólica venosa (FRETEV), ya fuera por procesos médicos- Si alcanzaba una puntuación superior a 4 utilizando la Guía Pretemed 2003 y en caso de pacientes sometidos a cirugía por el riesgo de ETEV de la intervención.

**Resultados.** Se revisaron a un total de 213 pacientes en los 6 centros hospitalarios públicos de la provincia. Lo que representa alrededor del 10% de los ingresos de ese día. 97 (45,5%) fueron hombres (edad media 62,7+15,7años) y 116 (54,5%) mujeres (edad media 56,4+22,6 años). La distribución por bloques fue similar para servicios médicos que quirúrgicos 104 (48,4%), sólo 5 (2,3%) estaban en Unidades de Cuidados Intensivos o Recuperación. Presentaron al menos un FRETEV 141 (81,9%), no existió diferencias en la prevalencia de FRETEV en los distintos bloques analizados (Médico 81%, Quirúrgico 78,8%, UCI 100%).La inmovilización superior a 72 horas fue el más frecuente (38,9%), seguido de la existencia de neoplasia (18,4%), EPOC (14,6%) e insuficiencia cardíaca (11,3%). A 83 pacientes se les practicaron procedimientos quirúrgicos. El 68,5% de los mismos podría considerarse como intervenciones de riesgo moderado a alto para desarrollar complicaciones tromboembólicas. Había contraindicación para el uso de FAC en 41 (19,2%). El antecedente hemorrágico fue el más frecuente (39%). 137 pacientes recibieron FAC (129 HBPM, 8 ACO). En la mayoría 105 (78,1%) se indicó con finalidad profiláctica. Considerando todos estos factores existía indicación de FAC en 146 (68,5%). Lo que representaba el 77,8% de los pacientes del área médica, el 57,7% de los del área quirúrgica y el 100% de los ingresados en UCI (p = 0,02).19 pacientes (8,9%) con indicación de FAC no los recibieron y en 10 casos (4,7%) se prescribieron fármacos a pesar que por los FRETEV existentes solo se contemplarían medidas higienico dietéticas.

**Conclusiones.** 1) La prevalencia de FRETEV en pacientes ingresados es elevada y afecta de forma similar a las diferentes áreas hospitalarias, existiendo indicación de terapia farmacológica en más de dos tercios de los sujetos. 2) El conocimiento de guías validadas para estratificar el riesgo tanto de tipo médico como quirúrgico es de interés para todos los facultativos hospitalarios y cualquier medida en mejorar su uso tiene alto impacto sanitario. 3) Apreciamos una posibilidad de mejora en prescripción de FAC en nuestro medio que podría interesar a casi un 14% de los pacientes hospitalizados.

**T-23**

**¿APLICAMOS POR IGUAL LAS RECOMENDACIONES SOBRE EL MANEJO DE FÁRMACOS ANTICOAGULANTES EN LOS PACIENTES HOSPITALIZADOS?**

**J. Sánchez Lora<sup>1</sup>, F. Salgado Ordóñez<sup>2</sup>, D. Peña Jiménez<sup>3</sup>, M. Godoy Guerrero<sup>2</sup>, J. Pérez Díaz<sup>4</sup>, L. Mérida Rodrigo<sup>5</sup>, L. Aguilar Fernández<sup>6</sup> y G. Ojeda Burgos<sup>6</sup>**

<sup>1</sup>Medicina Interna. Antequera. Antequera, Málaga. <sup>2</sup>Medicina Interna. Serranía. Ronda, Málaga. <sup>3</sup>Medicina Interna. Regional Universitario "Carlos Haya". Málaga. <sup>4</sup>Medicina Interna. Axarquía. Vélez Málaga. <sup>5</sup>Medicina Interna. Costa del Sol. Marbella, Málaga. <sup>6</sup>Medicina Interna. Clínico Universitario "Virgen de la Victoria". Málaga.

**Objetivos.** Comprobar si se aplican las recomendaciones de uso de los fármacos anticoagulantes (FAC) en el medio hospitalario de nuestra provincia o si existe variabilidad en su manejo dependiendo del centro, servicio o motivo por el que ingresen.

**Material y métodos.** DISEÑO: Estudio multicéntrico con selección simultánea de pacientes por muestreo aleatorio simple, cuyo tamaño se calculó en base a una muestra piloto previa. CRITERIOS DE INCLUSIÓN: Todo paciente mayor de 14 años ingresado el 15 de febrero de 2006 en un centro hospitalario público de la provincia de Málaga. CRITERIOS DE EXCLUSIÓN: Ingresados en áreas de urgencias o en hospital de día por Cirugía Mayor Ambulatoria (CMA), o tratamientos de duración inferior a 24 horas. Se estableció la indicación de tratamiento farmacológico con anticoagulantes (HBPM o ACO) en base a la existencia de factores de riesgo para enfermedad tromboembólica venosa (FRETEV), ya fuera por procesos médicos- Si alcanzaba una puntuación superior a 4 utilizando la Guía Pretemed 2003- y en caso de pacientes sometidos a cirugía por el riesgo de ETEV de la intervención. Definimos como Índice de Buen Uso (IBU) el cociente resultante de dividir el número de pacientes donde existía indicación de recibir terapia anticoagulante y la recibían, más aquellos en los que estaba contraindicada o no indicada y no la recibían partido por el total, considerándose 100% el valor ideal. METODO ESTADISTICO: Las variables se compararon mediante el test de la Chi cuadrado considerando significativa una p > 0,05.

**Resultados.** Obtuvimos datos de 213 pacientes de los 6 centros hospitalarios públicos de la provincia, el IBU medio global fue del 86,8%. No hubo diferencias significativas respecto al porcentaje de indicación o contraindicación de tratamiento por centros, no obstante si se observaron diferencias entre los IBU de los distintos hospitales que oscilaba entre el 72,7% y el 97,3% (p = 0,031). No apreciamos diferencias significativas entre los IBU de los distintos bloques hospitalarios (quirúrgico 87,5% médico 86,5%, cuidados intensivos 80%). No obstante cuando analizamos el diagnóstico principal y lo agrupamos por patologías si apreciamos unas diferencias significativas entre los diversos procesos (tabla 1), así mientras la patología quirúrgica, cardiovascular, infecciosa, traumatológica o respiratoria, tenían un IBU cercano al ideal, otros diagnósticos relacionados con neoplasias, partos y enfermedades digestivas presentaban un IBU inferior al medio, sumando el 77,7% de los casos donde se hacía mal uso.

Tabla 1. IBU medio por grupos diagnósticos (T-23).

Grupo diag.	Quirúrgica	Cardiovascular	Traumatológica	Infecciosa	Obstetricia	Neoplásica	Digestiva
IBU	100%	97,7%	92,6%	86,9%	81%	66,6%	50%
Nº pacientes	27	44	27	23	27	27	14



**Conclusiones.** 1) Encontramos una apreciable variabilidad intercentros en el manejo de FAC en los pacientes ingresados en hospitales malagueños. 2) La mayoría de los pacientes donde se realiza un mal uso de FAC presentan enfermedades neoplásicas, digestivas o del embarazo. 3) Dada la variabilidad observada, las medidas correctoras deben establecerse según los resultados locales.

#### T-24 TROMBOEMBOLISMO PULMONAR EN MEDICINA INTERNA

**N. De Iriarte, J. Recio, T. Fernández de Sevilla, C. Alemán, J. Suriñach, J. Alegre, M. Durán y A. Segura**  
Medicina Interna. Hospital General Universitari Vall d'Hebron. Barcelona.

**Objetivos.** Estudio descriptivo de las características de los enfermos con diagnóstico de tromboembolia pulmonar en un servicio de Medicina Interna.

**Material y métodos.** Pacientes ingresados de manera consecutiva durante un período de 6 meses (octubre 2005-marzo 2006) con diagnóstico principal de tromboembolia pulmonar (TEP). Se recogieron datos demográficos, hábitos tóxicos, antecedentes patológicos, síntoma motivo de consulta, días de estancia hospitalaria, realización de: gammagrafía de ventilación/perfusión (V/Q), angioTC torácico, ecodoppler de extremidades inferiores (EEII), estudio de trombofilia, episodios de reTEP. Los resultados se expresan como media (desviación estándar) y porcentajes.

**Resultados.** Durante el período de estudio ingresaron 525 pacientes, 22 (4,2%) con diagnóstico de TEP. 8 mujeres y 14 varones. La edad media global fue de  $67 \pm 14$  años. 12 enfermos eran fumadores activos. 7 enfermos presentaban obesidad (IMC > 30). Entre los antecedentes patológicos destacan: 40,9% diabetes mellitus tipo 2, 40,9% insuficiencia cardíaca, 36,3% EPOC, 31,9% hipertensión arterial. El motivo más frecuente de consulta fue el dolor torácico en los enfermos de menos de 50 años (6/8, 75%) y la disnea en los mayores de 50 años (10/14, 71,4%). La estancia media hospitalaria fue de  $12,4 \pm 2,1$  días. En todos los pacientes se realizó V/Q, en 16 angioTC torácico, ecocardiograma en 4 y ecografía doppler de EEII en los 22 enfermos (siendo normal en 6 pacientes). El estudio de trombofilia fue patológico en 7 de 12 enfermos (58,3% del global y representó el 75% de los pacientes de menos de 50 años). Hubieron 3 episodios de reTEP todos ellos en menores de 50 años y con estudio de trombofilia patológico.

**Discusión.** La enfermedad tromboembólica en los servicios de medicina interna es una patología relativamente frecuente. La edad avanzada y la comorbilidad de los enfermos puede condicionar dificultades tanto desde el punto de vista diagnóstico. La ausencia de factores de riesgo en la población más joven debe hacer sospechar la existencia de un trastorno en la coagulación.

**Conclusiones.** 1) En los servicios de medicina interna, los enfermos con TEP presentan una edad media superior a los 65 años y con importante morbilidad asociada. 2) El 75% de los enfermos menores de 50 años diagnosticados de TEP presentaron una alteración en el estudio de trombofilia. 3) Los casos de reTEP se produjeron en pacientes jóvenes y con trastornos de la coagulación.

#### T-25 TROMBOSIS VENOSA PROFUNDA DE MIEMBRO SUPERIOR A LO LARGO DE 10 AÑOS EN UN HOSPITAL DE SEGUNDO NIVEL

**G. Flox Benítez<sup>1</sup>, C. Vicente Martín<sup>1</sup>, P. Rondón Fernández<sup>1</sup>, M. Chamorro Gavela<sup>2</sup>, F. Gil Gil<sup>1</sup>, B. Rueda Rodríguez<sup>1</sup>, E. García Romo<sup>1</sup> y J. Jusdado Capillas<sup>1</sup>**

<sup>1</sup>Medicina Interna. Severo Ochoa. Leganés, Madrid. <sup>2</sup>Atención Primaria. AREA IX. Leganés, Madrid.

**Objetivos.** Estudio descriptivo para determinar si la prevalencia de trombosis venosa profunda de miembros superiores (TVP MS) en nuestro hospital ha aumentado a lo largo de 10 años, así como sus factores de riesgo asociado y morbimortalidad.

**Material y métodos.** Estudio transversal mediante revisión de historias clínicas de 31 pacientes ingresados por episodio de TVP MS desde enero 1995 a febrero 2004 en un hospital de segundo nivel.

La muestra se obtuvo mediante búsqueda por diagnóstico al alta codificado mediante el CIE-9 del archivo del conjunto básico de datos mínimos de nuestro hospital. Los datos fueron almacenados en una base de datos de ACCESS 2000 y analizados con el paquete estadístico SPSS 11.

**Resultados.** Se diagnosticaron 31 pacientes de TVP MS de los que 17(54,8%) eran hombres. La edad mediana era de 64,6 años. La mayoría de los pacientes asociaban tres factores de riesgo (41,9%) siendo el más frecuente la neoplasia (38,7%). En 10 pacientes (33,3%) se asoció con el uso de dispositivos intravenosos (CIV). El traumatismo en MS fue el desencadenante en dos pacientes (6,5%) y la actividad física, en tres (9,7%). De 3 pacientes (10%) con malformación anatómica, 2 tenían un síndrome del estrecho torácico superior por costilla cervical y otro un síndrome del escaleno anterior. La presentación clínica más frecuente fue la tumefacción en 29 pacientes (40,8%). Sólo un paciente debutó con disnea. El diagnóstico se realizó mediante ecografía doppler del MS afecto en la mayoría de los casos (83%). La vena subclavia ha sido el territorio venoso afectado con mayor frecuencia, 15 pacientes (48,4%), seguido de la localización yuguloclavicular, 6 pacientes (19,4%) y la vena axilar, 5 pacientes (16,1%). En 20 pacientes se hizo estudio de trombofilia, dos pacientes (6,5%) fueron diagnosticados de mutación del gen MTHFR 677T, un paciente (3,2%) de déficit de proteína S y otro de Factor V de Leiden (3,2%). El tratamiento en fase aguda se realizó en la mayoría de los pacientes con heparina no fraccionada (HNF) (61,3%). De 29 pacientes, 7 fallecieron aunque tan sólo en uno se debió a una complicación por la anticoagulación en relación con sangrado intracranial. Sólo un paciente (3,4%) presentó síndrome postflebitico posterior al episodio.

**Discusión.** Al igual que lo referido en la literatura, en nuestra serie se aprecia un aumento de la frecuencia de TVP en miembro superior. Los factores de riesgo más frecuentes son las neoplasias y el empleo de catéteres centrales, sin que el aumento en su uso se asocie con más episodios a lo largo del tiempo. La TVP proximal ha sido más frecuente, siendo la vena subclavia la más afectada. Tan sólo un paciente presentó clínica compatible con tromboembolismo pulmonar (TEP) aunque no se confirmó mediante pruebas diagnósticas. El tratamiento en fase aguda se realizó en la mayoría de los pacientes con HNF quedando relegada por las HBPM a partir del año 2002. La frecuencia de complicaciones fue del 10% y la mortalidad del 3% asociada. Ambas secundarias al tratamiento anticoagulante en pacientes con importante comorbilidad. Por ello es fundamental la prevención de la enfermedad tromboembólica con HBPM.

**Conclusiones.** 1) La frecuencia de TVP MS ha aumentado progresivamente a lo largo del tiempo en relación con el mayor empleo de CIV y el desarrollo de técnicas diagnósticas más sensibles y específicas. 2) La localización más frecuente fue la subclavia en relación con un mayor uso de CIV en dicha localización. 3) La morbimortalidad relacionada con la TVP de nuestra serie se debió al tratamiento anticoagulante. 4) La prevalencia de alteraciones de la coagulación en nuestra serie es del 12,9%, oscilando en distintos trabajos de un 10-26%. 5) La prevalencia de TEP asociado puede ser tan alta como del 36% y la mortalidad varía del 10 al 50% en relación con la patología subyacente del paciente. En nuestra serie sólo un paciente tuvo clínica sugestiva, aunque no se confirmó el TEP mediante pruebas diagnósticas.

#### T-26 LAS ESCALAS DE PROBABILIDAD CLÍNICA EN EL DIAGNÓSTICO DE LA TROMBOEMBOLIA PULMONAR

**O. Araújo Loperena<sup>1</sup>, J. del Marco Pérez<sup>2</sup>, L. Elozegi Arrigain<sup>2</sup>, H. Hernández Baulloza<sup>2</sup>, S. Rodríguez Tebas<sup>2</sup>, O. Navarro Roldán<sup>1</sup>, M. Valiente Millán<sup>1</sup> y J. Cegoñino de Sus<sup>3</sup>**

<sup>1</sup>Servicio de Medicina Interna, <sup>2</sup>Unidad de Neumología. Hospital de Sant Pau i Santa Tecla. Xarxa Sanitària i Social de Santa Tecla. Tarragona. <sup>3</sup>Médico Residente. Unidad Docente de Santa Tecla. Xarxa Sanitària i Social de Santa Tecla. Tarragona.

**Objetivos.** Conocer la aplicabilidad de las escalas de probabilidad clínica de tromboembolia pulmonar (TEP) de Wells et al y de Ginebra en los pacientes diagnosticados de TEP en nuestro servicio.

**Material y métodos.** Estudio descriptivo y retrospectivo de los pacientes diagnosticados de TEP en el Servicio de Medicina Interna

de nuestro hospital entre enero de 2002 y junio de 2004. Revisión de la historia clínica de estos pacientes. Se han recogido datos epidemiológicos, clínicos y analíticos. A todos ellos se les ha aplicado la puntuación según la escala de Wells et al y según la de Ginebra en el momento de la primera sospecha diagnóstica. Se ha realizado el análisis estadístico mediante el programa SPSS 12 para Windows.

**Resultados.** Se han incluido 73 casos con una edad media de 72,10 años (DE 15,033) y con un predominio del sexo masculino. El 23,3% de los pacientes analizados obtuvo una probabilidad clínica baja para TEP según la escala de Wells et al y el resultado de improbable el 54,8%. El 27,4% obtuvo una probabilidad clínica baja para TEP según la escala de Ginebra. Se ha documentado probabilidad clínica alta en el 11 y en el 17,8% de los casos para ambas escalas respectivamente.

**Discusión.** Aunque no se ha demostrado que graduar la probabilidad clínica mediante escalas de puntuación sea más seguro que la valoración empírica de médicos con experiencia en el diagnóstico de la tromboembolia pulmonar (TEP), sí existe consenso en su validez para áreas de atención multidisciplinar, como los servicios de urgencias, y para médicos en formación. Los modelos más validados prospectivamente han sido la escala simplificada de Wells et al y la de Ginebra. La escala simplificada de Wells valora 7 variables ponderadas y es reproducible. Gradúa la probabilidad clínica en baja, moderada y alta o bien en improbable o probable. Sus críticas estriban en la inclusión de una variable subjetiva, la valoración clínica de que la TEP sea la primera posibilidad diagnóstica, que está fuertemente puntuada. La aplicación de esta escala en la práctica puede hacer que la proporción de pacientes con probabilidad clínica baja sea pequeña. Por otra parte, la escala de Ginebra contiene 7 variables objetivas y es reproducible. Tiene el inconveniente de conferir un peso importante a la gasometría arterial, que muchas veces está artefactada por razones diversas. Al comparar ambas escalas no se han observado diferencias. Sin embargo, al aplicar las escalas de probabilidad clínica contrastadas científicamente sobre pacientes ya diagnosticados de TEP no obtenemos las respuestas que esperamos. Cuando los resultados debieran decantarse hacia los valores de alta probabilidad clínica, en la mayoría de nuestros pacientes obtenemos resultados contrarios. De haberse aplicado estas escalas en el momento de la orientación diagnóstica, en la mayoría de los casos no se hubiera estratificado adecuadamente la sospecha.

**Conclusiones.** 1) Cuando aplicamos las escalas de probabilidad clínica validadas para el diagnóstico de TEP a pacientes con diagnóstico ya confirmado, en alrededor de una tercera parte de los casos el resultado de las mismas puede prestarnos a confusión. 2) Sólo en algo más de uno de cada 10 pacientes nos ayuda a decantarnos por el diagnóstico de TEP al aplicar la escala de Wells y en casi 2 de cada 10 al aplicar la escala de Ginebra. 3) Las escalas de probabilidad clínica de TEP deben aplicarse e interpretarse con cautela y en las circunstancias adecuadas.

#### T-27

### ASOCIACIÓN DE LA ESCALA DE WELLS Y DIMERO-D COMO SCREENING DE LA ENFERMEDAD TROMBOEMBÓLICA

**J. Lanza Gómez<sup>1</sup>, N. Balbas Brigido<sup>2</sup>, A. Martos Almagro<sup>3</sup>, J. Martos Almagro<sup>3</sup>, J. Fraile de Marcos<sup>3</sup> y T. Rivera López<sup>3</sup>**

<sup>1</sup>Medicina Intensiva MIR. Hospital Marques de Valdecilla. Santander, Cantabria. <sup>2</sup>Medicina de Familia. CS Ramales. Santander, Cantabria. <sup>3</sup>DUE. CS Gama. Gama, Cantabria.

**Objetivos.** Evaluar la importancia del Dímero-D y su correlación con la escala de Wells en el diagnóstico de Enfermedad tromboembólica venosa (ETVE) - tromboembolismo pulmonar (TEP) y trombosis venosa profunda (TVP) -en pacientes atendidos en el servicio de Urgencias de un Hospital Comarcal.

**Material y métodos.** Se plantea un estudio prospectivo y observacional de los pacientes atendidos en el Hospital en el período de un año en el que se refleja en el diagnóstico final TEP y/o TVP. Los procedimientos diagnósticos empleados fueron: a todos los pacientes se les realizó anamnesis y exploración física, que servían para clasificarlos en virtud de la probabilidad clínica de sufrir una TEP siguiendo los criterios de Wells y una determinación de Dímero-D. Según la combinación de resultados entre la probabilidad clínica y el citado

Dímero-D, se realizaron pruebas complementarias tales como Ecografía-doppler, así como Gammagrafía de V/Q y/o TAC helicoidal en los casos de alta sospecha de TEP. Análisis estadístico: se realizó un análisis descriptivo de la muestra mediante parámetros de tendencia central y dispersión, así como distribución de frecuencias. Se calcularon los siguientes ítems: Sensibilidad (S), Especificidad (E), Valor Predictivo Positivo (VPP), Valor Predictivo Negativo (VPN).

**Resultados.** La muestra consta de 77 pacientes, de los cuales 31 (40,2%) eran varones y 46 (59,8%) mujeres. Entre estos, el 57% se encontraban en el grupo de mayores de 70 años. Respecto a los pacientes con sospecha clínica media-baja de TEP, se observa que la determinación del Dímero-D presenta una S del 100%, una E del 52% y un VPN del 100%. En cuanto a los pacientes con sospecha clínica media-baja de TVP, observamos que la determinación del Dímero-D tiene una S del 92,3%, una E del 56,6% y un VPN del 95%.

**Conclusiones.** 1- La combinación de la escala de Wells (Probabilidad media y baja) y el Dímero-D es un buen screening en la enfermedad tromboembólica en los servicios de Urgencias, disminuyendo el número de pruebas complementarias posteriores y de los tratamientos empíricos pautados. 2) En nuestro Hospital se confirman las conclusiones reistradas en las guías nacionales, aunque el VPN del Dímero D en el TEP es sensiblemente más alto que en ellas, lo que permite ahorramos pruebas al paciente y gasto sanitario.

#### T-28

### MANEJO DE LA ENFERMEDAD TROMBOEMBÓLICA VENOSA (ETVE) EN NUESTRO HOSPITAL

**J. Lanza Gómez<sup>1</sup>, N. Balbas Brigido<sup>2</sup>, A. Martos Almagro<sup>3</sup>, J. Martos Almagro<sup>3</sup>, J. Fraile de Marcos<sup>3</sup> y T. Rivera López<sup>3</sup>**

<sup>1</sup>Medicina Intensiva MIR. Hospital Marques de Valdecilla. Santander, Cantabria. <sup>2</sup>Medicina de Familia. CS Ramales. Santander, Cantabria. <sup>3</sup>DUE. CS Gama. Gama, Cantabria.

**Objetivos.** El Tromboembolismo pulmonar (TEP) constituye una causa importante de morbi-mortalidad y es uno de los diagnósticos que plantea mayor dificultad al clínico. Con objeto de conocer nuestra realidad en el manejo del TEP, se analizaron todas las sospechas de TEP hospitalizadas en el Servicio de Medicina Interna desde el servicio de Urgencias a lo largo de un año.

**Material y métodos.** Estudio retrospectivo realizado en el período comprendido entre enero-diciembre 2004. Ingresaron 43 pacientes con sospecha de TEP realizándose seguimiento clínico de los mismos hasta el alta hospitalaria por parte de Medicina Interna. Se creó una base de datos en Excel para su posterior análisis estadístico (Chi-2) que las siguientes variables: a) Factores de riesgo: anticonceptivos orales, post-operados, inmovilización, trastornos de la coagulación, antecedentes de TVP-TEP, insuficiencia venosa, neoplasias subyacentes b) síntomas y signos de TEP: dolor torácico, disnea, síncope, tos, hemoptisis, taquicardia, taquiplea. c) ECG (S1Q3T3) d) Radiografía de tórax e) Estudio analítico: hipoxemia pO<sub>2</sub> < 70, hipocapnia pCO<sub>2</sub> < 35 y Dímero-D > 0,5 mg/L. Posteriormente se recogió en planta de hospitalización los datos de las pruebas de imagen realizadas: ecografía-doppler de miembros, Gammagrafía de V/Q y/o TAC helicoidal.

**Resultados.** Los 43 casos se distribuyeron en dos grupos: 1.- Grupo A: pacientes en los que la sospecha se confirmó mediante TAC torácico helicoidal o Gammagrafía de V/Q; con alta probabilidad de TEP se confirmaron 14 pacientes, con intermedia probabilidad 1; existían factores de riesgo en la totalidad de los casos, siendo el factor de riesgo más frecuente el encamamiento y la cirugía en los días previos, clínica compatible en 12/15 siendo la disnea el síntoma predominante, signos sugestivos en 13/15, ECG compatible en 4/15, RX tórax compatible en 4/15, hipoxemia en 10/15, hipocapnia en 9/15, Dímero-D > 0,5mg/L en 15/15. 2.-Grupo B: pacientes en los que la sospecha no se confirmó; 28 pacientes, existió presencia de factores de riesgo en 20/28, clínica compatible en 23/28, signos sugestivos en 21/28, ECG compatible en 4/28, Rx tórax compatible en 17/28, hipoxemia en 26/28, hipocapnia en 13/28 y Dímero-D > 0,5 mg/L en 28/28. En este último grupo el diagnóstico al alta fue: baja probabilidad de TEP en 8 pacientes, infección respiratoria en 11, insuficiencia cardiaca en 2, cardiopatía isquémica en 1, síncope en 4 y sin filiar en 2. El tratamiento pautado en pri-

mera instancia fue Heparina de bajo peso molecular que se administró a 23 pacientes (53%) y en los pacientes en que se confirmó Acenocumarol.

**Conclusiones.** A pesar del esfuerzo realizado por encontrar datos, tanto clínicos como analíticos, que nos faciliten el diagnóstico de TEP, no hemos encontrado diferencias estadísticamente significativas entre ambos grupos salvo para un valor de Dímero-D > 2,5 mg/l. Del análisis de este estudio concluimos que el diagnóstico de TEP precisa de un alto índice de sospecha que se fundamente tanto en la clínica sugestiva y en datos analíticos compatibles, con posterior estudio de imagen, ya que su infradiagnóstico puede conllevar una elevada mortalidad.

### T-29 TROMBOSIS YUGULAR. FORMAS DE PRESENTACIÓN Y FACTORES DE RIESGO

**N. Cantero Sánchez, M. Tasia Pitarch, A. Muñoz Cano, F. Barrera Vilar, A. Mendizabal Nuñez, C. Morata Aldea, J. Todoli Parra y J. Calabuig Alborch**

*Medicina Interna. La Fe. Valencia.*

**Objetivos.** El objetivo del estudio fue evaluar las trombosis yugulares y su diferentes formas de presentación, así como los factores de riesgo asociados a las mismas.

**Material y métodos.** Se trata de un estudio descriptivo transversal. Se analizaron p pacientes diagnosticados de trombosis yugular mediante métodos objetivos (ecografía doppler y/o flebografía), entre los años 2000 y 2004, tratados y seguidos en nuestro Servicio. Se realiza análisis comparativo de las trombosis yugulares (grupo 1) frente a las yugulo-subclavias (grupo 2), en cuanto a los factores siguientes: edad, sexo, localización, lateralidad, etiología y factor de riesgo, valores de D-dímeros y días de hospitalización y heparinización. Para el análisis estadístico, las variables continuas fueron descritas mediante medias y desviación estándar, y las diferencias entre grupos valoradas con la Prueba de Mann-Whitney; las variables categóricas se describieron como frecuencias y sus diferencias se valoran mediante el análisis chi-cuadrado. Se utilizó el programa estadístico SPSS para los análisis y se consideró significativa una  $p < 0,05$ .

**Resultados.** Se analizaron 14 episodios trombóticos, 7 mujeres (50%) y 7 varones (50%), de los cuales, 4 (28,57%) fueron trombosis que sólo afectaron a la vena yugular. La edad media al diagnóstico fue de  $56,71 \pm 19,77$  (29-88); la media de los valores de D-dímeros fue de  $985,71 \pm 747,63$  (50-2557). La media de días de estancia hospitalaria fue de  $9,25 \pm 4,652$  (4-18), y respecto a los días de heparinización, la media fue de  $8,56 \pm 3,504$  (4-14). No hubo ningún episodio de TEP. En cuanto a los factores de riesgo: tratamiento hormonal: 2 (14,28%), enfermedad de Lemierre: 1(7,14%), neoplasia: 6 (42,85%), cirugía: 2 (14,28%), marcapasos: 1, (7,14%), catéter venoso central: 7 (50%, cuatro de ellos en pacientes neoplásicos). En un paciente no se identificó factor de riesgo asociado. No se detectó ningún caso con estudio de trombofilia positivo, ni antecedente de inmovilización ni traumatismo. Comparando ambos grupos no se ha establecido una diferencia estadísticamente significativa en relación a la edad, sexo, niveles de D-dímeros, días de hospitalización y heparinización, localización y la mayoría de los factores de riesgo evaluados, salvo en relación con la existencia de neoplasia, donde sí se encontraron diferencias estadísticas: 0% (grupo 1) vs 60% (grupo 2) con  $p < 0,05$ . Aunque sí se ha observado que en las trombosis yugulo-subclavias son más frecuentes en hombres (60% vs 25%), con una edad media mayor (71,25 vs 44), con un valor de D-dímeros más elevado (1.245 vs 571) y con mayor número de días estancia hospitalaria (10 vs 8,33).

**Conclusiones.** La trombosis venosa en extremidades superiores y cuello representa menos del 5% del total de las trombosis venosas. Pueden ser idiopáticas o generalmente son secundarias a infecciones de cabeza y cuello, traumatismos, uso de catéteres intravenosos, cirugía cervical, abuso de drogas o incluso neoplásica. En nuestro análisis, el factor de riesgo más frecuente fue la existencia de neoplasia, seguido de colocación cateter venoso central. En cuanto a la comparación de ambos grupos, señalar que la asociación de neoplasia es mayor en el grupo con trombosis axilo-subclavia, probablemente porque estos pacientes llevan cateter venoso central (port-a-cath) en una gran mayoría.

### T-31 PROFILAXIS DE LA ENFERMEDAD TROMBOEMBÓLICA EN EL PACIENTE MÉDICO

**M. Mañas, E. Marchán, P. Calderón, J. Yanes, C. Conde, J. Ros, F. Ceres y H. Portillo**

*Medicina Interna. Hospital General. Ciudad Real.*

**Objetivos.** Valorar si la profilaxis de enfermedad tromboembólica (ETE) se realiza correctamente en los pacientes médicos ingresados en un servicio de Medicina Interna.

**Material y métodos.** Se estudiaron 100 pacientes ingresados en el Servicio de Medicina Interna del Hospital General de Ciudad Real, entre los meses de mayo y junio de 2006. Se excluyeron los pacientes que se encontraban en tratamiento con acenocumarol y los procedentes de la unidad de cuidados intensivos. Se analizaron todos los pacientes según dos protocolos de tromboprofilaxis, el estudio MEDENOX y el recomendado por Cohen et al (Thromb Haemost 2005; 94: 750-759).

**Resultados.** Se recogieron 100 pacientes, con una edad media de 70 años (21-96), de los cuales 56 (56%) eran varones. Cincuenta y siete (57%) estaban recibiendo profilaxis con heparina de bajo peso molecular (HBPM). De ellos 44 (79,2%) estaban recibiendo 40 mg /24 horas de HBPM. Tras aplicar los criterios de exclusión recogidos en el estudio MEDENOX, se incluyeron 84 (84%) pacientes. Veintisiete (32,1%) cumplían criterios de tromboprofilaxis según dicho estudio. De los cuales 16 (59,3%) estaban recibiendo profilaxis con HBPM, en 12 (44,4%) de ellos a dosis de 40 mg/24 horas. Según los criterios recogidos en el algoritmo 2 de Cohen et al.se incluyeron 82 pacientes (82%). Cincuenta y uno (62,2%) estaban recibiendo profilaxis con HBPM, de ellos 39(48%) a dosis de 40 mg/24 horas. Los motivos principales de ingreso fueron patología infecciosa 46%, sobre todo de vías respiratorias, patología abdominal no infecciosa 15%, insuficiencia cardíaca 8%, sospecha de neoplasia subyacente 7%, accidente cerebrovascular agudo 4%, anemia microcítica a estudio 3% y otras 17%.

**Discusión.** La profilaxis de la enfermedad tromboembólica ha sido ampliamente estudiada en pacientes quirúrgicos, pero en menor medida en los no quirúrgicos (médicos). Sin profilaxis la incidencia de trombosis venosa profunda y tromboembolismo pulmonar en pacientes médicos es comparable a pacientes quirúrgicos con un riesgo medio que varía entre 10-30%. La profilaxis de la ETE está justificada por su alta prevalencia, su carácter silente y la importante morbi-mortalidad asociada. Se estima que únicamente entre el 30-58% de los pacientes médicos reciben adecuada tromboprofilaxis. En nuestro caso al aplicar los criterios recogidos en el estudio MEDENOX se encontraban recibiendo profilaxis a dosis correcta el 44,4% de los pacientes. El segundo algoritmo elaborado por Cohen et al., toma como base el estudio MEDENOX y añade otras patología médicas agudas como infecciones, ictus isquémicos, enfermedades reumáticas y otra serie de circunstancias a valorar según la situación de cada paciente. Tras aplicar este protocolo en nuestro caso recibían una profilaxis adecuada el 48%. Tras comparar los dos estudios nos parece que el realizado por Cohen et al.es más completo ya que tomando como base el estudio MEDENOX incluye en su protocolo otros factores de riesgo que pueden estar presentes en el paciente.

**Conclusiones.** Muchos pacientes médicos presentan un riesgo elevado de presentar ETE y en muchos casos la tromboprofilaxis no es utilizada. Se han elaborado múltiples modelos de estratificación del riesgo para facilitar la toma de decisiones, a pesar de ello hay que valorar en cada paciente de forma individual el motivo que origina el ingreso y sus factores de riesgo añadidos antes de tomar una decisión.

### T-32 RETIRADA DEL TRATAMIENTO ANTICOAGULANTE EN PACIENTES CON SÍNDROME ANTIFOSFOLÍPIDO PRIMARIO

**J. Criado García<sup>1</sup>, R. Fernández de la Puebla<sup>1</sup>, L. López Jiménez<sup>2</sup>, F. Velasco<sup>2</sup>, M. Santamaría<sup>3</sup>, A. Blanco Molina<sup>1</sup>, J. López Miranda<sup>1</sup> y F. Pérez Jiménez<sup>1</sup>**

<sup>1</sup>Medicina Interna, <sup>2</sup>Hematología y Coagulación, <sup>3</sup>Inmunología. Hospital Universitario Reina Sofía. Córdoba.

**Objetivos.** La anticoagulación a largo plazo es el tratamiento recomendado en el síndrome Antifosfolípido Primario (SAF), tras un

evento trombótico. Sin embargo, no se conoce con precisión como se deben manejar los enfermos que permanecen estables durante años, y cuyos anticuerpos antifosfolípido (AAF) descienden y se negativizan. El objetivo de este trabajo es valorar, en un grupo de pacientes, la evolución del SAF Primario, tras la suspensión de la anticoagulación.

**Material y métodos.** Se incluyeron diez pacientes diagnosticados de SAF Primario que habían sufrido una trombosis venosa profunda en las extremidades (9) y de la aorta (1). Tras un período mínimo de 6 meses de anticoagulación, se retiró el tratamiento a los que presentaron AAF negativos a lo largo del seguimiento en dos determinaciones consecutivas.

**Resultados.** Los AAF se negativizaron de forma persistente en seis enfermos (60%). Cuatro presentaban factores de riesgo transitorios (2 gestación, 1 inmovilización, 2 anticonceptivos). De todos ellos, y tras la retirada de la coagulación, ninguno desarrolló nuevos eventos trombóticos durante un seguimiento de 21 + 4.9 meses.

**Discusión.** Nuestros datos sugieren que la retirada de la anticoagulación puede ser adecuada en los pacientes con SAF primario que negativizan los AAF de forma persistente, sobre todo si el evento trombótico fue venoso y ocurrió durante la presencia de un factor de riesgo transitorio, como el reposo o la gestación.

**Conclusiones.** En los pacientes con SAF Primario con clínica de trombosis venosa posiblemente sea seguro retirar el tratamiento anti-coagulante tras permanecer estables durante el seguimiento y negativizar de forma mantenida los anticuerpos antifosfolípidos.

**T-33  
PROPUESTA PARA EVALUAR EL IMPACTO DE LA APLICACIÓN CORRECTA DE TROMBOPROFILAXIS EN UN SERVICIO DE MEDICINA INTERNA.**

**M. Maestre Muñoz, E. García-Pelayo, A. Leal Luna, T. Lamas Martínez, B. García Casado y R. Pérez Cano**  
*Medicina Interna B. Prof Pérez Cano. HUV Macarena, Sevilla.*

**Objetivos.** El objetivo final es valorar el impacto que supone la implantación de un protocolo de profilaxis de enfermedad tromboembólica venosa a pacientes médicos en un servicio de M. Interna, en cuanto a la incidencia de eventos tromboembólicos producidos tras el alta. Para ello es necesario conocer la situación actual a nivel local en términos de aplicación de profilaxis a pacientes de riesgo e incidencia de complicaciones.

**Material y métodos.** Diseñamos un estudio con dos cohortes, una retrospectiva y otra prospectiva. La cohorte retrospectiva se obtendrá mediante el examen de las altas hospitalarias informatizadas de nuestro servicio, en un período de 2 meses previos a la implantación del protocolo, aplicando a éstas las tablas de riesgo trombótico estimado de la guía PRETEMED, se seleccionan los primeros 300 pacientes que presentasen un riesgo elevado según éstas (4 o más puntos) y que no recibieron profilaxis tras el alta (la profilaxis durante el ingreso ya se aplica como protocolo), de forma indirecta se obtiene el% de pacientes que reciben profilaxis. La cohorte prospectiva se obtendrá, con los 300 primeros pacientes incluidos en el protocolo, que presenten un riesgo elevado de trombosis (4 o más puntos) y por tanto según éste son sometidos a profilaxis (40 mg de enoxaparina cada 24 horas) durante el ingreso y 10 días tras el alta. En ambas cohortes se evalúa la incidencia de complicaciones tromboembólicas; Trombosis venosa profunda (TVP) y Tromboembolismo pulmonar (TEP); durante los 2 meses posteriores al alta. Para ello uti-

lizamos 3 métodos de registro: el análisis de la base de datos del servicio de radiología en cuanto a exploraciones realizadas a los pacientes evaluados (TACAR y Eco-doppler de MMII); el análisis de la base de datos MEDICX 3 (registro informatizado de altas hospitalarias), en busca de nuevos ingresos motivados por TEP o TVP; y mediante la consulta telefónica personalizada. Las características basales de los pacientes y los resultados son incluidos en base de datos y analizados mediante el paquete estadístico SPSS.

**Resultados.** Evaluado hasta el momento el grupo control. Un 79% de los pacientes debían recibir tromboprofilaxis de ellos sólo el 26% la recibieron. Un 85% de los pacientes eran pluripatológicos sin diferencias entre sexos, las circunstancias clínicas de riesgo predominantes fueron: edad > 60 años, 91%; encamamiento previsto al alta > 4 días, 37%; insuficiencia cardíaca congestiva, 32%; infección aguda grave, 29%; EPOC reagudizado, 26%; IAM, 23%; Obesidad grado III o superior, 20%; Paresia de MMII, 19%; AVC con paresia, 13% e Insuficiencia renal, 12%. Se produjeron un 3% de complicaciones (7 TVP, 2 TEP) en el período evaluado.

**Discusión.** Excluidos los pacientes con contraindicación absoluta para el uso de heparinas de bajo peso molecular. El número de pacientes elegido es el mínimo necesario teniendo en cuenta la gran cantidad de variables a evaluar. A pesar de que las complicaciones tromboembólicas pueden localizarse a cualquier nivel, se eligen la TVP y el TEP por ser éstos los eventos claramente relacionados con el encamamiento prolongado y las circunstancias clínicas que llevan a éste. Elegimos el TACAR y el Eco-doppler por ser las pruebas gold standard en el diagnóstico de TEP y TVP. Al evaluar las complicaciones por las 3 vías citadas, buscamos evitar el sesgo que suponen aquellos pacientes ingresados y cuya alta no es informatizada (ingresos en Serv de cuidados críticos y urgencias) y el sesgo que producirían los pacientes atendidos en otro centro hospitalario, en referencia a esto, hemos encontrado un 2% adicional de complicaciones mediante la encuesta telefónica que no hemos incluido hasta confirmar con informe escrito.

**Conclusiones.** La mayoría de los pacientes atendidos en un servicio de medicina interna cumplen criterios para recibir profilaxis anti-trombótica, la cual actualmente esta infrautilizada. El porcentaje de complicaciones tromboembólicas es importante y probablemente se encuentre infravalorado.

**T-34  
USO DE LAS HEPARINAS DE BAJO PESO MOLECULAR PARA LA PREVENCIÓN DE ENFERMEDAD TROMBOEMBÓLICA VENOSA EN PACIENTES ONCOLÓGICOS: INFLUENCIA DEL TIPO DE TUMOR. ESTUDIO PROFICAN**  
**C. Suárez<sup>1</sup>, S. Arponen<sup>1</sup>, J. De la Haba<sup>2</sup>, G. Deben<sup>3</sup>, P. Delgado<sup>4</sup>, I. Domínguez<sup>5</sup>, O. Donnay<sup>1</sup> y C. Dueñas<sup>6</sup>**

<sup>1</sup>Medicina Interna. Princesa. Madrid. <sup>2</sup>Medicina Interna. Hospital San Juan de Dios. Córdoba. <sup>3</sup>Medicina Interna. Hospital Juan Canalejo. Coruña. <sup>4</sup>Medicina Interna. Hospital Miguel Servet. Valencia. <sup>5</sup>Medicina Interna. Hospital Torrecárdenas. Almería. <sup>6</sup>Medicina Interna. Hospital General Yagüe. Burgos.

**Objetivos.** Describir el seguimiento médico (durante el ingreso y al alta) de las recomendaciones sobre la prevención de la ETEV mediante HBPM en una muestra de pacientes oncológicos ingresados en distintos hospitales españoles y comparar los resultados según el tipo de tumor.

Tabla 1. Perfil de la profilaxis farmacológica según tipo de tumor (T-34).

Tipo de tumor	Tto. hospitalario N (%)	Días entre ingreso e inicio tto. Media (DE)	Tto. antes cirugía N (%)	Prescripción tto. al alta N (%)	Indicación duración tto. N (%) extrahospitalario	Duración tto. extrahospitalario Media (DE)
Mama	51 (79,7)	2,1 (2,0)	9 (56,3)	20 (39,2)	11 (55,0)	21,4 (7,7)
Pulmón	74 (68,5)	1,6 (1,8)	10 (100%)	24 (32,4)	11 (45,8)	42,8 (39,3)
Ginecológico	56 (88,9)	1,6 (1,6)	44 (93,6)	26 (49,1)	25 (96,2)	13,0 (3,7)
Digestivo	294 (89,6)	1,9 (2,3)	174 (76,3)	106 (36,0)	90 (84,9)	19,0 (20,6)
Linfático	56 (53,8)	1,9 (1,7)	3 (75,0)	21 (41,2)	18 (85,7)	148,9 (82,8)
Valor p	< 0,0001	0,58	0,0057	0,37	< 0,0001	< 0,0001

**Material y métodos.** Estudio epidemiológico transversal, con participación de 53 médicos que recogieron información de las H<sup>8</sup> clínicas e informes de alta de 774 pacientes neoplásicos atendidos en los servicios médicos o quirúrgicos de 50 hospitales españoles durante junio a agosto de 2004. Criterios de inclusión: edad  $\geq$  18 años, diagnóstico de neoplasia activa, atendidos en servicios médicos hospitalarios, con alguno de los factores considerados de riesgo para ETEV, o en servicios quirúrgicos atendidos por cirugía neoplásica abdominal o pélvica. Fueron excluidos: si esperanza de vida  $<$  2 meses, contraindicación de heparina profiláctica o en tratamiento anticoagulante. Se recogió: edad, sexo, localización y estadiaje del tumor, variables relativas al tratamiento hospitalario y al alta. Análisis estadístico: prueba de Chi cuadrado para las variables categóricas y *t*-Student en el caso de las variables continuas.

**Resultados.** 774 pacientes, 59% hombres, 66 años (DE 12,8) años. El 78,7% recibieron profilaxis con HBPM. Al 37,7% se les prescribió tratamiento extrahospitalario al alta; en el 75,2% de éstos se indicó la duración del mismo. Localización tumor primitivo: Digestivo: 332 (42,6); Pulmón: 111 (14,2); S. Linfático: 108 (13,9); Mama: 67 (8,6); Ginecológico: 65 (8,3); Otros: 96 (12,3); Desconocido: 6. Estadiaje: Localizado: 176 (23,6); Infiltración local: 256 (34,3); Diseminación a distancia: 314 (42,1).

**Conclusiones.** Es necesario mejorar la profilaxis de ETEV en pacientes oncológicos. El tipo de tumor con mayor utilización de profilaxis fue el aparato digestivo, frente a los linfáticos donde se registraron la menor utilización de profilaxis. En los servicios quirúrgicos los tumores de pulmón fueron donde se realizó más frecuentemente profilaxis y los de mama en los que menos.

### T-35

#### FIBRINÓLISIS PULMONAR LOCAL EN EL TROMBOEMBOLISMO PULMONAR MASIVO

S. Valero-González<sup>1</sup>, L. Nombela-Franco<sup>2</sup>, E. Montero-Hernández<sup>1</sup>, A. Jiménez-Morales<sup>1</sup>, J. Pérez-Picouto<sup>3</sup> y A. García-Suárez<sup>3</sup>

<sup>1</sup>Medicina Interna, <sup>2</sup>Cardiología, <sup>3</sup>Radiología Intervencionista. Hospital Universitario Puerta de Hierro. Madrid.

**Objetivos.** Describir las características clínicas de los pacientes diagnosticados de tromboembolismo pulmonar (TEP) masivo o submasivo que han sido tratados con fibrinólisis pulmonar local (FPL). Comparar este grupo con un grupo control tratado mediante anticoagulación convencional (AC).

**Material y métodos.** Se revisaron 120 pacientes diagnosticados de TEP desde enero '05 a febrero '06 en el Hospital Universitario Puerta de Hierro. Se incluyeron en el estudio a 35 pacientes diagnosticados de TEP masivo o submasivo según criterios de inestabilidad hemodinámica y técnicas de imagen respectivamente. Definiciones: TEP masivo (TEP con inestabilidad hemodinámica) y submasivo (TEP estable con disfunción VD). Shock definido por Índice de shock (frecuencia cardíaca/TAS)  $\geq$  8805; 1. Análisis estadístico mediante SPSS 11.5.

**Resultados.** La edad media fue de 65,4  $\pm$  18(sd) años, con un 54,3% de mujeres. Fibrinólisis local (FLP): 13 pacientes, sistémica: 1, tromboectomía: 1. Del grupo FLP un 23% presentaron TAS  $<$  90 mmHg, un 42,6% índice de shock  $>$  1 y del 69% a los que se realizó ecocardiograma el 100% tenían disfunción y/o dilatación de VD. Se utilizó Urokinasa en el 92,3% con bolus de carga más infusión continúa (P25-75: 24,0-48,0 horas). Existió resolución completa en la angiografía de control en el 69,2%. En 4 pacientes (30,7%) existió mejoría parcial, de los cuales 2 se resuelven a las 72 horas de forma óptima. Sólo en 1 (7,7%) se retira fibrinólisis sin haber conseguido un resultado angiográfico favorable (presión media en arteria pulmonar 40 mmHg). No se detectaron diferencias en cuanto a la edad (FLP: mediana 72,0 vs 76,5 años), enfermedad cardíaca previa (FLP: 20% vs 20%), enfermedad pulmonar (FLP: 6,7% vs 10%) ni presencia de cancer activo (FLP: 15,0% vs 15,0%). El porcentaje de hemorragia mayor fue de 15,3% (2/13) en FPL frente al 5% (1/20) de AC. Los pacientes con FPL permanecen más tiempo en el hospital (14 vs 8 días  $p = 0,03$ ). Fallecen 3 pacientes (15%) del grupo de AC en la primera semana de ingreso (edad media 84,7 vs 63,6 años de los no fallecidos  $p = 0,001$ ).

**Conclusiones.** Un 92% de los pacientes con fibrinólisis local presentan un resultado angiográfico favorable (resolución completa en casi

un 70% en las primeras 48 horas) detectándose un 15,3% de hemorragia mayor entre los pacientes con fibrinólisis local. La FPL puede ser una alternativa terapéutica en casos seleccionados y centros con personal cualificado.

### T-36

#### TROMBOSIS VENOSA DE LA RETINA: SERIE DE 22 PACIENTES EN NUESTRO HOSPITAL

M. Oltra Sempere, M. Forner Giner, V. Oliver Morera, F. Martínez García, N. Abdilla Bonías, M. Fabiá Valls, M. Nicolau y M. García-Fuster

Medicina Interna. Clínic. València.

**Objetivos.** La oclusión venosa retiniana (OVR) es una enfermedad multifactorial que incluye daño a nivel del vaso, estasis, viscosidad y trombosis. Se han definido factores de riesgo de trombofilia asociados a OVR: factores de riesgo vascular sistémicos, estados de trombofilia, alteraciones oculares y alteraciones inmunológicas. Las causas de afectación de las arterias de la retina (arterioesclerosis, diabetes mellitus, hiperlipidemia, hipertensión arterial, vasculitis) pueden acabar produciendo trombosis de la vena. Ésto se debe a que la arteria y la vena central de la retina comparten su capa más periférica. Investigar en una muestra de pacientes con trombosis de la vena de la retina las causas de estas oclusiones venosas, así como su relación con factores de riesgo de patología arterial y estados de trombofilia.

**Material y métodos.** Presentamos un estudio prospectivo observacional en el que participaron los Servicios de Oftalmología y Medicina Interna del Hospital Clínic de València. Nuestra serie consta de 22 pacientes diagnosticados de trombosis de venas de la retina entre enero 2002 y junio 2006 a los que se les realiza una exploración clínica, oftalmológica e inmunológica.

**Resultados.** Se estudiaron 22 pacientes, 7 mujeres (32%) y 15 hombres (68%), de edades entre 34 y 77 años, media 53,86, mediana 53. La lateralidad del proceso estaba distribuida entre 8 ojo derecho (36,4%) y 14 ojo izquierdo (63,6%). Parámetros clínicos. La presión arterial (PA) estaba elevada en 8 (36,4%) pacientes. 3 pacientes (13,6%) eran diabéticos, 12 (%) dislipémicos (54,5%) y 10 (45,5%) presentaban sobrepeso. Parámetros de trombofilia. En todos los pacientes se realizó estudio de déficit de antitrombina III, proteína C y S, mutación del factor V de Leyden y del gen de la protrombina G20210A, siendo normal en todos ellos. La homocisteinemia se encontraba elevada ( $>$  15 mg/dl) en 13 casos (59%). Parámetros de autoinmunidad. 7 pacientes (31,8%) presentaron AAFL positivos y de éstos, 2 pacientes (9,09%) cumplían criterios de Lupus Eritematoso Sistémico (LES). Parámetros oftalmológicos. En 5 casos (22,7%) el signo del cruce, resultó positivo. En 3 pacientes (13,6%) la presión intraocular estaba elevada.

**Discusión.** La edad media de nuestra serie es de 53,86 años, lo que contrasta con la edad avanzada en la que habitualmente se presenta la OVR. En cuanto a los parámetros clínicos, el que encontramos en más pacientes no es la hipertensión arterial, como ocurre en otras series, sino la hiperlipidemia. Varios autores han descrito la asociación entre la hiperlipidemia y la OVR en adultos jóvenes. En todos los pacientes se realizó estudio de trombofilia y éste fue normal, por lo que cabe pensar, a pesar de la muestra tan reducida, en el escaso valor de realizar este estudio a todo paciente con OVR. La homocisteinemia se encontraba elevada en 13 casos, como signo de arterioesclerosis. En cuanto a los parámetros autoinmunitarios, 7 pacientes presentaron AAFL positivos y de éstos, 2 cumplían criterios de Lupus Eritematoso Sistémico. Aunque estos resultados son inespecíficos, en el contexto de un fenómeno trombótico, podrían poner sobre la pista de una conectivopatía subyacente. Respecto a los parámetros oftalmológicos, el glaucoma es un factor de riesgo bien conocido de OVCR. Nuestros datos muestran en 3 pacientes con glaucoma preexistente. En 5 pacientes el signo del cruce, reflejo de arterioesclerosis arterial, resultó positivo. Todos los pacientes de la serie presentaban algún factor de riesgo para padecer una ORV, y 9 de estos 22 pacientes presentaban 2 o más factores de riesgo.

**Conclusiones.** 1). En nuestra serie, la hiperlipidemia es un factor de riesgo de trombosis de las venas de la retina más importante que la hipertensión arterial. 2). La trombofilia ha sido negativa en todos los pacientes, por lo que podría no estar justificado su estudio sistemático en las oclusiones venosas retinianas. 3). Los anticuerpos antifosfolípido y la hiperhomocisteinemia se presentan como nuevos facto-

res etiopatogénicos a tener en cuenta sobre todo en vista a realizar una buena profilaxis de las trombosis de las venas retinianas.

### T-37

#### HOSPITALIZACIÓN A DOMICILIO EN EL DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE TROMBOSIS VENOSA PROFUNDA DE EXTREMIDADES INFERIORES.

**J. Regalado de los Cobos<sup>1</sup>, E. Oceja Barrutieta<sup>2</sup>, E. Altuna Basurto<sup>2</sup>, H. Mendoza Ruiz de Zuazu<sup>2</sup>, M. Gómez Rodríguez de Mendarozqueta<sup>2</sup> y J. Cia Ruiz<sup>2</sup>**

<sup>1</sup>Hospitalización a Domicilio. H. Santiago Apóstol. Vitoria-Gasteiz, Álava. <sup>2</sup>Hospitalización a Domicilio. H. Txagorritxu. Vitoria-Gasteiz, Álava.

**Objetivos.** Los Objetivos del estudio son valorar la eficacia y seguridad que aporta HaD, tanto en el tratamiento de TVP diagnosticada en el Servicio de Urgencias Hospitalarias (SUH), como en el diagnóstico de los casos de sospecha no confirmada ni descartada en el SUH.

**Material y métodos.** Revisión retrospectiva de historias clínicas de los pacientes derivados desde el SUH a HaD, con diagnóstico de TVP o bien con sospecha de TVP no confirmada ni descartada, entre Abril de 2002 y Diciembre de 2005. Se registran la graduación de la sospecha clínica, realizada en el SUH, y los resultados de dímero-D, ecografía y flebografía en los casos en que se fueron realizados, el diagnóstico final y la evolución en HaD: complicaciones tromboembólicas, complicaciones del tratamiento, necesidad de reingreso hospitalario, fallecimiento o alta a Atención Primaria. Del período posterior al ingreso en HaD revisado en cada paciente se registran los episodios de trombosis venosa profunda o embolismo pulmonar, diagnósticos de cáncer, así como el fallecimiento.

**Resultados.** Se remitieron a HaD desde el SUH 47 casos de TVP demostrada por ecografía y 84 casos pendientes de realizar más exploraciones para descartar o confirmar la sospecha de TVP. Entre los 84 casos pendientes de confirmación, HaD desestimó la práctica de otra exploración confirmatoria en 10 casos, por considerar que había un diagnóstico alternativo. De las flebografías realizadas a los 74 casos restantes, 13 mostraron la existencia de TVP. Entre los 47 casos diagnosticados de TVP en el SUH (por ecografía), HaD desestimó el diagnóstico en 4. En conjunto fueron atendidos 56 casos de TVP. 36 distales, 9 poplíteas y 11 con afección proximal a poplíteas. La evolución en HaD fue favorable en la mayoría y permitió en 51 casos el alta a Atención Primaria. Un paciente falleció en HaD, por enfermedad neoplásica en fase terminal y cuatro requirieron traslado a hospitalización convencional por complicaciones. Dos de ellos fallecieron durante la hospitalización. En 75 pacientes HaD descartó TVP. Entre ellos no se contabilizó ningún éxito en HaD aunque sí tres derivaciones a hospitalización convencional. En estos pacientes, la duración media del período posterior al episodio de HaD revisado ha sido de 15,8 meses (0-42) y en ese tiempo se ha constatado un único episodio de TVP (48 días después del ingreso en HaD).

**Discusión.** A diferencia de series anteriores, se trata de pacientes derivados directamente a HaD desde el SUH. En los casos pendientes de diagnóstico, HaD ha descubierto TVP en 13 de 84 (15,5%). La variedad de diagnósticos alternativos, la ausencia de complicaciones durante la estancia y la ausencia de episodios de enfermedad tromboembólica en el seguimiento de los casos en que se descartó TVP indican que nuestro procedimiento diagnóstico, es efectivo y seguro. El porcentaje de flebografías que resultan positivas para TVP en estos pacientes con ecografía negativa o dudosa, (13/74 = 17,6%) se asemeja al informado por otros autores y es suficientemente alto como para recomendar la realización de flebografía en este subgrupo. Nuestra experiencia también nos invita a solicitar flebografía en ciertos casos diagnosticados de TVP por ecografía y remitidos para tratamiento, cuando la clínica, quizás más clara unas horas después de la valoración realizada en Urgencias, hace cuestionar el diagnóstico inicial.

**Conclusiones.** Resulta eficaz y segura la derivación a HaD de pacientes diagnosticados en el SUH de TVP en extremidades inferiores tanto proximal como distal, para tratamiento inicial. Resulta eficaz y segura la derivación desde SUH a HaD para continuar estudio de las sospechas de TVP no descartadas ni confirmadas. Estos resultados dependen de la aplicación de un algoritmo de diagnóstico que incluye la realización de flebografía en ciertos casos.

### T-38

#### RENTABILIDAD DE LA TOMOGRAFÍA AXIAL COMPUTERIZADA DE ABDOMEN EN PACIENTES CON TROMBOSIS VENOSA PROFUNDA IDIOPÁTICA

**A. Argibay Filgueira, A. Rivera Gallego, B. Maure Noia, B. Sopena Pérez-Argüelles, N. Pazos Otero, J. Sousa Otero, B. Gimena Reyes y M. Pérez Rodríguez**

Medicina Interna. Hospital Xeral-Cies, Complejo Hospitalario Universitario de. Vigo, Pontevedra.

**Objetivos.** Evaluar la rentabilidad de la tomografía axial computerizada (TAC) de abdomen en la evaluación etiológica de pacientes diagnosticados de trombosis venosa profunda (TVP) sin factor predisponente claro.

**Material y métodos.** 42 pacientes diagnosticados de forma consecutiva de TVP de miembros inferiores en el Hospital Xeral-Cies de Vigo, en los cuales se realizó de forma protocolaria estudio de extensión mediante TAC abdominal. El estudio estadístico se realizó mediante el programa SPSS 12.0.

**Resultados.** La edad media fue de 59 ± 19 años (26% menores de 45 a., 31% entre 45 y 65 a. y 43% mayores de 65 a.). 23 pacientes fueron varones. En siete (17%) pacientes la TAC demostró alteraciones predisponentes para TVP: un caso de enfermedad inflamatoria intestinal y seis de neoplasia (cinco adenocarcinomas y un linfoma), todos en estadio avanzado. Un paciente sin hallazgos en la TAC se diagnosticó posteriormente de adenocarcinoma de próstata. No existieron diferencias en cuanto a edad, sexo, reposo, traumatismo, hipertensión arterial, tabaquismo y cifras de colesterol entre el grupo de pacientes con y sin hallazgos en la TAC.

**Discusión.** Numerosos estudios han señalado la asociación presente entre enfermedad tromboembólica y el diagnóstico de enfermedad neoplásica, sin embargo no queda claro si un diagnóstico más temprano cambia la evolución de la enfermedad neoplásica y si se debe someter a todos los pacientes con TVP idiopática a un screening exhaustivo. Nuestro estudio demuestra que la realización de una TAC abdominal a los pacientes con TVP sin factor predisponente claro, aporta información a la hora de establecer una causa o etiología; pero no aporta beneficios para el paciente ya que las neoplasias diagnosticadas en nuestros pacientes estaban en estadios avanzados. **Conclusiones.** La TAC es rentable en la evaluación diagnóstica de la TVP sin factores predisponentes claros, aunque no para el beneficio del paciente.

### T-41

#### ADECUACIÓN DE LA SOLICITUD DE TC HELICOIDAL DE TÓRAX ANTE LA SOSPECHA DE TROMBOEMBOLISMO PULMONAR (TEP) EN EL SERVICIO DE URGENCIAS

**J. Gonzalo Blanquer<sup>1</sup>, J. Aguilar García<sup>2</sup>, S. Domingo González<sup>2</sup>, I. Escot Cabezas<sup>2</sup>, F. Moreno Martínez<sup>2</sup>, P. Valdés Solís<sup>3</sup>, J. Agulló García<sup>1</sup> y J. García Alegría<sup>2</sup>**

<sup>1</sup>Urgencias, <sup>2</sup>Medicina Interna, <sup>3</sup>Radiodiagnóstico. Hospital Costa del Sol. Marbella, Málaga.

**Objetivos.** Conocer la adecuación de la solicitud de TC helicoidal ante la sospecha clínica de TEP, de acuerdo con el algoritmo diagnóstico de la Sociedad Española de Neumología y Cirugía Torácica (SEPAR).

**Material y métodos.** Estudio retrospectivo observacional de los pacientes a los que se les realizó TC helicoidal ante la sospecha de TEP en el Servicio de Urgencias de nuestro hospital. Se realizó análisis de las características de los pacientes, presentación clínica, pruebas complementarias realizadas, probabilidad clínica pretest según la escala de Wells (Thromb Haemost 2000; 83: 416-420), resultados y adecuación de la solicitud del angioTC. Período de estudio: 01/enero/2004 hasta 31/diciembre/2005. El número total de TEP diagnosticados en nuestro hospital durante el período de estudio fueron 139: 49 (2004) y 90 (2005). El número de pacientes que acudieron a Urgencias durante el mismo período fueron 250.854: 122.271 (2004) y 128.583 (2005).

**Resultados.** Se realizaron 69 TC por sospecha de TEP durante este período en Urgencias. Había 42 (61%) varones y 27(39%) mujeres, con una edad media de 62 años (desviación típica 16,33). Entre sus antecedentes personales destacaba antecedente de cirugía, traumatismo o inmovilización en las 4 semanas previas en 19 (27%) pacien-

tes, 13 (19%) tenían una neoplasia activa en los seis meses previos, 11 (16%) antecedentes de enfermedad tromboembólica (TEP o TVP), 2 pacientes habían realizado un viaje prolongado reciente, sólo una paciente recibía terapia hormonal sustitutiva, y ninguno tenía trastorno de hipercoagulabilidad conocido. La presentación clínica más frecuente fue disnea en 57 (83%) pacientes, seguida de dolor torácico pleurítico en 37 (54%) y síncope o presíncope en 13 (19%). Signos externos de TVP tenían 11(16%) pacientes. Se les realizó Rx de tórax y EKG a todos los pacientes, eco doppler de MMII a 12 (17%), gasometría a 63 (91%), y Dímero D a 61 (89%) de los pacientes, en 3 (5%) de los cuales fue negativo. La probabilidad pretest de TEP según la escala de Wells se presenta en la tabla 1. En un caso se diagnosticó TEP a pesar de DD negativo. Según el algoritmo diagnóstico propuesto por la SEPAR en Hospitales con angioTC, la solicitud de la prueba fue adecuada en el 88% (61) de los casos.

**Discusión.** Desde la implantación de los TC helicoidales se ha producido una enorme demanda de estudios por sospecha de TEP, y dado que el diagnóstico clínico es muy difícil por su presentación inespecífica, es necesario el empleo de escalas de probabilidad pretest que justifiquen su solicitud.

**Conclusiones.** La solicitud de TC helicoidal fue adecuada en una alta proporción. Se diagnosticaron TEP en el 35% de los casos.

Tabla 1. Probabilidad pretest de TEP según la Escala De Wells.

	TEP	No TEP	No concluyente	Total
Baja	2 (40%)	3 (60%)	0	5
Intermedia	15 (27%)	39 (71%)	1 (2%)	55
Alta	7 (78%)	2 (22%)	0	9

**T-42**  
**TROMBOSIS DE LOS SENOS VENOSOS CEREBRALES A PROPÓSITO DE 5 CASOS**

**B. Rodríguez Maya<sup>1</sup>, L. Buzón Martín<sup>1</sup>, C. Martínez Caballero<sup>1</sup>, A. González Jiménez<sup>2</sup>, S. Hernández Puche<sup>1</sup>, N. Franco Garrobo<sup>2</sup> y J. Ruiz Galiana<sup>1</sup>**

<sup>1</sup>Medicina Interna, <sup>2</sup>Cuidados Intensivos. Hospital de Móstoles, Madrid.

**Objetivos.** La trombosis de los senos venosos cerebrales (TSVC) es un trastorno cerebrovascular poco frecuente que afecta típicamente a adultos jóvenes y niños. Revisamos los casos de trombosis de los senos venosos cerebrales en nuestro hospital en los últimos dos años.

**Material y métodos.** Hemos revisado las historias clínicas de los pacientes diagnosticados de TSVC en los últimos dos años.

**Resultados.** De los 5 casos diagnosticados, 4 fueron mujeres y uno varón, con edades comprendidas entre los 25 y 75 años. De ellos, uno debutó sólo con cefalea, dos con cefalea y hemiparesia, uno con síndrome confusional y otro con coma profundo (Glasgow 3). En todos ellos se llegó al diagnóstico inicial por método de imagen, en 4 mediante TAC craneal y en una por RMN, ya que la paciente estaba embarazada. Como causa predisponente había tratamiento hormonal en 2 pacientes, gestación en una, trombofilia en otro y en el último caso no se halló causa desencadenante evidente. Todos ellos fueron tratados con anticoagulación (primero heparina sódica parenteral, después heparina de bajo peso molecular subcutánea y por último, acenocumarol oral), con buen resultado en 4 de los 5 pacientes. El único fallecido debutó con coma profundo con leve mejoría inicial y empeoramiento posterior.

**Discusión.** La TSVC constituye menos del 1% de todos los accidentes cerebrales, con una incidencia anual estimada de 3-4 casos/millón de habitantes. Aunque se desconoce la causa en un 35% de los casos, la mayoría de los pacientes presenta algún factor precipitante, entre los que se encuentran el embarazo o puerperio, la ingesta de anticonceptivos orales, el trauma craneal, la presencia de infecciones locales o sistémicas y la existencia de una trombofilia hereditaria, como en nuestros casos. La forma de presentación más

frecuente es la cefalea, aunque también pueden aparecer síntomas neurológicos focales, crisis comiciales, hipertensión intracraneal, alteraciones del comportamiento y alteraciones del nivel de conciencia. Aunque la prueba diagnóstica inicial en la mayoría de los centros es la TC craneal, la técnica de imagen más sensible es la RMN, fundamentalmente combinada con estudio en fase venosa. La angiografía se reserva para los casos en los que no hay afectación de los senos. El tratamiento inicial debe incluir medidas para disminuir la hipertensión intracraneal, así como anticonvulsivantes o antibióticos en caso de trombosis séptica. La anticoagulación es el tratamiento de elección ya que frena el proceso trombótico y previene la aparición de complicaciones como el tromboembolismo pulmonar. La trombolisis se reserva para los pacientes que empeoran a pesar del tratamiento con heparina. Las causas principales de muerte son la hipertensión intracraneal, el status epiléptico, la afectación talámica y el tromboembolismo pulmonar. La mayoría de los pacientes tienen una recuperación completa; sólo el 2% recurren y sólo el 4% se asocian a eventos trombóticos en otra localización (uno en nuestra serie).

**Conclusiones.** La TSVC es una entidad poco frecuente aunque su diagnóstico ha aumentado en los últimos años debido a un mayor índice de sospecha y a la disponibilidad de mejores técnicas diagnósticas no invasivas. Debemos pensar en esta entidad en adultos jóvenes, fundamentalmente mujeres, que se presenten con cefalea inusual, síntomas neurológicos focales sin factores de riesgo vascular, hipertensión intracraneal, infarto hemorrágico no confinado a un territorio arterial y con los factores de riesgo mencionados anteriormente. Aunque el tratamiento anticoagulante es controvertido por la posibilidad de transformación del infarto venoso en hemorrágico y algunos estudios no han alcanzado significación estadística, actualmente no es discutida su administración ya que se asocia a una reducción importante del riesgo de muerte o dependencia, con una recuperación completa sin secuelas en el 80% de los casos, con baja incidencia de efectos secundarios.

**T-43**  
**ESTUDIO EPIDEMIOLÓGICO PARA EVALUAR AL PACIENTE MÉDICO ANCIANO Y OBSERVACIÓN DE LA PREVENCIÓN DEL RIESGO DE ENFERMEDAD TROMBOEMBÓLICA VENOSA**

**L. Rodríguez Mañas<sup>1</sup>, G. Monteagudo Ruiz<sup>2</sup> y J. Martínez González<sup>2</sup>**

<sup>1</sup>Geriatría. H. Universitario de Getafe, Madrid. <sup>2</sup>Departamento Médico. Lab. Fcos. ROVI S.A. Madrid.

**Objetivos.** La ETEV en pacientes médicos a menudo está infravalorada, sin embargo se ha observado que en ausencia de tromboprofilaxis un alto porcentaje de estos pacientes desarrollan TVP. Por ello es fundamental establecer una tromboprofilaxis adecuada en pacientes médicos, sobre todo en los ancianos, donde el riesgo de ETEV es mayor. Por este motivo son de gran utilidad las guías sobre la prevención de ETEV en este tipo de pacientes en la práctica clínica.

**Material y métodos.** Estudio epidemiológico observacional y transversal para evaluar la práctica médica habitual en el manejo y prevención de la ETEV en pacientes médicos ancianos.

**Resultados.** Fueron incluidos 961 pacientes (906 evaluables), de los cuales un 63,4% fueron mujeres. La edad media de los pacientes fue de 81 ± 8 años. La mayoría de los pacientes (82,32%) fueron asistidos en un centro sanitario y un 17,68% en régimen ambulatorio. Entre los factores de riesgo más frecuentes se registraron: inmovilización o encamamiento (51,32%), obesidad (33,55%), ICC (26,82%), ictus (20,97%), TVP/EP previo (19,76%), traumatismo en MMII (15,89%), IRC (14,68%), EPOC (11,04%) y neoplasia (9,38%). El 88,96% recibió al menos tratamiento farmacológico profiláctico, mientras que el 11,04%, no recibió ningún tipo de profilaxis farmacológica. El 27,84% de los pacientes que fueron clasificados de bajo riesgo por el médico no recibió profilaxis farmacológica y el 72,16% sí (39,18% recibió antiagregantes plaquetarios, 4,12% AO, 34,02% HBPM, 5,15% una combinación de 2 o más fármacos). Los pacientes de riesgo moderado recibieron profilaxis farmacológica en un 86,59% de los casos (29,02% antiagregantes plaquetarios, 11,95% AO, 1,95% HNF, 55,12% HBPM, 10,98% recibieron más de un fármaco). El 95,96% de los pacientes clasificados de riesgo alto recibió profilaxis farmacológica (30,30% antiagregantes plaque-

tarios, 13,47% AO, 3,03% HNF, 73,40% HBPM, 23,91% recibió 2 o más fármacos). De los pacientes clasificados de muy alto riesgo, el 100% recibió profilaxis farmacológica (40,54% antiagregantes plaquetarios, 16,22% AO, 1,35% HNF, 87,84% HBPM, 45,95% recibió más de un fármaco). También cabe señalar que un 59,57% de los investigadores que participaron en el estudio, conocía al menos alguna guía de práctica clínica para la prevención del TEV, mientras que el 40,42% señaló no conocer ninguna.

**Conclusiones.** En la práctica clínica habitual parece haber una falta de concordancia entre el tratamiento profiláctico pautado a los pacientes de bajo riesgo y las recomendaciones de las guías científicas para este tipo de pacientes. En este estudio también se detectó que existe cierto desconocimiento de las guías científicas para la prevención de la ETEV en pacientes médicos, ya que aproximadamente sólo la mitad de los investigadores participantes señaló conocer al menos alguna de ellas.

#### T-44

### ESTUDIO DE EFECTIVIDAD Y SEGURIDAD DE BEMIPARINA PARA LA PROFILAXIS DE LA ENFERMEDAD TROMBOEMBÓLICA VENOSA EN PACIENTES NO QUIRÚRGICOS DE EDAD AVANZADA "ANCIANOS"

R. Gómez Huelgas<sup>1</sup>, L. Rodríguez Mañas<sup>2</sup>, G. Monteagudo Ruiz<sup>3</sup>, R. Maeso Martín<sup>3</sup>, A. Gómez Outes<sup>3</sup> y J. Martínez González<sup>3</sup>

<sup>1</sup>Medicina Interna. C.H. Carlos Haya. Málaga. <sup>2</sup>Geriatría. H. Universitario de Getafe. Getafe, Madrid. <sup>3</sup>Departamento Médico. Lab. Fcos. ROVI S.A. Madrid.

**Objetivos.** El riesgo de ETEV en pacientes quirúrgicos está bien documentado, sin embargo dicho riesgo en pacientes médicos no está claramente definido. Dentro de los pacientes médicos con riesgo de ETEV, un grupo de especial interés es el de los ancianos, ya que la edad es un factor de riesgo importante para el desarrollo de ETEV. Además este grupo de población presenta mayor riesgo de sangrado y el balance beneficio/riesgo del tratamiento profiláctico debe ser cuidadosamente valorado. Por tanto, parece clara la necesidad de establecer una tromboprofilaxis adecuada en este tipo de pacientes.

**Material y métodos.** Estudio post-autorización, observacional, de cohortes prospectivo y multicéntrico, para evaluar en condiciones de la práctica clínica real, la prevención con Bemiparina de la ETEV en pacientes médicos ancianos con riesgo elevado o moderado, en régimen de Hospitalización a Domicilio (HAD) o en centros de asistencia geriátrica.

**Resultados.** Se incluyeron 506 pacientes no quirúrgicos en 49 centros de toda España. De los cuales 506 fueron evaluables para seguridad y 502 para efectividad. La media de edad fue de  $82 \pm 8$  años. El 29,25% (148/506) fueron tratados en Unidades de Hospitalización a Domicilio y el 70,75% (358/506) en centros geriátricos. Los pacientes presentaban inmovilización durante un período mínimo de 4 días por diferentes causas médicas, entre ellas: insuficiencia cardíaca (30,68%), procesos infecciosos agudos (28,29%), insuficiencia respiratoria aguda (19,92%), enfermedad reumatológica (15,54%), enfermedad cerebrovascular aguda (14,34%), traumatismo no quirúrgico (11,55%) y un 25,90%, presentaron inmovilización debida a otras causas médicas. Además de la edad y la inmovilización los pacientes presentaron otros factores de riesgo de ETEV como: 48,80% insuficiencia venosa, crónica, 28,49% obesidad, 11,75% antecedentes de ETEV y 6,18% otros factores de riesgo distintos. Un 62,47% de los pacientes fueron tratados con la dosis de profilaxis recomendada para alto riesgo (3.500 UI/día) y un 36,53% con la dosis de bajo riesgo, durante de una media de 38 días (mediana: 19 días). La incidencia de TVP fue del 0,60% (3/502 TVP distales en miembros inferiores, 2 de ellas en pacientes asistidos en centros geriátricos y 1 en HAD). No hubo ningún caso de EP, ni de muerte relacionado con ETEV. Sólo hubo un caso de hemorragia mayor (0,22%) en HAD y 14 casos de hemorragia menor: 5/129 (3,87%) en HAD y 9/325 (2,77%) en geriatría.

**Conclusiones.** El uso de Bemiparina es una estrategia terapéutica adecuada en la prevención de la ETEV en pacientes no quirúrgicos de edad avanzada con riesgo moderado o alto de sufrir ETEV, tanto en los centros de asistencia geriátrica como en HAD, en la práctica clínica habitual.

#### T-45

### TROMBOSIS DE MIEMBRO SUPERIOR NO ASOCIADA A CATÉTER. DESCRIPCIÓN DE 12 CASOS

F. Almazán Costa, M. García Sánchez, A. Botella Ortiz, B. Valero Novella, R. Martínez Goñi, M. Waez, R. Sánchez y S. Reus Bañuls

Medicina Interna. Hospital General Universitario de Alicante.

**Objetivos.** Realizar un análisis descriptivo y retrospectivo de los casos de trombosis venosa de miembro superior no asociada a catéter que se han dado en el HGUA en estos últimos 6 años atendidos por el servicio de Medicina Interna, durante la fase aguda y el evolutivo.

**Material y métodos.** Se analizan las características clínicas y epidemiológicas de 12 pacientes con trombosis venosa de miembros superiores no asociados a catéter, tipo de tratamiento, duración y respuesta del mismo tanto en el periodo agudo como de mantenimiento, así como la evolución en cada caso.

**Resultados.** Se han incluido 12 pacientes con trombosis venosa de miembro superior desde junio de 2000 hasta junio de 2006. La mediana de edad ha sido 50 años, y 2/3 (66,6%) de los afectados eran varones. Con respecto a los factores de riesgo: 3 pacientes presentaban como antecedente implantación de marcapasos, una paciente tomaba anticonceptivos orales, otros anabolizantes y un paciente tenía diagnóstico previo de carcinoma de laringe. El resto no presentaba factores de riesgo conocidos para enfermedad tromboembólica. Con respecto a factores desencadenantes, 3 pacientes realizaban halterofilia, y 3 realizaban ejercicio físico moderado-intenso con miembros superiores debido a su profesión. Todos los diagnósticos se llevaron a cabo mediante Eco-Doppler de la extremidad afecta, a excepción de un caso en que fue necesaria la realización de una flebografía. El Dímero-D medio obtenido fue 1.12 ug/mL. Las localizaciones de la trombosis han sido las siguientes: la vena subclavia se afectó en 8 de los pacientes, la vena axilar en 6 casos, la humeral y la basilica en 4, y la vena cefálica en 2 casos. En el 66,6% de los casos la afectación fue del lado derecho. Se realizaron marcadores tumorales en 8 de los 12 pacientes, TC tóraco-abdominal en 4 de los casos, y estudio de hipercoagulabilidad en 8 de los pacientes (que resultó normal en 4 de los casos, mientras que en los otros 4 aún no están completos). No se diagnosticó neoplasia en ningún caso. El tratamiento agudo utilizado fue Nadroparina sc /12 horas en 9 casos, Dalteparina en 1 y acenocumarol 2 en pacientes, ajustando la dosis de ambos fármacos en función del peso. La media de días de tratamiento con HBPM fue 7.5 días, con un mínimo de 1 día y un máximo de 24 días. El tratamiento a largo plazo se realizó con acenocumarol en 9 casos, 1 con nadroparina sc y otro con dalteparina. La primera revisión se hizo habitualmente a los 3 meses (algunas aún no se han producido).

**Conclusiones.** La trombosis venosa del miembro superior derecho es una patología poco frecuente que afecta a personas jóvenes en la mayoría de los casos. Dada la baja prevalencia son necesarios más estudios para poder determinar cuál es el tratamiento más adecuado.

#### T-46

### VALOR DE LA ANGIOGRAFÍA PULMONAR CON TOMOGRAFÍA COMPUTERIZADA HELICOIDAL EN EL SEGUIMIENTO DEL TROMBOEMBOLISMO PULMONAR

M. Fernández Capitán<sup>1</sup>, M. Torres Sánchez<sup>2</sup>, J. Paño Pardo<sup>1</sup>, M. Pardo<sup>2</sup>, J. Valero Recio<sup>1</sup>, P. García de Paso<sup>1</sup>, N. Iniesta<sup>1</sup> y F. Arnalich<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Servicio de Medicina Interna, <sup>2</sup>Servicio de Radiología. Hospital Universitario La Paz. Madrid.

**Objetivos.** Valorar la utilidad de la angiografía pulmonar con tomografía computerizada helicoidal (angio-TCH) en el seguimiento y decisión de duración de tratamiento del tromboembolismo pulmonar (TEP).

**Material y métodos.** De los pacientes diagnosticados de tromboembolismo pulmonar y en seguimiento desde 2001 en la consulta de Enfermedad Tromboembólica del Servicio de Medicina Interna del Hospital Universitario La Paz de Madrid se estudiaron 195 pacientes diagnosticados de TEP mediante Angio-TCH. A todos se les realizó un Angio-TCH de control a los seis meses del diagnóstico y si persistía y había indicación, a los doce meses. Todos los pacientes fueron seguidos clínicamente al mes, tres, seis y doce meses del diag-



nóstico y posteriormente, cada seis - doce meses. El Angio-TCH se realizó en un Somatón Plus 4 de Siemens, con 0,75 segundos de rotación, 3 mm de colimación y un pitch de 1,7: 140 ml. de contraste no iónico (300 mg I./ml) administrado a una velocidad de 3 ml. por segundo. Los estudios fueron revisados por dos radiólogos independientes expertos en la evaluación de Angio-TCH.

**Resultados.** A 195 pacientes (82 hombres, 113 mujeres) diagnosticados de TEP por Angio-TCH se les realizó una Angio-TCH de control a los seis meses del diagnóstico e inicio del tratamiento anticoagulante. Se objetivó resolución de trombos en 143 pacientes (73,3%) y persistencia en 52 (26,6%), 14 de los cuales (7,1%) presentaban signos de hipertensión pulmonar (HTP). De los 38 pacientes en los que existía persistencia de trombos, a 17 se les efectuó una nueva Angio-TCH a los 12 meses. En 11 pacientes la prueba fue negativa, en 2 mostró persistencia/cronicidad de trombos y en 4 HTP. No hubo correlación entre la gravedad radiológica en el momento del diagnóstico y la resolución del TEP. El tratamiento anticoagulante se suspendió cuando la Angio-TCH fue negativa, excepto en aquellos casos en que existía factor de riesgo de enfermedad tromboembólica u otra indicación de anticoagulación. Durante el seguimiento se produjeron 9 recidivas de TEP, 6 de ellas en pacientes con control de Angio-TCH normal, a los 6 o 12 meses.

**Discusión.** Los avances de la tomografía helicoidal en los últimos años, han hecho que la Angio-TCH sea la prueba diagnóstica en pacientes con sospecha clínica de TEP. El principal inconveniente de la Angio-TCH es su limitación para detectar émbolos en el territorio subsegmentario, aunque el grado de seguridad ha mejorado con los nuevos TCH multidetector, alcanzando hasta el 90%. Los objetivos del tratamiento del TEP a corto plazo son la prevención de la progresión y recurrencia del trombo y el favorecimiento de la trombolisis endógena. A largo plazo, su finalidad es evitar las recidivas y el desarrollo de hipertensión pulmonar. La duración óptima del tratamiento a largo plazo es un tema controvertido. En general depende del equilibrio entre el riesgo de recurrencias y de complicaciones hemorrágicas. La mayoría de los estudios (British Thoracic Society, DURAG, DOTAVIC y WODIT-PE) han demostrado los beneficios de prolongar la anticoagulación oral 3-6 meses. Sin embargo, a pesar de la eficacia de la anticoagulación, al interrumpirse el tratamiento persiste un riesgo por paciente-año del 10%, con independencia de la duración del mismo. Ante la evidencia disponible, se han establecido recomendaciones específicas de tratamiento recogidas en el consenso de la ACCP. Existen pocos estudios que demuestren la evolución del TEP con una prueba objetiva que permita valorar la resolución de los trombos, detectar precozmente y prevenir las complicaciones del TEP e individualizar la duración del tratamiento.

**Conclusiones.** La Angio-TCH es útil en la valoración de la evolución, resolución y desarrollo de complicaciones del TEP. La Angio-TCH es una nueva herramienta en la decisión de la duración del tratamiento anticoagulante de la enfermedad tromboembólica.

**T-47**  
**ENFERMEDAD TROMBOEMBÓLICA VENOSA: PROCESOS TUMORALES Y PRESENTACIONES ATÍPICAS**

**J. Barragán Casas, M. Budiño Sánchez, M. López Fernández, M. Garcinuño Jiménez y D. Sánchez Fuentes**  
*Medicina Interna. Complejo Hospitalario de Ávila.*

**Objetivos.** Analizar la presentación de enfermedad tromboembólica (EDEV) y valorar las presentaciones atípicas (mesentérica, cava, yugular, etc) de la EDEV en nuestra área de salud y su relación con la presencia de procesos neoplásicos malignos.

**Material y métodos.** Los datos se han obtenido del registro de informes de alta de los pacientes diagnosticados de EDEV en nuestra área de salud. Estudio prospectivo de la EDEV el Servicio de Medicina Interna. Período: 1998-2006. Valoramos las diferencias entre las presentaciones habituales y las atípicas.

**Resultados.** Se analizaron 504 pacientes. La presentación más frecuente de EDEV fue la TVP de MMII o el TEP (95,8%). Las presentaciones atípicas fueron 21 (4,2%): Miembros superiores (11 casos), cava inferior (5 casos), mesentérica (2 casos), yugular (1 caso), senos cerebrales (1 caso), aurícula derecha (1 caso). Las características diferenciales fueron las siguientes (tabla 1).

**Conclusiones.** En los territorios de EDEV atípicos los procesos tumorales estuvieron presentes en casi 1 de cada 5 pacientes, sien-

do 6 veces más frecuente que en las afectaciones de MMII y TEP. La recidiva de EDEV fue más frecuente en los pacientes no oncológicos. La mortalidad por EDEV fue más frecuente entre los pacientes con TVP de MMII o TEP; en las TVP presentadas en otros territorios no hubo mortalidad por esta causa.

Tabla 1. Diferencias entre EDEV de MMII y TEP y las presentaciones atípicas.

	EDEV de MMII o TEP	Presentaciones atípicas
Pacientes (Nº)	483	21
Neoplasias	16 (3,3%)	4 (19%)
Recidiva de EDEV	38 (7,5%)	0
Mortalidad global	19 (3,9%)	1 (5,25%)
Mortalidad por EDEV	8 (1,7%)	0

**T-48**  
**ENFERMEDAD TROMBOEMBÓLICA VENOSA EN NUESTRA ÁREA DE SALUD (1998-2006)**

**J. Barragán Casas, M. Budiño Sánchez, M. Garcinuño Jiménez, M. López Fernández y D. Sánchez Fuentes**  
*Medicina Interna. Complejo Hospitalario de Ávila.*

**Objetivos.** Conocer las características de la enfermedad tromboembólica venosa (EDEV) en nuestra área de salud en los últimos 9 años. Valorar los resultados del Dímero-D.

**Material y métodos.** Los datos se han obtenido del registro de informes de alta de los pacientes diagnosticados de EDEV en nuestra área de salud de Ávila. Estudio prospectivo de la EDEV. Período 1998-2006.

**Resultados.** Se valoran 504 pacientes. La edad media fue 63,43 ± 15,54 (rango 17-98). Mayores de 70 años fueron 293 (58,1%). Por sexos: 287 varones y 218 mujeres. Los resultados por tipos de EDEV, grupos de edad y la valoración del Dímero-D se muestran en las tablas.

**Conclusiones.** En nuestro medio la EDEV predomina en pacientes de edad avanzada (> 70 años). La presentación más frecuente es la TVP. Otras presentaciones de EDEV (MMSS y otras) fueron menos frecuentes (4,2%). El Dímero-D negativo en EDEV predominantemente fue en los casos de TVP.

Tabla. Distribución de los casos de EDEV según la localización.

Tipo de TVP	Nº pacientes (%)
TVP MMII	420 (83,3%)
TVP MMSS	11 (2,2%)
TEP	84 (16,7%)
TVP + TEP	80 (15,9%)
Otras TVP	10 (2,0%)

Tabla. Distribución de EDEV por grupos de edad.

Grupos de edad	Nº pacientes (%)
T < 20	4
21-30	12
31-40	20
41-50	31
51-60	48
61-70	93
71-80	186
81-90	96
> 90	11
Desconocida	3

Tabla. Valores del Dímero-D en los diferentes tipos de EDEV.

	Dímero-D < 250	Dímero-D < 500	Dímero-D > 500	No consta
TVP MMII	14	43	287	160
TEP	1	6	61	16
TVP atípicas	0	1	7	13

## VARIOS

### V-1

#### HOSPITALES COMARCALES. ¿SOLAMENTE LABOR ASISTENCIAL O TAMBIÉN CIENTÍFICA?

J. Martí<sup>1</sup>, E. Antón<sup>1</sup>, K. Ayerdi<sup>2</sup> y F. Bao<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Medicina Interna. Zumárraga, Guipúzcoa. <sup>2</sup>Unidad de docencia e investigación. Osasunbidea. Pamplona, Navarra.

**Objetivos.** Existe la creencia de que la labor investigadora esta circunscrita a Hospitales Universitarios o Hospitales Terciarios, nosotros creemos que en hospitales de área comarcal es posible también desarrollar dicha labor. El objetivo de este trabajo, es demostrar la potencialidad en la capacidad de investigación en Medicina Clínica básica de los Hospitales Comarcales.

**Material y métodos.** Se han analizado los parámetros asistenciales del S. de Medicina Interna del Hospital de Zumarraga, desde 1994-2005, así como los datos de investigación del mismo. Ha si mismo se ha comparado la actividad asistencial entre nuestro centro y un hospital universitario, elegido aleatoriamente. Nuestro servicio se creó en 1985. Atiende a una población de mayores de 14 años de 90000 habitantes. El numero de camas estructurales ha pasado de 28 en 1986 a 46 en el 2005, sin modificación de la plantilla estructural que es de 5 personas. No tenemos docencia para MIR de Interna pero si para MIR de M de Familia.

**Resultados.** Actividad asistencial. Se han atendido un total de 18000 pacientes (54% varones) que han representado un 24,45 del total de los ingresos hospitalarios. Con una media de edad de  $68 \pm 2,32$  años con una estancia media de  $6,9 \pm 0,48$  días. La estancia media en medicina interna actualmente en red Osakidetza es de 9 días. Una tasa de mortalidad de  $8,1 \pm 2,5$  siendo la edad de los fallecidos de  $77,5 \pm 2,5$ . Únicamente se han derivado desde la planta de Medicina a centros de referencia durante este período a 576 pacientes, todos ellos por falta de medios (UVI, cirugía cardiovascular, etc). El grado de complejidad atendido ha sido de 2.63 con un peso de 1.67. Comparando los 2 centros objetivamos que desde el área comarcal se atendieron, mayor número de pacientes, con edad media más elevada y mayor complejidad pero con menor tasa de mortalidad y estancias medias. Actividad investigación. Se ha presentado un total de 50 comunicaciones en Congreso y reuniones regionales. 56 a Congresos y reuniones nacionales y 47 en Congresos internacionales. Publicaciones. En Revistas locales 2. En Revistas de ámbito nacional 75. Publicaciones en Revistas internacionales 30 (todas ellas con factor de impacto).

**Conclusiones.** Desde el ámbito comarcal es posible el desarrollar una función investigadora, creemos que es fundamental que dichos hospitales dispongan de docencia acreditada en Medicina Interna y no solo en Medicina de Familia. Lo fundamental para investigar es el interés y la capacitación de los Internistas durante su período de formación.

### V-2

#### IMPORTANCIA DEL DIAGNÓSTICO PRECOZ EN LA HEMOCROMATOSIS PRIMARIA NO CONOCIDA

F. Gutiérrez Marcos, A. López de Guzmán, J. De Miguel Prieto, A. Culebras, J. Hernández Rey y J. López Rodríguez

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

**Objetivos.** La hemocromatosis es un trastorno genético frecuente, con una prevalencia probablemente mayor de la considerada actualmente, debido a su evolución silente. Es fundamental el diagnóstico precoz, ya que el tratamiento aumenta la supervivencia y evita su progresión a cirrosis hepática y carcinoma hepatocelular. Presentamos dos casos clínicos y revisamos los últimos avances en su estudio.

**Material y métodos.** 1) Varón de 74 años con antecedentes de HTA, diabetes tipo 2 y fibrilación auricular. Ingresó recientemente en cardiología por alto grado de bloqueo AV que requirió marcapasos. Ecocardiograma: normal. Acude por astenia, somnolencia diurna y desorientación. En la exploración asterixis, ictericia con-

juntival, pigmentación bronceada de cara y manos. Hepatomegalia dolorosa a 5 cm del reborde costal. En analítica elevación de amonio e hipertransaminemia leve (GOT 110; GPT 55; GGT 78). Serología de hepatitis, porfirinas y ecografía abdominal sin alteraciones. Sideremia 110 mcg/ml. Índice de saturación de transferrina (IST) 134%, ferritina 4.314 ug/l. Con la sospecha de hemocromatosis se inicia tratamiento con flebotomías, permaneciendo asintomático al alta. 2) Mujer de 69 años con antecedentes de HTA en tratamiento. Acude por tos, sensación distérmica y astenia intensa. En la exploración fiebre de 39 °C. A.P.: crepitantes en base izda. Abdomen: hepatomegalia a 3 cm del reborde costal. En Rx de tórax infiltrado en lóbulo inferior izdo, por lo que ingresa con el diagnóstico de neumonía extrahospitalaria. En analítica GOT 78, GPT 115 y GGT 95.; sideremia 99 mcg/ml; ferritina de 4.728 ug/l e IST 91%. En RM abdominal aumento de densidad homogéneo en todo el parénquima hepático, sugerente de hemocromatosis.

**Resultados.** En ambos pacientes el estudio genético mostró que son portadores homocigotos de la mutación C282Y del gen HFE.

**Discusión.** El concepto actual de hemocromatosis hereditaria es que se trata de una enfermedad poligénica. El gen implicado en la forma más frecuente es el HFE (hemocromatosis tipo 1). La mutación más prevalente (85%) es la homocigota para C282Y (sustitución de cisteína por tirosina en la posición 28); otra bien establecida es la H63D. La clínica se caracteriza por síntomas inespecíficos como cansancio, hepatomegalia y datos de laboratorio inespecíficos. Su importancia estriba en su evolución a cirrosis y posteriormente a hepatocarcinoma (30%) en los no tratados. En el primer paciente destaca que la manifestación inicial sea la cardíaca (sólo en un 15% de los casos) en forma de arritmia, principalmente como bloqueo AV; mientras que se suele presentar en forma de insuficiencia cardíaca, que es, a su vez, la causa más frecuente de muerte en los pacientes tratados. Las flebotomías repetidas son el pilar del tratamiento, incluso en asintomáticos, ya que son seguras, efectivas y han demostrado aumentar la supervivencia a los 5 años. Por tanto, es muy importante el diagnóstico precoz. La determinación combinada del IST y de ferritina sérica constituye el método de screening y se debe realizar a los familiares de primer grado. Un valor de IST > 45% obliga, en primer lugar, a descartar sobrecarga de hierro secundaria y posteriormente se realizará el genotipo de HFE. En heterocigotos con niveles de ferritina normales se monitorizarán anualmente. Si la ferritina está elevada se realizarán test genéticos de segunda línea (HAMP, HJV) y/o se considerará la realización de biopsia hepática.

**Conclusiones.** 1). La hemocromatosis es una enfermedad poligénica, con diferentes formas de manifestarse en función del gen implicado, destacando la forma juvenil como la más severa. 2). Es fundamental el diagnóstico precoz, ya que el tratamiento con flebotomías ha demostrado aumentar la supervivencia; por lo que están indicadas también en asintomáticos. 3). El IST y la ferritina son métodos sencillos y eficaces para screening y su alteración obliga a realizar genotipo HFE, tras descartar causas secundarias de sobrecarga de hierro. 4). En heterocigotos con ferritina elevada, se debe plantear realizar biopsia hepática y/o test genéticos de segunda línea.

### V-3

#### SÍNDROME DEL EUTIROIDEO ENFERMO Y PATOLOGÍAS ASOCIADAS

J. Díaz Peromingo<sup>1</sup>, J. Grandes Ibáñez<sup>2</sup>, J. Sánchez Leira<sup>1</sup>, F. García Suárez<sup>1</sup>, E. Padín Paz<sup>1</sup>, S. Molinos Castro<sup>1</sup>, J. Saborido Froján<sup>1</sup> y J. Naveiro Soneira<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Medicina Interna. Hospital da Barbanza. Riveira, A Coruña. <sup>2</sup>Medicina Interna. Hospital Xeral-Cies. Vigo, Pontevedra.

**Objetivos.** El Síndrome del Eutiroideo Enfermo es una entidad frecuente en los pacientes hospitalizados por otras causas y con frecuencia infradiagnosticado. El papel que puede tener en la comorbilidad de estos pacientes no está suficientemente aclarado. En el presente estudio se investiga a un grupo de pacientes hospitalizados en un Servicio de Medicina Interna con este síndrome en sus distintas variantes y sus patologías asociadas.

**Material y métodos.** Estudio descriptivo de 41 pacientes con en el que se recogieron las siguientes variables: sexo, edad, variante del síndrome y patologías asociadas como causa principal de su ingreso hospitalario. El estudio estadístico se realizó mediante un análisis de frecuencias.

**Resultados.** De los 41 enfermos estudiados 19 eran mujeres y 22 varones. La edad media fue de 69 años (rango 39-85). La variante más frecuente fue la T3L baja [33 casos (80,5%)] seguida de T4L alta [5 casos (12,2%)] y TSH con T4L bajas [3 casos (7,3%)]. Las enfermedades más frecuentemente asociadas fueron las enfermedades infecciosas (11 casos), EPOC (10 casos), insuficiencia cardíaca (8 casos) y neoplasias (6 casos). Para la variante T3L baja las patologías asociadas más frecuentes fueron las enfermedades infecciosas (8 casos) y la EPOC (8 casos). Para la variante T4L alta fueron las enfermedades infecciosas (2 casos) y para la variante TSH y T4L bajas la EPOC, ACV y enfermedades infecciosas (cada una 1 caso). Todos los pacientes con neoplasia (6) tenían la variante T3L baja.

**Conclusiones.** 1). La variante más frecuente del Síndrome del Eutiroidismo Enfermo en nuestra serie es la T3L baja concordando con lo referido en la literatura. 2). Las enfermedades más frecuentemente asociadas a dicho síndrome en nuestros pacientes son las enfermedades infecciosas, la EPOC, la insuficiencia cardíaca y las neoplasias. 3). En los pacientes con neoplasia y los diagnosticados de neumonía la variante del síndrome asociada fue la T3L baja.

#### V-4

### ABSTINENCIA TABÁQUICA EN PACIENTES QUE RECHAZAN UN PROGRAMA DE DESHABITUACIÓN DURANTE SU INGRESO HOSPITALARIO

**G. Jiménez Lozano<sup>1</sup>, M. Valdivia Salas<sup>1</sup>, M. Contreras Santos<sup>1</sup>, E. García Peñalver<sup>2</sup>, J. Luna del Castillo<sup>3</sup>, A. Romero Ortiz<sup>1</sup> y B. Gil Extremera<sup>2</sup>**

<sup>1</sup>Neumología. H. Virgen de las Nieves. Granada. <sup>2</sup>Medicina Interna. H. Clínico San Cecilio. Granada. <sup>3</sup>Dpto. de Bioestadística. Universidad de Granada.

**Objetivos.** Estudiar las características y la abstinencia al año de pacientes que rechazan un programa de deshabituación tabáquica, ofrecido durante su ingreso hospitalario.

**Material y métodos.** Estudio prospectivo de pacientes fumadores, hospitalizados en los Servicios de Cardiología, Neumología y Cirugía Torácica por patologías en relación con el tabaco, entre octubre/2002 y diciembre/2003. Los pacientes se asignaron de forma aleatoria a dos tipos de intervención para deshabituación tabáquica: intervención mínima durante el ingreso (sin seguimiento tras el alta) e intervención especializada (seguimiento durante un año tras el alta, mediante terapia grupal). Se estudian las características de pacientes que, una vez asignados al grupo de intervención especializada, rechazan la terapia, así como la abstinencia al año, mediante autorreporte tras llamada telefónica.

**Resultados.** Se incluyen 54 pacientes, obteniendo información al año de 47 (4 éxitos y 3 no localizados). El 83,3% son varones con edad media de 52,13 ± 13,49 años. La mayoría de los pacientes pertenecen al Servicio de Cardiología (55,6%), 40,7% a Neumología y 3,7% a Cirugía Torácica. El motivo de ingreso más frecuente ha sido la cardiopatía isquémica (41,5%), seguido de agudización de EPOC y neumonía (15,1% respectivamente). Los motivos más frecuentes de rechazo de la terapia: preferían dejarlo por su cuenta, sin precisar ayuda (53,7%) y no disponibilidad para asistir a las sesiones (29,6%). 4 pacientes (7,4%) no deseaban abandonar el tabaco, 3 (3,7%) rechazaban la forma de seguimiento (terapia de grupo) y otros 3 pacientes argumentaron otros motivos. Un elevado porcentaje de pacientes refería mantenerse abstinente al año del ingreso (24 pacientes, 51,1%) o había disminuido el consumo (12 pacientes, 25,5%). El 74,5% había abandonado el tabaco a raíz del ingreso. El tiempo medio de abstinencia es de 7,02 ± 5,61 meses. Entre los pacientes que habían abandonado el tabaco, un elevado porcentaje (76,5%) refería mejoría clínica, aunque también ganancia ponderal (72,7%). La única variable con un efecto claramente significativo sobre el abandono del tabaquismo es el inicio de la abstinencia: si la abstinencia comienza a raíz del ingreso hospitalario y es mantenida por lo menos un mes, tienen más probabilidad de ser no fumadores al año.

**Discusión.** El tabaquismo es considerado una enfermedad crónica, que requiere un tratamiento específico. Cuanto más intensas sean las intervenciones para conseguir la deshabituación tabáquica, mayor será su eficacia. Un grupo especial es el de pacientes fumadores ingresados en un hospital. La hospitalización supone una oportunidad para intervenir sobre estos pacientes, debido a la situación de

vulnerabilidad en la que se encuentran y la prohibición de fumar en los centros sanitarios. Por ello, se está comenzando a tratar esta adicción durante el ingreso, con resultados favorables, sobre todo con programas que incluyen al menos un mes de seguimiento tras el alta. En este estudio, los pacientes que rechazan un programa de deshabituación consiguen una abstinencia al año elevada, similar a la obtenida entre pacientes que son tratados, probablemente por la importante motivación, que es la causa más frecuente de rechazo.

**Conclusiones.** Un número significativo de pacientes fumadores hospitalizados rechaza una terapia específica para abandonar su hábito. El motivo más frecuente de rechazo del programa de deshabituación es el convencimiento de poder dejar el tabaco por su cuenta, sin precisar ayuda. Más de la mitad de estos pacientes consigue abandonar el tabaco a raíz del ingreso y mantienen la abstinencia al año. El mantenimiento de la abstinencia por lo menos un mes tras el ingreso, es la variable que mejor predice el éxito al año.

#### V-5

### POLIMORFISMO GENÉTICO +118A/G DEL RECEPTOR OPIOIDE- $\mu$ (OPRM1) EN PACIENTES ALCOHÓLICOS

**S. Inés Revuelta<sup>1</sup>, I. Pastor Encinas<sup>1</sup>, M. Marcos Martín<sup>1</sup>, R. González Sarmiento<sup>2</sup> y F. Laso Guzmán<sup>1</sup>**

<sup>1</sup>Medicina Interna. Hospital Universitario. Salamanca. <sup>2</sup>Unidad de Medicina Molecular. Facultad de Medicina. Salamanca.

**Objetivos.** La vulnerabilidad al abuso y la dependencia al alcohol deriva de una interacción entre factores ambientales y genéticos. Diversos estudios sugieren que el sistema opioide endógeno está implicado tanto en la sensibilidad inicial al alcohol como en sus propiedades reforzantes. El receptor opioide- $\mu$  es el principal sitio de acción para muchos péptidos opioides, lo que lo convierte en un candidato principal en el estudio de la vulnerabilidad para la adicción a drogas. Nosotros hemos investigado la posible asociación entre un polimorfismo del gen del receptor opioide- $\mu$  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 a tiempo real se ha estudiado un polimorfismo del gen OPRM1, que consiste en un cambio de nucleótido A por G en la posición +118. 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 en el caso de variables categóricas, calculándose la OR (Odds Ratio) y el intervalo de confianza (IC) al 95%, y el test de U de Mann-Witney para las variables cuantitativas.

**Resultados.** La frecuencia del genotipo AA fue mayor en alcohólicos (75%) que controles (63%), con una diferencia estadísticamente significativa ( $p = 0,036$ ; OR = 1,762; IC 95%: 1,034-3,002); así como la frecuencia del alelo A (85,46% frente a 79%) ( $p = 0,042$ ). Los portadores del alelo G fueron más frecuentes entre la población control (37%) que en el grupo de alcohólicos (25%); ( $p = 0,036$ ; OR = -0,568; IC 95%: 0,333-0,967).

**Discusión.** El significado funcional del polimorfismo +118A/G se ha demostrado tanto in vivo como in vitro. Se ha observado que los receptores opioide- $\mu$  codificados por la variante G presentan mayor afinidad por betaendorfinas que los receptores codificados por la isoforma A. Además algunos autores han demostrado que los sujetos portadores del alelo G presentan mayor respuesta al bloqueo con naloxona, por lo que esta variante del OPRM1 constituiría un factor predictivo positivo en la respuesta al tratamiento del alcoholismo con antagonistas opioides. Los estudios de asociación entre el polimorfismo +118A/G y el alcoholismo ofrecen resultados dispares, debido a diversos factores como diferencias en la selección de los controles, tamaños muestrales pequeños, o el riesgo relativo entre poblaciones diferentes. Nuestros datos demuestran que tanto el alelo A como el genotipo AA del polimorfismo +118A/G del OPRM1, se asocian con un aumento del riesgo de padecer alcoholismo. Hasta la fecha sólo un trabajo había demostrado una asociación significativa entre el alelo A y el genotipo AA de este polimorfismo y el desarrollo de alcoholismo, con la limitación de que la muestra poblacional

era heterogénea (sujetos caucásicos y no caucásicos); la población que nosotros hemos estudiado es étnicamente homogénea. Además, hemos observado que la frecuencia de portadores del alelo G es significativamente más alta en la población control, por lo que podría considerarse a este alelo como un factor protector para el desarrollo de alcoholismo. Esta última observación se había descrito previamente en individuos con dependencia a opiáceos, pero no con el alcoholismo.

**Conclusiones.** La identificación de genes implicados en la dependencia alcohólica tiene una gran importancia, tanto para la prevención como para el desarrollo de tratamientos más eficaces para esta enfermedad. Nuestro estudio pone de manifiesto que la presencia del alelo A y del genotipo AA del polimorfismo +118A/G del OPRM1, constituiría un riesgo relativo para el desarrollo de alcoholismo, mientras que el alelo 118G sería un factor protector, siendo necesarios más estudios para confirmar estos hallazgos.

#### V-6 SÍNDROME DE DESGASTE PROFESIONAL EN ASISTENCIA CONTINUADA

**G. Villacian Vicedo<sup>1</sup> e I. Villamil Cajoto<sup>2</sup>**

*1*Estadística. Universidad Complutense. Madrid. *2*Medicina Interna. Hospital Clínico. Santiago de Compostela, A Coruña.

**Objetivos.** Desde su descripción, el síndrome de fatiga o agotamiento por desgaste laboral, se consideró como específico de los profesionales que mantienen un contacto constante y directo con los beneficiarios de su trabajo, cuando entre ambos media una relación de ayuda o servicio. Por tanto, las profesiones sanitarias son especialmente sensibles a esta patología incluida por la OMS en el capítulo XXI del CIE-10 como un factor de riesgo para la salud. Tiene tres componentes esenciales en la situación de sobrecarga que implica: el agotamiento emocional, la despersonalización y la falta de realización profesional. En los últimos años las condiciones laborales de los sanitarios han sufrido un empeoramiento notable creándose los contratos de atención continuada (guardias) para casi todas las especialidades. Presentamos los datos sobre satisfacción laboral de estos profesionales en el Área de Medicina Interna en un hospital de tercer nivel.

**Material y métodos.** Se realizó el estudio descriptivo y transversal siendo objeto de estudio los facultativos que vienen prestando servicio en asistencia continuada del Área Médica con contrato exclusivo en esta modalidad. Se autoadministró de forma anónima el cuestionario Maslach Burnout Inventory. Se analizaron así mismo las características epidemiológicas, laborales de los objetos de estudio así como la duración de la modalidad laboral.

**Resultados.** Se incluyeron 5 casos, 3 mujeres y 2 varones de edades comprendidas entre los 32 y los 42 años. La media de años trabajando en asistencia continuada fue de 3,6 (rango 3 - 6 años). En el 40% de los entrevistados presentaban un grado elevado de burnout en la dimensión agotamiento emocional, el 60% en la dimensión despersonalización y el 80% en la realización personal. Se detectaron niveles más elevados en todas las categorías que en estudios similares en personal sanitario.

**Discusión.** En 1974 se introduce el término de burnout. El interés en éste ha crecido en la medida en que ha aumentado la importancia de los servicios sociales y los dedicados al cuidado de seres humanos, los más afectados por esta patología. Los cambios en el mercado laboral son el principal desencadenante en el cambio radical en las condiciones laborales que también implica un aumento de este síndrome. La "flexibilización" (gran metáfora de precariedad) en el empleo y la intensificación en el trabajo han sido los principales mediadores en la transformación en la organización del trabajo. Las consecuencias son evidentes, en 2000 el estrés era el segundo trastorno de salud más frecuente entre los trabajadores de la Unión Europea, el 19% de la población ocupada hacia turnos por la noche, el 47% trabajaba los sábados y el 24% los domingos. Además todo indica que se van a intentar nuevas fórmulas de relación laboral ("proceso conjunto de extinción laboral", el nuevo despido; "contrato indefinido de duración limitada", sacralizando el dumping laboral y el remate final, la denominada "directiva Bolkestein" de libre prestación de servicios en la UE. En Sanidad ya se ha sufrido estos experimentos. Contrariamente a la opinión generalizada entre los sanitarios que consideran a este medio laboral como privilegiado y cómodo, se ofrecen: contratos por horas, por día, por "semana" (pero de lunes a viernes), por obra, por meses, exponentes del inge-

nio de los contratadores (siendo además la mayoría de ellos médicos). Si hemos de considerar la repercusión que los resultados del estudio presentado traducen, deberíamos estar atentos a las circunstancias que se avecinan.

**Conclusiones.** El desgaste profesional en el ejercicio de la medicina es un hecho. Algunas iniciativas (programa PAIME, etc) contemplan este fenómeno prestando atención a sus implicaciones. La asistencia continuada es un hecho también por mucho que los contratadores nieguen su existencia como modalidad contractual exclusiva en muchos casos. Por ello el desgaste producido es invisible para las autoridades, pero notable entre los profesionales como parece indicar nuestros resultados.

#### V-7 REACCIONES ADVERSAS MEDICAMENTOSAS EN UNA UNIDAD DE SOPORTE DE URGENCIAS HOSPITALARIAS

**P. Marchena Iglesias, N. Rico Villoria, M. Villegas Urbano y L. López Orenes**

*Urgencias-Medicina Interna: Unidad Soporte Urgencias. Hospital General L'Hospitalet. L'Hospitalet de Llobregat, Barcelona.*

**Objetivos.** Describir la incidencia, el tipo y los fármacos implicados en las reacciones adversas medicamentosas (RAM) de los pacientes ingresados en la Unidad de Soporte de Urgencias (USU).

**Material y métodos.** Se realizó un estudio prospectivo observacional durante los cuatro meses de apertura de la unidad (diciembre 2005 a marzo 2006). Registramos todas las RAM que fueron motivo de ingreso y las que presentaron los pacientes ingresados por otros motivos. La USU es una unidad de corta estancia creada como drenaje para Urgencias durante el período invernal que consta de 20 camas y está atendida por tres internistas y un intensivista. Atiende principalmente patología médica crónica agudizada (EPOC, insuficiencia cardíaca, asma agudizado...) y cuadros infecciosos sin factores de riesgo (neumonías, pielonefritis, gastroenteritis...) con resolución o estabilización clínica en menos de 4 días.

**Resultados.** Se detectaron 47 RAM (8,23% del total de altas) con una media de edad de 77 años y una estancia de 2,5 días. El número de fármacos consumidos al ingreso era de 5,8. En el 61% el motivo del ingreso era la propia RAM. Los medicamentos más implicados fueron los antiarrítmicos (23,4%) - la digital representó el 19,1% del total de fármacos - los diuréticos (19%), antidiabéticos (12,8%), antibióticos (10,6%) y anticoagulantes (8,5%). Las RAM más frecuentes fueron: intoxicación digital (clínica y analíticamente confirmado con niveles plasmáticos) (17%), diarreas (14,9%), hipoglucemia (12,8%) e hiponatremia (10,6%). La hemorragia digestiva alta por AINEs representó sólo el 4,3%. En el 81% de los casos la RAM hubiera sido evitada si se hubiera realizado un seguimiento más estrecho del fármaco (25,5%), se hubieran medido los niveles plasmáticos en sangre (23,4%) o se hubiese realizado la profilaxis adecuada (12,8%). En el 6,4% de los casos el fármaco estaba contraindicado, no tenía la indicación correcta y no se había administrado a la dosis adecuada, respectivamente. Hubo un 4,3% de automedicación y sólo un 2% de las RAM fueron detectadas en Atención Primaria.

**Conclusiones.** La digital y su intoxicación clínica corroborada por niveles plasmáticos ha sido la RAM más frecuente. A diferencia de otros estudios existe una baja detección de hemorragia digestiva alta por AINEs por que en nuestro centro es una patología atendida por el Servicio de Cirugía. Llama la atención la baja detección de RAM desde Atención Primaria, la escasa automedicación y que la gran mayoría de RAM son evitables.

#### V-8 PUNCIÓN LUMBAR EN URGENCIAS VS OTROS SERVICIOS

**P. Berenguel Martínez<sup>1</sup>, F. Parrilla Ruiz<sup>1</sup>, J. Fernández Ayala<sup>1</sup>, A. Ríos Luna<sup>2</sup>, C. Porrino<sup>3</sup>, M. Cid Ruiz<sup>1</sup>, C. Rodríguez Cervantes<sup>1</sup> y F. Gallega Ortiz<sup>1</sup>**

*<sup>1</sup>Urgencias, <sup>2</sup>Traumatología, <sup>3</sup>Laboratorio. Hospital de Poniente. El Ejido, Almería.*

**Objetivos.** Determinar la frecuencia de punciones lumbares realizadas en el servicio de urgencias de nuestro hospital y en otros servi-

cios del mismo durante el año 2005, así como los resultados de las mismas.

**Material y métodos.** Diseño: estudio descriptivo transversal. Período de estudio: del 1/1/2005 al 31/12/2005. Ámbito de estudio-Sujetos: pacientes a los que se les realizó punción lumbar en los servicios de Urgencias, Pediatría, Medicina Interna, UCI y Anestesia de Hospital de Poniente durante el período de estudio. Mediciones: se recogieron informes de la base de datos de laboratorio de nuestro hospital. Método: se realizó análisis estadístico: SPSS V10.0.

**Resultados.** Durante 2005 se realizaron 73 punciones lumbares en los servicios mencionados, de las cuales 41 se practicaron a pacientes varones y 32 a mujeres. La distribución por edades fue la siguiente: <math>0-14</math> años 15,5%, 15-24 años 8,5%, 25-34 años 13%, 35-44 años 31%, > 45 años 32%. En cuanto a la distribución por servicios, del total de punciones lumbares realizadas, el 58% se hicieron en Urgencias, 18% en Pediatría, 13% en Medicina Interna, 8% en UCI y 3% en Anestesia. El 66% de las punciones realizadas en el servicio de Urgencias fueron punciones en blanco o no concluyentes, el 12% mostraron un patrón de células polimorfonucleares, hipoglucemia y proteinorraquia, 12% un patrón de células linfocíticas, normoglucemia y proteinorraquia y 10% un patrón de líquido xantocromático o hemático. Del resto de punciones lumbares realizadas en otros servicios el 100% fueron punciones en blanco o no concluyentes.

**Conclusiones.** La punción lumbar diagnóstica se está convirtiendo en una técnica casi exclusiva de urgencias, presentando una efectividad de sospecha clínica-diagnóstica superior a otros servicios hospitalarios

#### V-9 TUMORES MEDIASTÍNICOS: CUANDO NO SON LO QUE PARECEN

J. Grandes, J. Sousa, B. Carnero, M. Davila, I. Vara,  
A. Cobas y J. De la Fuente  
Medicina Interna. Chuvi. Vigo, Pontevedra.

**Objetivos.** El mediastino es la región que se encuentra entre las cavidades pleurales. Está dividida en 3 compartimentos: anterior, medio y posterior. Se trata de una zona anatómica donde asientan masas con relativa frecuencia, pero cada compartimento tiene una serie de lesiones características. Así, las lesiones más comunes del mediastino anterior son los timomas, linfomas, teratomas y masas tiroideas. Las lesiones más comunes del posterior son los tumores neurogénicos, meningoceles, neuromeningoceles, quistes gastroentéricos y divertículos esofágicos. Pero al tratarse de una región anatómica con presencia de células pluripotenciales, hasta en un 10% de los casos podemos encontrar otros tipos de tumores (1). Presentamos dos ejemplos de tumores mediastínicos que sorprenden por su localización.

**Material y métodos.** Paciente 1: varón de 82 años que tras ortodoncia unas semanas antes presenta dolor en zona pre y retroauricular que ha ido en aumento y que se irradia a zona supraclavicular dch. Posteriormente aparece disfonía, pérdida de peso, anorexia, náuseas, sialorrea, disfagia, odinofagia, disnea de esfuerzo y dolor en hemitorax dch que aumentan con los movimientos y la palpación. Tras realizarse estudios de imagen se aprecia masa endotorácica que se expande a mediastino posterior, de presumible origen tiroideo (lóbulo dch), que se acompaña de trombosis yugular dch y cava superior, así como varias adenopatías cervicales dchs, múltiples nódulos pulmonares y masa suprarrenal dch. Se realiza PAAF de la lesión que es informada de carcinoma indiferenciado de tiroides. Paciente 2: varón de 77 años que ingresa por infección respiratoria. En Rx de tórax se aprecia la presencia de masa mediastínica anterior. Se realizan pruebas de imagen (RMN y TAC), que son informadas de la presencia de masa mediastínica sin plano de cribaje con el pericardio, con centro necrótico que invade la aorta ascendente, comprime la vena cava superior y contacta con aurícula izd. Cuatro años antes el paciente había sido diagnosticado de un timoma de 4 cm, pero nunca volvió a revisión. La PAAF sugiere timoma, aunque no lo aseguran, por lo que se realiza mediastinoscopia. La biopsia es informada de carcinoma neuroendocrino.

**Discusión.** Cada compartimento mediastínico tiene una serie de tumores característicos, aunque en ocasiones los tumores que encontramos no corresponden a los esperados y es que hasta un 10% pueden ser tumores no comunes, como consecuencia de la presencia de

células pluripotenciales (1). En el primer caso, el paciente presenta una masa endotorácica muy evidente en mediastino posterior, apreciándose origen en tiroides, que fue confirmado por PAAF, tratándose en este caso de un tumor típico de mediastino anterior con presencia sobre todo en el posterior por invasión. El paciente falleció pocos días después de su diagnóstico. En el segundo caso el paciente presentaba cuatro años antes un timoma de 4 cm; el paciente nunca volvió a revisión. La masa que presenta es grande y compromete gran cantidad de estructuras en mediastino anterior, siendo interpretado en los primeros momentos como timoma. Sin embargo, la biopsia realizada por mediastinoscopia nos sorprendió con el diagnóstico de carcinoma neuroendocrino. Dentro de los tumores de origen tímico se encuentran los neuroendocrinos, y dentro de ellos los indiferenciados de células pequeñas, que es donde estaría clasificado nuestro tumor. Este tipo de tumores son raros no llegando al 2% de los tumores tímicos (2). El paciente fue rechazado para cirugía, y está recibiendo quimioterapia en Oncología, sin grandes resultados. Es por tanto muy importante el tener una confirmación anatómopatológica del tumor para realizar tratamiento adecuado, y no dar por hecho la "identidad" del tumor por pruebas de imagen, sobre todo en aquellos paciente inoperables. **BIBLIOGRAFÍA:** 1.- Uncommon primary mediastinal tumours. Machiarini P; Ostertap H. *Lancet Oncol* 2004 Feb; 5 (2): 107-18 2).- Primary neuroendocrine carcinomas of the thymus. Klemm KM; Moran CA. *Semin Diagn Pathol* 1999 Feb; 16 (1): 32-41

#### V-10 LOS DIFERENTES TIPOS DE ESTATINAS UTILIZADAS AL ALTA DE UN PACIENTE

C. Recarte García-Andrade<sup>1</sup>, B. Ortega Ortiz de Apodaca<sup>2</sup>,  
E. Calvo Lasso de la Vega<sup>1</sup>, P. Ryan Murúa<sup>1</sup>, E. Recarte Ortega<sup>3</sup>, E. Donis Sevillano<sup>1</sup> y L. Martín González<sup>1</sup>  
<sup>1</sup>M. Interna II. Hospital General Universitario Gregorio Marañón. Madrid. <sup>2</sup>Centro de Transfusiones. Comunidad de Madrid. Madrid. <sup>3</sup>MIR. Clínico de San Carlos. Madrid.

**Objetivos.** Determinar si las diferentes estatinas empleadas al alta de un paciente, están relacionadas con la patología subyacente, el buen o mal control lipémico del mismo y saber si son utilizadas con nombre comercial o genérico. Determinar su presencia previa en la Farmacia del Hospital o si utilizamos aquellas que nos indican otros Laboratorios que no las tienen introducidas.

**Material y métodos.** Recogimos los datos de 129 pacientes pacientes dados de alta consecutivamente a lo largo de un mes. Tomamos la información referente a su edad, sexo, tiempo de estancia, éxitos, traslados a otros servicios (con o sin estatinas), presencia de Diabetes, Dislipemia, Hipertensión, y Cardiopatía isquémica. También miramos el posible cambio de tratamiento, buen control lipídico y medicamento utilizado haciendo hincapié en el nombre comercial de las estatinas y su presencia previa o no en la farmacia del Hospital.

**Resultados.** De los 129 pacientes, 11 fallecieron, 10 fueron trasladados a otros Servicios sin poder recoger los datos en 3 de ellos por no llevar informe. De los 115 restantes pudimos obtener el tratamiento en todos ellos, objetivando que 17 fueron dados de alta con estatinas en el tratamiento. La edad media fue de 77,7 años, 13 fueron varones (76%), nueve (53% eran diabéticos), 16 estaban diagnosticados de dislipemia y el único caso que no la tenía, padecía un síndrome coronario agudo. 15 (88%) eran hipertensos, 9 padecían una cardiopatía isquémica y cuatro tenían una enfermedad vascular importante asociada como accidente cerebro vascular agudo o angor mesentérico. Ocho pacientes lo que implica cerca del 50% tuvieron un cambio en las estatinas que estaban siendo utilizadas, pero sólo en 2 de ellos existía un mal control lipídico y se les subió la dosis. En el resto no existía un criterio médico que justificara el citado cambio. A tres pacientes con dislipemia diagnosticada se les quitó la medicación sin indicar la causa. Todos los cambios fueron a estatinas previamente introducidas en el hospital. Sólo 5 (29%) fueron dados de alta con estatinas no introducidas en el hospital, siendo uno de ellos (el único) enviado a domicilio con genérico.

**Discusión.** Cada vez es mayor el número de pacientes que utilizan estatinas, tanto por el aumento de indicaciones médicas como por la edad avanzada de los pacientes, su patología y el mayor número de ingresos derivados de la tendencia a la disminución de la estancia

media. La utilización de las estatinas viene condicionada por las previamente existentes en el centro médico ya que los criterios de utilización no obedecen a los parámetros displicémicos ni diferentes acciones de las mismas. De hecho se suspenden y cambian sin justificar la causa. Tampoco parece interferir el coste de las mismas.

**Conclusiones.** Para los Laboratorios es fundamental conseguir tener introducida en la Farmacia Hospitalaria una estatina ya que el 70% de los pacientes que las utilizan son dados de alta con una previamente utilizada durante el ingreso. Los cambios entre estatinas son aleatorios y no dependen de los patrones lipídicos u otros factores como los efectos secundarios o el precio de las mismas. Quizá aquí la labor de los representantes sea fundamental. Los genéricos prácticamente no se utilizan.

#### V-11

### MALNUTRICIÓN HOSPITALARIA. ESTUDIO MULTICÉNTRICO EN CASTILLA Y LEÓN

**A. López-Guzmán<sup>1</sup>, D. de Luis Román<sup>2</sup>, M. Fernández Fernández<sup>1</sup>, V. García-Hierro<sup>1</sup>, P. Iglesias Lozano<sup>1</sup>, O. Izaola<sup>2</sup>, A. Maldonado<sup>1</sup> y C. Muñoz Muñiz<sup>1</sup>**

<sup>1</sup>Grupo Nutrición de Sdad Castellano-Leonesa de Endocrinología. Complejo Hospitalario. Ávila. <sup>2</sup>Instituto de Endocrinología y Nutrición. Facultad de Medicina. Valladolid.

**Objetivos.** La malnutrición es un problema frecuente en los pacientes ingresados en centros hospitalarios. El objetivo del presente trabajo fue conocer, en un estudio multicéntrico, la prevalencia de malnutrición y su relación con diferentes indicadores nutricionales así como con la duración del ingreso hospitalario y la mortalidad.

**Material y métodos.** Se estudiaron 213 pacientes (101 mujeres y 112 varones, edad media  $\pm$  SD: 73,5  $\pm$  15,0 años) ingresados en los Servicios de Medicina Interna de 10 hospitales de la comunidad de Castilla y León. La selección de pacientes se realizó mediante un corte transversal y con un carácter aleatorio en función del número de historia clínica. La valoración del estado nutricional se realizó mediante determinaciones antropométricas y bioquímicas así como con el cuestionario MNA (Mini nutritional assessment test).

**Resultados.** En función de los resultados del MNA un 23,9% de los pacientes presentaba malnutrición (score < 17), un 50,2% riesgo de malnutrición (score: 17-23,5) y un 20,2% tenía un adecuado estado nutricional (score > 24). La determinación del pliegue tricipital, circunferencia muscular y área muscular del brazo mostraron que un 69,0, 69,5 y 62,2% respectivamente de los pacientes presentaban valores inferiores al percentil 25. El resultado del índice de masa corporal (BMI) mostró que un 5,1% de los pacientes tenían un peso insuficiente (< 18,5 kg/m<sup>2</sup>), un 44,9% tenían normopeso (18,6-25 kg/m<sup>2</sup>) y un 50% presentaban sobrepeso u obesidad (> 25 kg/m<sup>2</sup>). El nivel de albúmina fue inferior a 3,0 g/dl en el 39,6% de los pacientes, entre 3,1 y 3,5 g/dl en el 29,4% y superior a 3,5 g/dl en el 31,0% restante. El análisis de correlación mostró una asociación positiva entre el score MNA y la duración de ingreso (r: 0,23; p < 0,05). En el análisis multivariante entre la variable dependiente duración de ingreso y las variables independientes (albúmina, peso, pérdida de peso y score de MNA) sólo la pérdida de peso y el score de MNA resultaron ser valores predictores independientes (F: 4,6; p < 0,05) con un incremento de 2,6 días de estancia hospitalaria (CI 95%: 0,7-4,5) con cada pérdida de un kilogramo de peso y una disminución del ingreso de 3,2 días (CI 95%: -5,6-0,6) con cada incremento de 1 punto en el score de MNA. En el análisis de supervivencia, el score de MNA se mostró como un factor independiente de mortalidad (hazard ratio: 0,79; CI 95%: 0,66-0,94).

**Conclusiones.** Los resultados demuestran que la prevalencia de malnutrición en los pacientes ingresados en Servicios de Medicina Interna es alta. Los pacientes con una puntuación baja en el cuestionario MNA y con pérdida de peso en los últimos meses tienen una mayor duración del ingreso. La mortalidad disminuye con cada punto que aumente el resultado del MNA. En definitiva, creemos necesario la implantación de Unidades de Nutrición en los centros hospitalarios para detectar malnutrición no sólo en los casos avanzados sino también en aquellas situaciones con escasas manifestaciones, lo cual permitirá una adecuada orientación terapéutica encaminada a la corrección de los problemas nutricionales.

#### V-12

### PRÁCTICA CLÍNICA HABITUAL EN LA EPOC Y RECOMENDACIONES GOLD EN MEDICINA INTERNA. ESTUDIO REGIONAL DE EXTREMADURA

**J. Barquero Romero<sup>1</sup>, J. Ramos Salado<sup>1</sup>, J. Zurdo García<sup>2</sup>, J. Saponi Coriá<sup>3</sup>, J. Ramiro y Lozano<sup>5</sup>, J. Herráez García<sup>4</sup>, J. Alonso Peña<sup>7</sup> y F. Najarro Diez<sup>3</sup>**

<sup>1</sup>Medicina Interna. Complejo Hospitalario Universitario de Badajoz. <sup>2</sup>Medicina Interna. Mérida. Merida, Badajoz. <sup>3</sup>Medicina Interna. Llerena. Llerena, Badajoz. <sup>4</sup>Medicina Interna. San Pedro de Alcántara. Cáceres. <sup>5</sup>Medicina Interna. Coria. Coria, Cáceres. <sup>6</sup>Medicina Interna. Campo Arañuelo. Navalmoral de la Mata, Cáceres. <sup>7</sup>Medicina Interna. Virgen del Puerto. Plasencia, Cáceres.

**Objetivos.** Conocer, en condiciones de práctica clínica habitual, las pautas de tratamiento broncodilatador y glucocorticoideo prescritas a los pacientes con EPOC que son dados de alta en los Servicios de Medicina Interna en los hospitales del Servicio Extremeño de Salud (SES).

**Material y métodos.** Estudio observacional retrospectivo. Enero a diciembre de 2004. Muestra aleatoria de los pacientes con EPOC dados de alta desde el Servicio de Medicina Interna de los hospitales del SES. Variables estudiadas: edad, sexo, estancias, espirometría, nivel de disnea, historia de consumo de tabaco y tratamiento al alta incluyendo la prescripción de oxigenoterapia domiciliaria. Test de Chi-2 y test de t de Student según tipos de variables. Programa estadístico G-stat<sup>®</sup>.

**Resultados.** Se recogieron 120 registros y se han analizado 118, que supone representa una muestra aleatoria del 20% de las altas por EPOC. Varones 105 (89%) Edad media: 72,4  $\pm$  10,4 años sin diferencia por sexos. Estancia media 9,3  $\pm$  7 días. De la información contenida en el informe de alta, el antecedente de tabaquismo aparecía en el 45,7% (fumador activo 40,7%, exfumador 55,5% y nunca fumador 3,7%); el nivel de disnea basal en el 48% de los casos (grado III o IV en el 60%) y los datos de la espirometría sólo en el 16% (el 90% con obstrucción moderada-grave) Los broncodilatadores (BD) fueron los fármacos más frecuentemente empleados (93,2%) (Beta2agonistas 86%, Anticolinérgicos 72,8% y Teofilina 14,3% del total). Los Beta2 acción larga fueron más prescritos que los de acción corta (72% y 32%, respectivamente). A un 79% de los pacientes se les prescribió glucocorticoides (inhalados 58,5% y orales 56%). Respecto a la escalera terapéutica de la iniciativa GOLD encontramos que en monoterapia se encontraban el 12%, con doble terapia 20% y con triple terapia el 57,6%. El uso de mucolíticos y analépticos respiratorios fue menor del 8%. Un 35,6% fueron dados de alta con oxigenoterapia domiciliaria

**Conclusiones.** Los pacientes con EPOC que son dados de alta en nuestros hospitales tras una agudización son mayores y con enfermedad avanzada. Los internistas de Extremadura siguen las recomendaciones internacionales para el tratamiento de la EPOC aunque es necesario un esfuerzo adicional para mejorar la información contenida en los informes de alta, especialmente los espirométricos.

#### V-13

### CRIOGLOBULINEMIAS: AMPLIO ESPECTRO DE MANIFESTACIONES CLÍNICAS

**R. Hurtado García<sup>1</sup>, A. Mora<sup>1</sup>, M. Molina<sup>2</sup>, J. López Escudero<sup>1</sup>, R. López<sup>1</sup>, C. Soler<sup>1</sup>, M. Piedecausa<sup>1</sup> y A. Martín-Hidalgo<sup>1</sup>**

<sup>1</sup>Medicina Interna. Hospital General Universitario de Elche, Alicante. <sup>2</sup>Oncología Médica. Hospital General Universitario. Elche, Alicante.

**Objetivos.** Describir las observaciones clínicas de tres pacientes con Crioglobulinemia tipo I, y tipo II no asociada a Virus de Hepatitis C e incidir en las diferencias clínicas, analíticas y evolutivas.

**Material y métodos.** Estudio retrospectivo de historias clínicas 3 pacientes diagnosticados de crioglobulinemia mono o policlonal no asociada a virus de la Hepatitis C, seguidas por el Servicio de Medicina Interna del Hospital Universitario de Elche

**Resultados.** Caso 1: Mujer de 64 años que fue diagnosticada de crioglobulinemia monoclonal tipo I esencial (IgG monoclonal) hace seis años. En diciembre de 2005, comenzó con úlceras cutáneas necro-

tizantes de evolución tórpida en ambos miembros inferiores (foto A). La biopsia cutánea demostró una vasculitis cutánea. Precisó tratamiento con plasmáferesis, ciclofosfamida y corticoides y se consiguió la curación de las úlceras Caso 2: mujer de 74 años consultó por astenia, anorexia y dolor en zonas acras de los miembros inferiores. Analítica: Hemoglobina 10.4, VCM 88.8, leucocitos 24400, linfocitos 12200, VSG 99. IgM 1414, Ig G 398. Descenso de C3 y C4. Electroforesis en suero: Cadena Monoclonal Ig M Kappa (20.3 g/l). Crioglobulinas positivas tipo I (foto B). Ig M kappa. Electroforesis en orina: cadenas ligeras monoclonales kappa de 44,3% (58 mg/l) Punción de Médula ósea: Compatible con Enfermedad de Waldenström. Se inició tratamiento con prednisona y clorambucil, evolución favorable. Última revisión: crioglobulinas positivas; Ig M: 994 mg/dl. Caso 3: mujer de 34 años, portadora, de derivación ventriculoatrial por hidrocefalia desde hacia 10 años, fue remitida a la Consulta de Medicina Interna por anemia. Analítica: Hb 11,3, VCM: 80 fL, VSG: 83, PCR: 31,9, Proteína totales: 9,83 g/dL, factor reumatoide: 156 U/L, C4: < 2. Proteinograma: aumento policlonal de IgG. Crioglobulinas positivas tipo 2 Ig G policlonal-IgM monoclonal IgM. Orina: 20-30 he por campo; proteinuria: 861 mg/dL, aclaramiento de creatinina: 65,39 mL/min. Serología de VHC negativa. En los hemocultivos (6/6) se aislaron *S. epidermidis*. La evolución fue favorable con tratamiento antibiótico y recambio de la válvula. **Discusión.** Estos casos ilustran el amplio espectro de manifestaciones clínicas de la crioglobulinemia monoclonal y policlonal no asociada a Virus de hepatitis C.

#### V-14

### FACTORES PRONÓSTICOS EN EL CARCINOMA HEPATOCELULAR: COMPARACIÓN DE CUATRO SISTEMAS DE ESTADIFICACIÓN (OKUDA, CLIP, BCLC Y JIS) SOBRE UNA COHORTE RETROSPECTIVA DE 99 PACIENTES

M. Fernández Ruiz<sup>1</sup>, J. Guerra Vales<sup>1</sup>, F. Castelbón Fernández<sup>1</sup>, J. Llenas García<sup>1</sup>, J. de la Cruz Bertolo<sup>2</sup>, P. Ferrando Vivas<sup>1</sup> y F. Colina Ruizdelgado<sup>3</sup>

<sup>1</sup>Servicio de Medicina Interna, <sup>2</sup>Unidad de Investigación-Epidemiología Clínica, <sup>3</sup>Registro Hospitalario de Tumores. Hospital Universitario 12 de Octubre. Madrid.

**Objetivos.** El carcinoma hepatocelular (CHC) es una neoplasia frecuente que limita notablemente la supervivencia de los pacientes afectos de cirrosis hepática, en los que resulta necesario individualizar el tratamiento con arreglo a la extensión tumoral y al grado de insuficiencia hepatocelular en el momento del diagnóstico. Con este fin han sido desarrollados numerosos sistemas de estadificación para el CHC. Nos proponemos comparar la capacidad de predicción pronóstica de cuatro de ellos: Okuda, *Cancer of the Liver Italian Program* (CLIP), *Barcelona Clinic Liver Cancer* (BCLC) y *Japan Integrated System* (JIS).

**Material y métodos.** Estudio observacional longitudinal con recogida de datos retrospectiva de los casos de CHC diagnosticados, tratados y sometidos a seguimiento en el Hospital Universitario 12 de octubre de Madrid durante el período 1999-2000, partiendo del Registro de Tumores del Centro. Analizamos variables epidemiológicas, clínicas y pronósticas de acuerdo con los cuatro sistemas de estadificación seleccionados. La distribución de supervivencia fue estimada empleando el método Kaplan-Meier, comparando las diferencias entre subgrupos mediante el test de "log-rank" (Mantel-Cox). A fin de establecer su capacidad discriminante, se calculó para cada sistema el área bajo la curva ROC (receiver-operating characteristic), a partir de la estimación de la supervivencia a los 12 meses del diagnóstico. Fijamos  $p < 0,05$  como nivel de significación estadística.

**Resultados.** Incluimos 99 pacientes (69 varones) con una edad media de 69,2 años al diagnóstico. El 83,8% presentaba evidencia clínica o histológica de cirrosis (Child-Pugh A: 47,5%, B: 35,4%, C: 17,2%). Las etiologías más frecuentes fueron: infección por VHC (58,6%), enolismo (22,2%) e infección por VHB (12,1%). La supervivencia mediana de la cohorte fue de 5,64 meses. El diagnóstico de CHC se realizó en fase sintomática (45,5%), mediante cribado (37,4%) o de forma casual (17,2%), y se basó preferentemente en criterios histológicos (50,5%); el 36,4% presentaba más de un nódulo tumoral, y el 25,3% alguna evidencia de invasión portal al diagnóstico. Los niveles de alfa-fetoproteína (AFP) fueron > 400 ng/mL en el 27,3% de los pacientes. Sólo el 34,3% recibió un tratamiento

potencialmente curativo (TOH, resección o etanolización percutánea). En el análisis univariante la presencia de invasión portal ( $p < 0,0001$ ), un grado avanzado de insuficiencia hepatocelular (Child B-C) ( $p = 0,014$ ), el diagnóstico en fase sintomática ( $p = 0,009$ ), niveles de AFP > 400 ( $p = 0,011$ ) y el carácter multicéntrico del CHC ( $p = 0,01$ ) se asociaron a un peor pronóstico. El área bajo la curva ROC para el sistema BCLC fue de 0,907, superior al CLIP (0,905), JIS (0,879) y Okuda (0,842); se observaron diferencias estadísticamente significativas ( $p = 0,0028$ ).

**Discusión.** En nuestra cohorte, el diagnóstico precoz de CHC mediante programas específicos de cribado en población de riesgo (determinación periódica de AFP y ecografía abdominal) se traduce de forma positiva en la supervivencia de la enfermedad. Otras variables analizadas, como el grado de insuficiencia hepatocelular, el número de nódulos tumorales, los niveles de AFP o la presencia de invasión portal, ensombrecen el pronóstico de la entidad, tal y como ha sido descrito en la literatura. Los sistemas BCLC y CLIP parecen mejorar la capacidad de discriminación pronóstica, particularmente en estadios precoces de CHC, respecto al JIS o el Okuda.

**Conclusiones.** En el escenario de una aplicación generalizada de programas de cribado y diagnóstico precoz del CHC entre pacientes cirróticos, el sistema BCLC supone la mejor elección en cuanto a utilidad pronóstica y capacidad discriminante.

#### V-16

### PARÁLISIS PERIÓDICA HIPOPOTASÉMICA COMO FORMA DE PRESENTACIÓN DE HIPERTIROIDISMO

K. Assaban, G. Marabé, J. de Miguel, F. Román, M. García, T. Abad y S. Schroeder

Medicina Interna. Príncipe de Asturias. Alcalá de Henares, Madrid.

**Objetivos.** La Parálisis Periódica Hipopotasémica es una forma extremadamente rara de presentación de Hipertiroidismo y nuestro objetivo fundamental es realizar una revisión clínica, analítica y terapéutica de esta entidad a través de la presentación de dos casos clínicos

**Material y métodos.** Presentación de dos casos clínicos: 1) varón de 36 años, que acude por pérdida de fuerza en extremidades e hipopotasemia. Fumador activo y bebedor sin antecedentes de interés ni tratamiento médico en la actualidad. Presenta pérdida de fuerza en las cuatro extremidades de 12 horas de evolución sin sintomatología asociada. La exploración física sin hallazgos. En la analítica destaca K+1.8, CK total de 438 y CK MB de 4 con GGT 63 y en orina Na+269, K+62 y Cr138. En EKG aplanamiento difuso de onda T. En el estudio de función tiroidea presenta TSH < 0.01, T4 libre 3.12, anticuerpos antitiroglobulina y microsomales positivos, con Gammagrafía tiroidea compatible con Enfermedad de Graves Basedow. Tras el correcto tratamiento del hipertiroidismo y suplementos de potasio el paciente presenta mejoría clínica. 2) varón de 18 años, que acude por pérdida de fuerza generalizada más marcada en EEII que no cedía con potasio. Antecedentes de hipopotasemia y enfermedad de Graves Basedow con TSH < 0.01, T4 3.74. En tratamiento con suplementos de potasio, propiltiouracilo, hormonas tiroideas y betabloqueo. En la exploración física presenta adenopatía en región cervical izquierda sin otros hallazgos. En la analítica destaca k+2,4CK 125 y en orina de Potasio 9.9 y Sodio de 131. Ingresa en planta donde presenta estudio analítico con Potasio de 5.8, CK de 79, TSH < 0.01, T4 libre de 2.76. Ecografía de cuello, tiroides sin alteraciones. PAAF de adenopatía compatible con linfadenectomía reactiva. Tras correcto tratamiento de hipertiroidismo y con suplementos de potasio cedió la clínica.

**Resultados.** Los dos casos clínicos son un ejemplo del debut, poco frecuente, de hipertiroidismo en forma de parálisis periódica hipopotasémica con resolución clínica tras tratamiento.

**Discusión.** La Parálisis Periódica Hipopotasémica se caracteriza por episodios de debilidad muscular generalizada severa con parálisis proximal, que puede llegar a incapacitar para la bipedestación y la deambulacion, que suelen acompañarse de signos y síntomas de hipertiroidismo, tales como, diarrea, taquicardia y pérdida de peso, cuya remisión suele ser espontánea en menos de 24-48 horas y pueden estar desencadenados por elevada ingesta de hidratos de carbono y sodio. Aparecen coincidiendo con hipopotasemia (< 2,5 mmol/litro) siendo una forma de presentación muy infrecuente de

Hipertiroidismo. Ha sido descrita más comúnmente en, Asiáticos, Orientales e Hispanos siendo más infrecuente en raza blanca y Africanos. Los pacientes no presentan antecedentes de infecciones ni historia familiar de parálisis periódica. Por tanto, tras estudio de función tiroidea (hormonas tiroideas, anticuerpos tiroideos, ecografía tiroidea y Gammagrafía tiroidea) son diagnosticados de enfermedad de Graves Basedow con tirotoxicosis. La administración de potasio durante las crisis es fundamental para la mejoría del paciente. Han sido empleados fármacos como la Espironolactona, Triamterene y Acetazolamida como tratamiento preventivo de recurrencias obteniéndose diferentes grados de respuesta terapéutica. Tras tratamiento con estabilizadores de la función tiroidea, betabloqueantes y aportes de suplementos de potasio presentan remisión de los síntomas y estabilidad clínica.

**Conclusiones.** 1) En la enfermedad de Graves la patología muscular y la hipopotasemia puede ser una forma de presentación llamativa y destacada aunque poco frecuente de la enfermedad, 2) Aunque está descrita en Asia, puede observarse en nuestro medio en varones jóvenes asociada a la ingesta de hidratos de carbono y bebidas azucaradas al igual que ocurre en otras parálisis hipopotasémicas; 3) Mejora espectacularmente con aportes de potasio y con el tratamiento del hipertiroidismo, y su correcto cumplimiento; 4) Puede ser más frecuente de lo descrito en nuestro medio.

#### V-17

#### VALORACIÓN DEL ESTADO NUTRICIONAL EN PACIENTES CON EPOC MODERADA-GRAVE (SEPAR)

**P. Rey Martínez, C. López Carrión, M. Domínguez Antelo, A. Lahoz Tornos, V. del Villar Sordo**  
Medicina Interna. Hospital Santa Bárbara, Soria.

**Objetivos.** El estado nutricional en los enfermos con neumopatía crónica es de interés relevante, pues la pérdida de peso con depleción de masa libre de grasa y la disminución del índice de masa corporal se asocia con mayor número de reingresos y de reagudizaciones y mayor mortalidad (Duarte Díaz MM et al 2003). **Objetivos:** Valorar el estado nutricional en los pacientes con EPOC. Cuantificar y comparar las variaciones nutricionales según el sexo, la procedencia, la toma continuada de glucocorticoides, el empleo de Bipap o Cpap y la existencia de enfermedades asociadas a la EPOC. Relacionar el estado nutricional en los pacientes EPOC con el número de ingresos en el año 2005.

**Material y métodos.** Estudio observacional, correspondiente al 1er semestre de 2006 en el área de salud de la provincia de Soria. **Criterios de inclusión:** Pacientes con EPOC e insuficiencia respiratoria crónica y FEV1 < 60%, que aceptan participar. Se midieron: edad, sexo, procedencia, nivel cultural, corticoides (inhulado u oral), ODC, Bipap o Cpap, SaO<sub>2</sub>, PaO<sub>2</sub> y PaCO<sub>2</sub>, leucocitos, Hb, Ht<sup>2</sup>, Fe, colesterol total, proteínas totales y albúmina, IMC (clasificando a los pacientes con bajo peso, normopeso, sobrepeso, obesos y obesidad mórbida) y otras medidas antropométricas, FEV1, enf. asociadas e ingresos (2005). **Análisis:** determinar la distribución y frecuencia. Variables cuantitativas: medidas de centralización y dispersión. Prueba de la Chi al cuadrado. Se estimó utilizar OR e IC 95% para valorar la fuerza y precisión de asociación, si las tablas eran significativas.

**Resultados.** El estudio, preliminar, analiza 40 pacientes. La  $x \pm DE$ : edad 74  $\pm$  10,69, albúmina: 5,1, IMC: 26,99, peso actual: 72,28  $\pm$  11,60, peso ideal: 65,99  $\pm$  8,82, altura: 1,64, circunferencia abdominal: 72 cm, colesterol: 198,25, SaO<sub>2</sub>: 83%, Hb: 14,4, Ht<sup>2</sup>: 44,6 y Fe: 77,7. Predominio de varones; mayoritario el empleo de corticoides inhalados y un 10% con Bipap y un 7,5% con Cpap. Un 20% padecían afección incapacitante asociada. Según el IMC: normopeso: 47,5%. Sobre peso: 32%, y obesidad: 8%. El 22,5% ingreso en 1 ó 2 ocasiones y un 10% hasta 4 veces (2005). No existen diferencias estadísticamente significativas entre el IMC y otras medidas antropométricas. Hay predominio (no significativo) de varones con sobrepeso y de mujeres con obesidad. El empleo de corticoides inhalados es mayor en obesos. El empleo de Bipap o Cpap es más importante en pacientes obesos ( $p = 0,079$ ). No hay relación significativa entre enfermedades incapacitantes y la mayor prevalencia de las mismas en los que tienen sobrepeso. El nº ingresos al año es superior, pero no significativo, en pacientes con IMC > 30 y un estado nutricional catalogado como obesidad.

**Discusión.** En nuestro país se constata una baja prevalencia de desnutrición, siendo éste un dato concordante con los resultados obtenidos en nuestra área de salud. No encontramos relación estadísticamente significativa entre la utilización de Cpap o Bipap domiciliario y el grado de desnutrición de los enfermos. Además, los resultados de otros grupos explican como los pacientes que padecen EPOC y desnutrición al mismo tiempo presentan mayor número de ingresos al año, aspecto que no podemos afirmar según los datos obtenidos, aunque debemos tener en cuenta nuestras limitaciones por el tamaño muestral reducido empleado (estudio preliminar), lo que hace necesario estudios más amplios.

**Conclusiones.** Los pacientes estudiados, en relación a su estado nutricional, lo presentan normal el 47,5%, frente al 32% de sobrepeso y el 8% de obesidad, no existiendo estados de desnutrición ni de obesidad mórbida. Es equivalente utilizar el IMC u otras medidas antropométricas, dado que no implica cambios en los resultados obtenidos. El sexo, la procedencia, la corticodependencia, así como el empleo de Bipap o Cpap o la presencia de enfermedades asociadas a la EPOC, no resultan ser factores determinantes del estado nutricional. El número de ingresos al año no es condicionante de una mejoría o de empeoramiento del estado nutricional de los pacientes con insuficiencia respiratoria secundaria a EPOC.

#### V-18

#### ANÁLISIS DE LOS PACIENTES QUE ACUDEN A UN SERVICIO DE URGENCIAS HOSPITALARIO-I

**M. Alonso Sardón<sup>1</sup>, A. Carpio Pérez<sup>2</sup>, M. Rodríguez Martín<sup>3</sup> y J. Mirón Canelo<sup>1</sup>**

<sup>1</sup>Medicina Preventiva. Universidad de Salamanca. <sup>2</sup>Medicina Interna III, <sup>3</sup>Ginecología y Obstetricia. Universitario. Salamanca.

**Objetivos.** El objetivo de nuestro trabajo es conocer el perfil de los usuarios de un servicio de urgencias hospitalario.

**Material y métodos.** Estudio descriptivo longitudinal retrospectivo (después del alta o ingreso) de una muestra representativa (1.068) de historias clínicas recogidas en el SU del Hospital Universitario de Salamanca, año 2003.

**Resultados.** De las 1.068 historias clínicas revisadas, 48,2%  $\pm$  3 (515) corresponden a hombres y 51,8%  $\pm$  3 (553) a mujeres. La edad media obtenida ha sido 48,21 años (D.T.: 22,56). El rango o intervalo se sitúa entre los 13 y los 99 años. Recordamos que excluimos del estudio los pacientes en edad pediátrica. Solo se han recogido tres casos de pacientes de 13 años porque fueron atendidos por los médicos de adultos. Si agrupamos las edades tenemos que el grupo más frecuentador del SU es el incluido en el rango de 19 a 25 años con un 15,4%  $\pm$  2 (165), seguidos por los de 36 a 45 años 14,3%  $\pm$  2 (153) y por los de 66 a 75 años que suponen un 14%  $\pm$  2 (150). Destacamos únicamente que los grandes ancianos, es decir las personas mayores de 85 años, han supuesto un 4,8%  $\pm$  1 (51). Tenemos que destacar la falta de información en las historias clínicas referentes a todos los datos sociodemográficos como la situación familiar, laboral, ocupación laboral, nivel de instrucción, nivel de estudios..., por lo que este objetivo de nuestro trabajo no ha podido ser completado. En el 90,9%  $\pm$  2 (971) de los casos desconocemos cómo ha sido la llegada al SU y aunque podríamos suponer que ha sido en automóvil propio, no podemos constatarlo. El 3,2%  $\pm$  1 (32) llegaron en ambulancia ordinaria. Los servicios de emergencia llevaron al 4,9%  $\pm$  1 (52) de los pacientes y un caso fue trasladado por la guardia civil. Mas de la mitad de los pacientes, 569  $\pm$  3 (53,3%) proceden de la propia ciudad donde se encuentra el hospital. Explicamos que 550 (51,5%  $\pm$  1) pertenecen a la propia ciudad de Salamanca, incluyendo a una persona de la que no tenemos datos que permitan incluirlo en una zona básica de salud concreta y el resto (19 pacientes) son pacientes que residen en la ciudad de Béjar y que han sido atendidos en el propio hospital de Béjar por lo que no existe desplazamiento para trasladarse al hospital. 105 pacientes (9,8%  $\pm$  2) provienen de poblaciones situadas a menos de 15 km de la ciudad, al igual que los que se encuentran entre 31 y 55 km. El 46,3%  $\pm$  3 de la provincia y sólo el 6,2%  $\pm$  1 de otras provincias. El 69,3%  $\pm$  3 de los pacientes que han acudido al SU tienen un PAC (Punto de Atención Continuada) en su misma localidad de residencia. Si estimamos que la mayoría de las poblaciones que circundan la ciudad se han convertido en zonas residenciales con urbanizaciones de nueva creación podemos suponer que se trata de población urbana, por lo



que hasta un  $64,2\% \pm 3$  de los usuarios del SU, si incluimos los que viven en un círculo de 15 km. alrededor de la ciudad, podrían considerarse población urbana.

**Conclusiones.** Destacar la falta de cumplimentación de las historias clínicas, fundamentalmente de datos sociodemográficos, que podrían ayudar a describir el perfil de los usuarios de un SU. Queda pendiente analizar estrictamente el acceso al SUH desde cada Zona Básica de Salud.

## V-19

### ANÁLISIS DE LOS PACIENTES QUE ACUDEN A UN SERVICIO DE URGENCIAS HOSPITALARIO-II

**M. Alonso Sardón<sup>1</sup>, A. Carpio Pérez<sup>2</sup>, M. Rodríguez Martín<sup>3</sup> y J. Mirón Canelo<sup>3</sup>**

<sup>1</sup>Medicina Preventiva. Universidad de Salamanca. <sup>2</sup>Medicina Interna III, <sup>3</sup>Ginecología y Obstetricia. Universitario. Salamanca.

**Objetivos.** El objetivo de nuestro trabajo es conocer el perfil de los usuarios de un servicio de urgencias hospitalario.

**Material y métodos.** Estudio descriptivo longitudinal retrospectivo (después del alta o ingreso) de una muestra representativa (1.068) de historias clínicas recogidas en el SU del Hospital Universitario de Salamanca, año 2003.

**Resultados.** De las 1.068 historias clínicas revisadas,  $48,2\% \pm 3$  (515) corresponden a hombres y  $51,8\% \pm 3$  (553) a mujeres. La edad media obtenida ha sido 48,21 años (D.T.: 22,56). El rango o intervalo se sitúa entre los 13 y los 99 años. Si estimamos que la mayoría de las poblaciones que circundan la ciudad se han convertido en zonas residenciales con urbanizaciones de nueva creación podemos suponer que se trata de población urbana, por lo que hasta un  $64,2\% \pm 3$  de los usuarios del SU, si incluimos los que viven en un círculo de 15 km. alrededor de la ciudad, podrían considerarse población urbana. Por lo tanto 550 (51,5%) pacientes pertenecen a zonas básicas de salud etiquetadas como urbanas, es decir las incluidas dentro de la ciudad de Salamanca, 445 ( $41,7\% \pm 3$ ) son atendidas en ZBS consideradas rurales (incluido Béjar) y los 73 restantes son personas desplazadas de otras provincias (65,  $6,1\% \pm 1$ ), de otro país (6,  $0,6\%$ ) o del centro penitenciario (2,  $0,1\%$ ). El  $72,2\% \pm 3$  (771) de los pacientes acuden al SU por "motu proprio", mientras que un  $20,6\% \pm 2$  es derivado por sus médicos, bien su médico de cabecera habitual ( $11,1\% \pm 2$  - 119 pacientes) o por el equipo de guardia del PAC de Atención primaria ( $9,5\% \pm 2$  - 101 pacientes). Los pacientes derivados por los equipos de emergencia suponen un  $4,1\% \pm 1$  (44 pacientes), y proceden de otros hospitales un  $1,9\% \pm 1$  (20 pacientes). El motivo principal del motu proprio es por rapidez y comodidad, en 438 pacientes ( $55,1\% \pm 3$ ). Los accidentes, de tráfico o laborales suponen un  $5,4\% \pm 1$  (43 pacientes). Por gravedad aparente acuden 127 pacientes ( $16\% \pm 2$ ) y 59 pacientes ( $7,4\% \pm 2$ ) son desplazados de otros lugares. En cuanto al motivo de consulta, el  $75,5\% \pm 3$  (806) se trata de un problema agudo y el  $11,25\% \pm 2$  (119) de la reagudización de un problema crónico. 106 ( $10,02\% \pm 2$ ) pacientes acuden para seguimiento y 63 ( $5,96\% \pm 1$ ) para conocer un diagnóstico. Los síntomas de consulta más frecuentes serían el dolor  $29,96\% \pm 3$  (320), seguido por orden de frecuencias por traumatismos y accidentes  $24,5\% \pm 2$  (250), oftálmológicos  $6,27\% \pm 1$  (67) y patología neurológica  $6,10\% \pm 1$  (63). El inicio de los síntomas se sitúa, en el  $54,8\% \pm 3$  (585) de los casos, horas antes. En 376 casos (35%) el problema comenzó días antes. En 44 casos 4% semanas antes, en 34 casos (3%) meses antes y 3 pacientes comentan que llevan años. En 26 (2%) casos no está recogido el dato. En cuanto a los hábitos tóxicos de la población, el dato no aparece reflejado en el  $26,5\% \pm 3$  de las historias clínicas (283). Reconocen el consumo de tabaco 139 personas ( $9,4\% \pm 2$ ), alcohol 51 pacientes ( $4,77\% \pm 1$ ), cocaína sólo tres ( $0,28\% \pm 0$ ) y otras drogas 2 personas ( $0,19\% \pm 0$ ). 617 personas ( $56\% \pm 3$ ) dicen no tener hábitos tóxicos. El  $30,3\% \pm 3$  (324) de la muestra no presenta antecedentes patológicos de interés.

**Conclusiones.** Destacar la falta de cumplimentación de las historias clínicas, fundamentalmente de datos sociodemográficos, que podrían ayudar a describir el perfil de los usuarios de un SU. Queda pendiente analizar estrictamente el acceso al SUH desde cada Zona Básica de Salud.

## V-21

### NEOPLASIAS PRIMARIAS MALIGNAS MÚLTIPLES EN PACIENTES CON PRIMERAS NEOPLASIAS DE PULMÓN. REGISTRO DE TUMORES DEL HOSPITAL DE LEÓN

**A. Muela Molinero<sup>1</sup>, F. Jorquera Plaza<sup>2</sup>, L. Quiroga Prado<sup>1</sup>, J. Borrego Galán<sup>1</sup>, A. Morán Blanco<sup>1</sup>, J. Guerra Laso<sup>1</sup>, J. Santos Calderón<sup>1</sup> y J. Herrera Rubio<sup>1</sup>**

<sup>1</sup>Medicina Interna, <sup>2</sup>Gastroenterología. Hospital de León.

**Objetivos.** El fenómeno de las neoplasias primarias malignas múltiples (NPMM) ha pasado en las últimas décadas de ser considerado un capricho aislado de la naturaleza a establecerse como una realidad oncológica digna a tener en cuenta, al convertirse en una de las complicaciones tardías más frecuentes a las que se enfrentan los pacientes oncológicos. El objetivo del presente trabajo consiste en realizar un análisis de las características de los pacientes con NPMM y primera neoplasia pulmonar, evaluando las diferencias entre los pacientes con NPMM sincrónicas y metacrónicas.

**Material y métodos.** Utilizando la base de datos del Registro de Tumores del Hospital de León, que se encuentra operativo desde 1993, se han recogido los datos de aquellos pacientes diagnosticados de una neoplasia pulmonar durante la primera década de funcionamiento de dicho registro, que posteriormente han sido diagnosticados de una segunda neoplasia pulmonar o no. Posteriormente se comprobó la historia clínica recogiendo las variables clínicas de cada paciente así como la localización y estadio de cada neoplasia. Se comprobó que todos los pacientes cumplieran los criterios de Warren y Gates para el diagnóstico de NPMM o los criterios de Martini y Melamed para el caso de neoplasias pulmonares múltiples. Posteriormente se realizó un análisis estadístico comparando aquellos pacientes con NPMM sincrónicas o metacrónicas, así como la supervivencia y las variables con significación pronóstica.

**Resultados.** Durante el período de estudio se diagnosticaron un total de 20 pacientes con neoplasias de pulmón y posterior diagnóstico de NPMM (1,20% sobre el total de pacientes con neoplasias pulmonares). Un 50% de los casos fueron sincrónicos y el resto metacrónicos. La edad media de estos pacientes fue de  $64 \pm 8$  años. Todos los pacientes eran varones y el 95% fumadores. Se confirmaron antecedentes oncológicos en familiares de primer grado en el 40% de los pacientes. Las segundas neoplasias más frecuentes fueron por este orden: vesicales (40%), laríngeas (30%), prostáticas (10%), colon (10%) y pulmonar (10%). En los pacientes con NPMM sincrónicas la segunda neoplasia más frecuente fue la laríngea (50%), mientras que en los pacientes con NPMM metacrónicas fue la vesical (60%). La supervivencia media de los pacientes fue de  $16 \pm 6$  meses. Los pacientes con NPMM sincrónicas presentaban una supervivencia de  $7 \pm 4$  meses, mientras que los pacientes con NPMM metacrónicas tenían una supervivencia de  $20 \pm 5$  meses ( $p < 0,01$ ). Las variables con significación pronóstica en el análisis multivariante fueron: la abstención terapéutica (RR 7,69 IC 3,02-9,95  $p < 0,01$ ) y el padecimiento de una segunda neoplasia vesical (RR 0,80 IC 0,45-9,98  $p < 0,05$ ).

**Discusión.** Las NPMM en pacientes con cáncer de pulmón son poco frecuentes, siendo las neoplasias multicéntricas un hallazgo excepcional. Estas segundas neoplasias tienen un factor etiopatogénico común como es el tabaco. El pronóstico de los pacientes con NPMM sincrónicas es muy sombrío, y muchas veces el deterioro general tan avanzado que presentan al diagnóstico lleva a actitudes conservadoras.

## V-22

### EL RIESGO DE SUFRIR MÚLTIPLES EXACERBACIONES DE LA EPOC ASOCIADO CON LA DENSIDAD RADIOLÓGICA Y EL ÁREA DE LOS MÚSCULOS INTERCOSTALES Y ABDOMINALES: UN ESTUDIO CON TC

**R. Güerri Fernández<sup>1</sup>, E. Solé Altarriba<sup>1</sup>, J. Villar García<sup>1</sup>, N. Ailouti<sup>1</sup>, E. Lerma Chipirraz<sup>1</sup>, J. Gea Giralte<sup>2</sup>, A. Díez Pérez<sup>1</sup> y M. Orozco-Levi<sup>2</sup>**

<sup>1</sup>Medicina Interna-Enf.Infecciosas. Hospital Universitario del Mar. Barcelona. <sup>2</sup>Pneumología. Hospital Universitario del Mar. Barcelona.

**Objetivos.** Evaluar el área y la densidad radiológica (en UH: Unidades Hounsfield) de la musculatura de miembros superiores, inferior-

res, torácica y abdominal en pacientes con EPOC, y ver si existe asociación con el riesgo de sufrir múltiples exacerbaciones de la enfermedad.

**Material y métodos.** Se definió susceptibilidad a la exacerbación de EPOC como 4 o más ingresos en el hospital debido a exacerbación de la enfermedad. Se seleccionaron 10 pacientes (hombres, edad  $66.4 \pm 5$ , IMC  $26 \pm 4$ ) y fueron apareados 1: 1 de acuerdo a edad, género, IMC y FEV1 (tabla 1) con 10 sujetos con EPOC no susceptibles (obtenidos del proyecto PAC-EPOC). Se obtuvieron múltiples cortes de TC (normalizadas en todos los individuos) para determinar el área y UH de los diferentes compartimentos musculares (miembros superiores, inferiores, abdomen y tórax).

**Resultados.** Tanto área como densidad radiológica (UH) de los músculos intercostales ( $p < 0,05$ ) como de la musculatura de la pared abdominal ( $p < 0,05$ ) estaban significativamente disminuidas en pacientes con múltiples ingresos por EPOC. Sin embargo, el área y la densidad de miembros superiores e inferiores no mostraron diferencias entre los grupos.

**Conclusiones.** Este estudio muestra que el riesgo para múltiples ingresos por exacerbación de la EPOC se asocia con una disminución del área y de la densidad radiológica de la musculatura intercostal y de la pared abdominal.

Tabla 1.

	No susceptible a EPOC	Susceptible	Valor de p
N	10	10	ns
Hospitalización último año	1	> 4	
Edad (años)	$65 \pm 8$	$67 \pm 8$	ns
IMC ( $\text{kg}/\text{m}^2$ )	$27 \pm 4$	$28 \pm 5$	ns
FEV1% pred	$37 \pm 9$	$36 \pm 7$	ns
TLC% pred	$103 \pm 17$	$94 \pm 24$	ns
RV% pred	$180 \pm 50$	$140 \pm 44$	ns
DLco% pred	$60 \pm 15$	$70 \pm 12$	ns

### V-23 NIVELES DE TPS SÉRICO EN PACIENTES CON HEPATOPATÍA

**N. Mallo González, M. Pazo Núñez, R. López Rodríguez, J. Campos Franco y A. González Quintela**

Medicina Interna. Clínico Universitario. Santiago de Compostela, A Coruña.

**Objetivos.** El TPS sérico (citoqueratina 18) se utiliza como marcador tumoral. El TPS puede elevarse en hepatopatías benignas, especialmente en la alcohólica. El objetivo de este estudio fue investigar las posibles alteraciones del TPS sérico en las diferentes hepatopatías.

**Material y métodos.** Se trata de un estudio observacional, transversal. El ámbito del estudio abarca el área sanitaria perteneciente al Complejo Hospitalario Universitario de Santiago de Compostela. El estudio incluye un total de 896 pacientes estudiados en dicho hospital: 757 pacientes seguidos en una consulta con diferentes tipos de hepatopatías y 138 pacientes alcohólicos ingresados en el hospital. Se determinó el TPS sérico en todos los pacientes. Se estudió la posible asociación de los niveles del TPS con el tipo etiológico y con el tipo histológico de hepatopatía. Se estudio la correlación entre el TPS y los marcadores habituales de funcionalismo hepático.

**Resultados.** La mayoría de los pacientes estudiados en la consulta (60,2%) presentaba cifras de TPS sérico mayores de 80 U/L (límite normal superior de referencia). La mediana de los niveles séricos de TPS fue 99 U/L (rango 14-9634 U/L). La elevación del TPS fue similar en las diferentes categorías etiológicas de hepatopatía, con la excepción de hígado graso no alcohólico, en el que la elevación era menor. Los niveles más bajos de TPS se observaron en los pacientes con biopsia hepática sin alteraciones o con alteraciones mínimas. Los niveles de TPS fueron mayores en los alcohólicos ingresados en el hospital que en los pacientes estudiados en la consulta. Los niveles séricos de TPS se correlacionaron con los parámetros de función

hepática habituales, especialmente con los parámetros de citolisis hepática, y especialmente con la GOT sérica. La proporción de sujetos con elevación de TPS fue mayor entre los pacientes con elevación de transaminasas que en aquellos con transaminasas normales. Destaca, sin embargo, que aproximadamente una tercera parte (33,6%) de los pacientes estudiados en la consulta con transaminasas normales presentaba elevación de TPS sérico. Este porcentaje de sujetos con TPS elevado y transaminasas normales fue diferente según la causa de hepatopatía. La mayor prevalencia de sujetos con transaminasas normales y elevación de TPS se observó en los trasplantados hepáticos.

**Discusión.** El presente estudio confirma que el TPS sérico se puede elevar en los pacientes con hepatopatía. La mayoría de los pacientes estudiados en una consulta de hepatología con patología no neoplásica presentan niveles de TPS por encima del valor superior de la normalidad. Por ello la enfermedad hepática puede ser una limitación para el uso del TPS como marcador tumoral. La elevación del TPS fue similar en las diferentes categorías etiológicas de hepatopatía y en las diferentes categorías de alteración histológica hepática. No parece que el TPS tenga valor discriminativo en el diagnóstico de la causa de hepatopatía. Los niveles de TPS muestran una buena correlación con los de parámetros bioquímicos habituales de citolisis hepática. Los datos mencionados hasta ahora sugieren que la elevación de TPS en los pacientes con hepatopatía es más dependiente de la actividad necroinflamatoria hepática que de la etiología de la hepatopatía, de la alteración morfológica o de la disfunción hepatocelular. Es posible que el TPS aporte información suplementaria a la de dichos marcadores. Se encuentra elevado en una proporción significativa de pacientes de la consulta con transaminasas normales. Ello podría indicar que el TPS podría ser, en algunos casos, un marcador precoz de histolisis hepática.

**Conclusiones.** El TPS sérico se eleva frecuentemente en los pacientes con hepatopatía, lo que representa una limitación para su uso como marcador tumoral. La elevación de TPS no es específica de la hepatopatía alcohólica. El TPS se correlaciona con los parámetros habituales de citolisis hepática, pero podría ser un marcador precoz de alteración hepatocelular. El TPS podría ofrecer información adicional a los marcadores habituales de insuficiencia hepática. De hecho, en la consulta mencionada en este estudio el TPS ha pasado a ser de uso rutinario en el estudio de pacientes con hepatopatía.

### V-24 REINGRESOS PRECOSES EN UN SERVICIO DE MEDICINA INTERNA

**M. Cepeda González<sup>1</sup>, J. Moreno Palomares<sup>1</sup>, E. Ferreira Pasos<sup>1</sup>, I. León Gaitán<sup>1</sup>, R. Molina Cano<sup>1</sup>, A. Carrero Gras<sup>1</sup>, E. Martínez Moreno<sup>1</sup> y E. Ucar Corral<sup>2</sup>**

<sup>1</sup>Medicina Interna, <sup>2</sup>Subdirección Médica. Hospital General. Segovia.

**Objetivos.** Los reingresos precoces (primeros 30 días tras el alta) se han intentado utilizar como indicador de la calidad asistencial, si bien no se ha conseguido establecer claramente un nexo causal entre el riesgo de reingreso y la calidad de la asistencia. No obstante, subjetivamente en todos los servicios, los reingresos suponen una preocupación importante en la labor asistencial. Son varios los factores que influyen en estos reingresos, no siempre relacionados con la calidad. El objetivo de este estudio es analizar de forma retrospectiva los reingresos precoces en un servicio de Medicina Interna (MI) de un hospital general del grupo 2 durante un período de un año, buscando las variables asociadas con los mismos.

**Material y métodos.** Se analizaron los reingresos precoces en el servicio de (MI) del Hospital General de Segovia durante el año 2005, excluyendo los ingresos programados. El Hospital tiene un carácter provincial, con un total de 370 camas, atendiendo a una población de 150.000 habitantes. El Servicio consta de 72 camas atendidas por 11 facultativos. Los pacientes con patología neurológica ingresan habitualmente en el Servicio de Neurología, por lo que no suelen ser atendidos por (MI). Los reingresos son generalmente en el mismo servicio que generó el alta previa. La fuente de datos fue los informes de alta a través del HP-Doctor, que se cotejaron con los datos facilitados por la Unidad de Codificación. Se estudiaron edad y sexo, causa de ingreso y reingreso, estancia media, días entre ingresos, entorno rural o urbano y médico responsable del primer

alta. Dada la gran dispersión de Grupos Relacionados con el Diagnóstico (GRD), más de 60, se agruparon en categorías diagnósticas. Como grupo control se utilizó el total de ingresos en (MI) en el año 2005.

**Resultados.** En el período estudiado ingresaron en el Servicio 2.566 pacientes. La distribución por sexos fue de 1.538 varones (59%) y 1028 mujeres (49%) con una mediana de edad de 71 años. La estancia media de estos ingresos fue de 9,7 días. Los principales diagnósticos correspondieron a enfermedades del aparato respiratorio (31%), aparato circulatorio (28%), y aparato digestivo/hepatobiliar (21%). Excluyendo los reingresos programados para realización de pruebas (49 casos) el total de reingresos precoces fue de 119 casos, que supone una tasa de reingresos de 4,73%. La distribución por sexos fue de 94 varones (79%) y 25 mujeres (21%). La mediana de edad de los reingresos fue de 76 años con un rango de 30 a 93 años. La estancia media del primer y segundo ingreso fue de 8 días. La mediana de días entre el alta y el reingreso fue de 14 días. Las principales causas de reingreso fueron: enfermedades del aparato respiratorio 48 casos (40,33%), aparato circulatorio (insuficiencia cardíaca y cardiopatía isquémica) 24 casos (20,16%), aparato digestivo/hepatobiliar 23 casos (19,33%). Mención especial por su importancia merece la patología tumoral 14 casos (11,76%), la mayoría cáncer de pulmón. Prácticamente todos los reingresos fueron por la misma causa que el inicial, o por complicaciones del mismo proceso. Al valorar el lugar de residencia de los pacientes, la mayoría de los reingresos proceden del área rural de la provincia. Cuando comparamos los reingresos por médico responsable del alta del primer ingreso no hubo diferencias significativas.

**Discusión.** Existe una gran preocupación por los reingresos en los servicios de (MI) y sobre la forma de mejorar la tasa de reingresos. El reingreso no parece estar relacionado con una estancia media menor en el primer ingreso, con la edad del paciente y sí con el sexo, con un claro predominio en los varones. Las patologías que ocasionan los reingresos son las mismas y con la misma distribución que las causas generales de ingreso en nuestro servicio. Tampoco parece existir relación entre el reingreso y el médico responsable del primer alta. En nuestro medio se deben principalmente a ancianos varones, con patología crónica. Por tanto habría que prestar especial atención a este tipo de pacientes, con programas de control tras el alta hospitalaria. Hay que tener en cuenta que en nuestro hospital la mayoría de los pacientes con patología neurológica ingresan en el servicio de Neurología.

**Conclusiones.** Los reingresos precoces en Medicina Interna son difícilmente evitables dadas las características de edad y patología crónica de nuestros pacientes, sin suponer un claro índice de calidad asistencial.

## V-25

### LA ANEMIA COMO FACTOR PREDICTOR DE LOS PACIENTES CON ENFERMEDAD PULMONAR OBSTRUCTIVA CRÓNICA INGRESADOS EN UNA UNIDAD DE SOPORTE DE URGENCIAS HOSPITALARIA

**P. Marchena Iglesias, N. Rico Villoria, M. Villegas Urbano y L. López Orenes**

*Urgencias-Medicina Interna: Unidad Soporte Urgencias. Hospital General L'Hospitalet. L'Hospitalet de Llobregat, Barcelona.*

**Objetivos.** Analizar si la anemia es un factor de mal pronóstico, medido en términos de reingresos o éxitos, de los pacientes con enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) dados de alta de una unidad de soporte de urgencias hospitalaria (USU) en un seguimiento a tres meses.

**Material y métodos.** Se recogieron de forma prospectiva todos los EPOC que ingresaron en la USU durante un período de cuatro meses (diciembre 2005-marzo 2006) y se dividieron en aquéllos con anemia y sin anemia. Se analizó el tipo de EPOC y su grado de severidad medido mediante el VEMS, las descompensaciones en el año previo al actual ingreso, el tipo y número de fármacos utilizados por el paciente, la presencia de comorbilidades, los días de estancia media y la tasa de reingresos y éxitos en un seguimiento a 3 meses. La USU es una unidad de corta estancia creada como drenaje para el Servicio de Urgencias durante el período invernal que consta de 20 camas y está atendida por tres internistas y un intensivista.

Atiende principalmente patología crónica agudizada (EPOC, insuficiencia cardíaca...) e infecciosa sin factores de riesgo (neumonía, pielonefritis...) con una resolución o estabilización clínica en menos de 4 días.

**Resultados.** Ingresaron en la USU 112 pacientes con EPOC (19,43% del total de ingresos). De ellos 22 (19,81%) tenían anemia (Hemoglobina < 12 gr/dl y hematocrito < 39% en varones y < 13 gr/dl y 36% en mujeres respectivamente) al ingreso con una media de  $11,18 \pm 1,42$  gr/dl de hemoglobina y 35% de hematocrito. La media de edad era de  $79,50 \pm 6,18$  años ( $p < 0,005$ ). El 86% eran varones. La estancia media fue de  $3,64 \pm 1,87$  días cuando la estancia global de la USU fue de 2,94 días. La anemia era crónica en un 68% de los casos siendo la causa más frecuente la insuficiencia renal crónica (31,8%) y las neoplasias (13,6%). Los pacientes con anemia presentaban más bronquitis crónica ( $p < 0,0005$ ) y tenían mejores VEMS que aquéllos sin anemia ( $p = 0,007$ ). No había diferencias en el número de descompensaciones previas ( $p = 0,23$ ). Los EPOC anémicos consumían más corticoides sistémicos de forma crónica ( $p = 0,027$ ) en relación a que también presentaban más enfermedades asociadas que los precisaban ( $p = 0,05$ ) y eran menos portadores de oxígeno crónico domiciliario ( $p = 0,04$ ). Al alta los anémicos consumían menos fármacos ( $p = 0,038$ ). La tasa de reingresos (anémicos-31,8% vs no anémicos-30,6%;  $p = 0,91$ ) y éxitos (anémicos-0% vs no anémicos-1,2%;  $p = 0,61$ ) a los tres meses no mostró diferencias en ninguno de los dos grupos.

**Conclusiones.** De acuerdo con nuestros resultados la anemia no constituye un factor de reingresos ni de éxitos en los pacientes EPOC que ingresan en la unidad de soporte de urgencias. Los pacientes anémicos presentan mejores VEMS y por tanto su broncopatía es menos severa. También son de más edad, tienen más estancias hospitalarias y más comorbilidades pero no consumen más fármacos al ingreso que los no anémicos -con excepción de los corticoides sistémicos- ni son portadores de oxígeno crónico domiciliario. Al alta los pacientes anémicos consumen menos fármacos

## V-26

### ESTUDIO CLÍNICO-EPIDEMIOLÓGICO DEL NEUMOMEDIASTINO ESPONTÁNEO: SERIE DE 10 AÑOS EN UN HOSPITAL DE ESPECIALIDADES DEL SSPA

**C. Asencio Méndez, M. Escobar Llopart, S. Romero Salado, J. Bernal Bermúdez, A. García Egido, J. Puerto Alonso y F. Gomez Rodríguez**

*Medicina Interna. Hospital Universitario de 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 diciembre 2005 en nuestro Hospital tipo B del SSPA de 425 camas, que atiende a una población de 250.000 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 7 casos (5 varones y 2 mujeres) con edad media de 19,2 años. En 3 pacientes no se encontró factor desencadenante alguno, en 2 inhalación previa de cocaína, en uno vómitos intensos y en otro esfuerzo físico previo. El síntoma de presentación más frecuente fue el dolor torácico (42,85%) seguido de disnea (28,57%), odinofagia (28,57%) y disfonía (14,28%). El signo clínico más frecuente fue la crepitación cervical presente en el 85,71% de casos seguidos de taquicardia y taquipnea (14,28% cada uno). Se llegó al diagnóstico con Rx tórax en el 100% de los casos. 4 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 1 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-27 HEMOCROMATOSIS HEREDITARIA EN EL SIGLO XXI, DESDE TROUSSEAU 1865 A FEDER 1996

**A. del Castillo Rueda**

*Unidad de Ferropatología y Radicalosis. Departamento de Medicina Interna. Hospital Gregorio Marañón. Madrid.*

**Objetivos.** El diagnóstico precoz de hemocromatosis hereditaria, fundamentalmente a partir del descubrimiento del gen HFE (Feder et al. *Nat Genet* 1996;13: 399) debe suponer un descenso en la detección de la triada clásica (diabetes, hiperpigmentación y cirrosis) como forma de presentación descrita en el año 1865 por Trousseau y un cambio fundamental en la sospecha clínica de esta enfermedad. Presentamos los datos clínicos en el momento del diagnóstico casos índice y familiares de primer grado de los mismos- de los cien primeros pacientes diagnosticados de hemocromatosis hereditaria durante los cuatro primeros años de funcionamiento, desde 2002 a 2005, de una unidad para el estudio de los trastornos metabólicos del hierro.

**Material y métodos.** Pacientes diagnosticados de hemocromatosis hereditaria a partir de los enviados a una unidad de ferropatología y cuyos motivos de consulta son: a) cifra de ferritina elevada (hiperferritinemia), según valores de referencia, b) sospecha clínica de enfermedad de sobrecarga de hierro, o, c) familiar de primer grado de paciente diagnosticado de hemocromatosis hereditaria. Se incluyen los pacientes que tras los estudios protocolizados analíticos (biomarcadores del metabolismo del hierro y estudio genético con mutaciones asociadas al gen HFE), de imagen (resonancia nuclear magnética hepática) y, en su caso, histológicos (biopsia hepática), presentaban fenotipo y genotipo de sobrecarga de hierro y precisaban sangrías, de acuerdo con criterios clínicos ya clásicos y revisados (*N Engl J Med* 2004; 350: 2383).

**Resultados.** Presentamos los datos clínicos de cien pacientes diagnosticados de HH durante un período de cuatro años. La edad media fue de 53 años, 59 son varones y 41 mujeres y la triada clásica no aparece en ningún caso. La hiperpigmentación aparece en 2, cirrosis en 4 y diabetes en 10. Pacientes asintomáticos y sin enfermedad asociada son 30, habitualmente familiares de primer grado de los casos índice, mientras el resto o presentan síntomas inespecíficos o asociados a otras enfermedades relacionadas, siendo las más frecuentes, además de diabetes, esteatosis hepática, infección por virus B y C, trombopenia, dislipidemia y osteoporosis.

**Discusión.** La presentación clínica de la hemocromatosis en el siglo XXI ha cambiado radicalmente debido a la realización de un diagnóstico precoz y la posibilidad de tratamiento eficiente (sangrías) y que,

además, puede, en algunos casos y durante la terapia de mantenimiento, ser empleado como donación. La detección precoz debe basarse en la sospecha diagnóstica fundamentalmente en relación con otras enfermedades (diabetes, esteatosis hepática, hepatitis virus B y C, trombopenia, dislipidemia, osteoporosis...) cuyo tratamiento con sangrías elimina o previene el depósito de hierro y mejora la enfermedad asociada. Posteriormente a la detección del caso índice se deben aplicar programas de consejo genético para diagnosticar nuevos casos, habitualmente en población asintomática y así aplicar medidas preventivas. En cualquier caso, el diagnóstico precoz de la hemocromatosis hereditaria debe llevarnos a sospechar la enfermedad lejos de la triada clásica completa y más en relación con enfermedades asociadas o familiares de casos diagnosticados.

**Conclusiones.** El diagnóstico clínico de la hemocromatosis en el siglo XXI permite afirmar que la triada clásica de Trousseau es ya historia. Hoy día para realizar un diagnóstico precoz no debemos esperar encontrarnos con la triada sino que debemos sospechar la enfermedad en relación con otros procesos, realizar una búsqueda activa y, una vez diagnosticada, consejo genético a los familiares de primer grado.

#### V-28 ESTADO NUTRICIONAL EN PACIENTES CON OBSTRUCCIÓN CRÓNICA AL FLUJO AÉREO

**M. Sánchez Marteles, A. Cecilio Irazola, J. Morales Rull, B. Sierra Bergua, A. Flamarique Pascual, B. Amores Arriaga, M. Torralba Cabeza y J. Pérez Calvo**

*Medicina Interna. Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa. Zaragoza.*

**Objetivos.** Valorar el estado nutricional de los pacientes con obstrucción crónica al flujo aéreo (OCFA) ingresados en Medicina Interna.

**Material y métodos.** Se realizó un estudio prospectivo de mayo de 2004 a noviembre de 2006 en el H.C.U. "Lozano Blesa" (Zaragoza), donde se incluyeron de forma consecutiva 90 pacientes con diagnóstico de OCFA e ingresados en Medicina Interna por descompensación de su enfermedad. Pacientes con enfermedades neoplásicas, insuficiencia cardíaca, cirrosis hepática, valvulopatías severas o endocrinopatías de tipo tiroideo o suprarrenal fueron excluidos del estudio para evitar sesgos. En todos se valoró peso, talla, índice de masa corporal, anemia, proteínas totales y albúmina. El tratamiento de los datos se realizó mediante el programa SPSS para Windows 12.00.

**Resultados.** La edad media de los pacientes fue de 74,78 años  $\pm$  7,83 años; el 80% de los pacientes eran hombres. Los valores obtenidos pueden verse en TABLA I. Más de un 50% de los pacientes presentaban sobrepeso u obesidad, y tan sólo un 4,4% presentaban un IMC que se correspondiese con delgadez. Esta distribución era similar en las distintas etiologías. El 15,6% de los pacientes presentaba anemia. De acuerdo a sus niveles de albúmina, un 50% de los pacientes presentaban algún grado de desnutrición (albúmina < 3,5 g/dl), la mayor parte (39,29%) de tipo ligero.

**Discusión.** Se conoce que la pérdida nutricional en la obstrucción crónica al flujo aéreo se asocia con un incremento de la mortalidad y morbilidad, independientemente de la función pulmonar. Asimismo el sobrepeso y la obesidad se asocian a comorbilidad. Todo ello influye en el tratamiento, pronóstico y en la calidad de vida de de estos pacientes. Sin embargo, la valoración nutricional de este tipo de pacientes es poco frecuente y no existe un marcador ideal para la misma. Nuestro estudio se planteó bajo una visión eminentemente práctica, por lo que optamos por la valoración a través de parámetros de uso diario en la clínica con el paciente hospitalizado. Llama la atención que a pesar de la presencia de sobrepeso y obesidad en un 50% de los pacientes, la proporción de desnutrición, al menos ligera, es importante. La no realización del pliegue tricéptico, el perímetro abdominal u otros parámetros dificulta una valoración más completa, que quizá daría explicación a los resultados; y sin embargo, no son de uso habitual y diario en el paciente hospitalizado. Así pues, parece necesaria una mayor atención a la valoración nutricional así como más estudios específicos en este tipo de enfermos con el uso de otros parámetros añadidos.

**Conclusiones.** 1) Más del 50% de los pacientes con obstrucción crónica al flujo aéreo presentan sobrepeso u obesidad. 2) El 50% de ellos tienen algún grado de desnutrición; en torno a un 10% de ellos severa. 3) Es necesaria una mayor valoración del estado nutricional

así como más estudios para la determinación de parámetros específicos de este tipo de pacientes.

Tabla 1.

	Media	Desv. típica
Peso (kg)	73,7	14,4
Talla (m)	1,64	0,09
IMC	27,3	4,68
Proteínas totales (g/dl)	6,03	1,94
Albúmina (g/dl)	3,24	1,08
Hemoglobina (g/dl)	13,75	1,81

## V-29

### MANIFESTACIONES INICIALES DEL SÍNDROME DE BEHCET. ESTUDIO DE UNA SERIE DE PACIENTES

**M. Gómez Munuera, V. Chimpén Ruiz, M. Bécares Lozano, R. Querol Prieto y M. E. Pérez Losada**

Medicina Interna. Hospital Clínico Universitario. Salamanca.

**Objetivos.** Determinar las manifestaciones clínicas iniciales de presentación del Síndrome de Behcet y respuesta al tratamiento, en nuestra población.

**Material y métodos.** La muestra se recogió de forma prospectiva y retrospectiva de pacientes ingresados en el Hospital Clínico Universitario de Salamanca, durante los años 1996 a 2006, todos cumplían los criterios del grupo internacional para el estudio del síndrome. Los datos se recogieron mediante un protocolo previamente establecido. Se valoró el síntoma inicial y enfermedades o complicaciones asociadas y la respuesta al tratamiento.

**Resultados.** Diez pacientes fueron seleccionados y correspondieron a 8 varones (80%) y 2 mujeres (20%), en edades comprendidas entre 24 y 65 años. El síntoma inicial fueron aftas bucales. En la analítica, la VSG estaba elevada en 6 (60%) y los ANA fueron positivos en dos (20%), el resto de la analítica fue normal. Seis pacientes (60%) iniciaron tratamiento con colchicina, uno de ellos precisó asociar corticoides y otro corticoides más inmunosupresor. En los cuatro restantes (40%) el tratamiento inicial fueron los corticoides, en tres de ellos (30%) se asoció un inmunosupresor. El tiempo de evolución fue de 5 meses a 10 años y a lo largo de la misma, en 8 (80%) su respuesta fue aceptable y 2 (20%) evolucionaron mal, uno con ceguera por uveítis.

**Discusión.** Existe mayor incidencia del síndrome en los varones respecto a las mujeres en nuestra población, sin poder sustentarla y es contraria a la que señala la literatura. Las manifestaciones clínicas iniciales son las habituales del síndrome. Por otra parte, el tratamiento con corticoides locales, antiinflamatorios no esteroideos y colchicina es el tratamiento de elección. Sin embargo, los corticoides sistémicos están indicados para frenar la actividad inmunológica y se reservan para las manifestaciones graves. En nuestros casos fue preciso su utilización en aquellos que no respondieron adecuadamente al tratamiento inicial o se asistió a un empeoramiento y a pesar de este tratamiento, un paciente presentó ceguera tras una uveítis.

**Conclusiones.** El síndrome de behcet afecta más a los varones en nuestros casos, en relación a las mujeres. El síntoma inicial más frecuente fueron las úlceras bucales. El tratamiento con colchicina mejoró la mayoría de los casos. El empeoramiento de las lesiones y del estado general obligan en ocasiones al uso de corticoides sistémicos o inmunosupresores. Su evolución es tórpida y pueden surgir complicaciones, predominando la ceguera por uveítis en uno de nuestros casos.

## V-30

### INSUFICIENCIA RENAL AGUDA SECUNDARIA A GLOMERULONEFRITIS AGUDA RÁPIDAMENTE PROGRESIVA POR VASCULITIS SISTÉMICA ANCA POSITIVO

**G. Perez Vázquez<sup>1</sup>, L. Mouronval Morales<sup>1</sup>, L. García Aragón<sup>1</sup>, M. Calpe Gil<sup>1</sup>, E. Iglesias Quiros<sup>1</sup>, A. Gascón Mariño<sup>2</sup> y L. Plaza Mas<sup>3</sup>**

<sup>1</sup>Medicina Interna, <sup>2</sup>Nefrología. Hospital Obispo Polanco. Teruel.

<sup>3</sup>Anatomía Patológica. Hospital Miguel Servet. Zaragoza.

**Objetivos.** Descripción de tres casos de insuficiencia renal aguda (IRA) por glomerulonefritis rápidamente progresiva secundaria a vas-

culitis sistémica con ANCA positivos diagnosticados en el último año en nuestro centro hospitalario.

**Material y métodos.** En la documentación presente se exponen tres casos clínicos: dos mujeres de 84 y 65 años (caso A y caso B respectivamente) y un varón de 77 años (caso C), que fueron ingresados en los últimos 12 meses en el Servicio de Medicina Interna por anemia e insuficiencia renal aguda.

**Resultados.** Caso A: Mujer de 65 años que en abril del 2005 presentaba creatinina de 1,5 mg/dl y hemoglobina de 12,4 g/dl y en control analítico de junio del 2005 empeora con creatinina 3,3 mg/dl, aclaramiento de creatinina 10,6 ml/min, proteinuria 6,0 g/día y hemoglobina de 11,1 g/dl. Siendo ingresada en Julio del 2005 con creatinina 10,7 mg/dl y hemoglobina de 7,9 g/dl. En estudio inmunológico se aprecian niveles elevados de cANCA: 34,6 U/ml. Se realiza biopsia renal con evidencia de esclerosis glomerular total, con un solo glomérulo con semilunas parcialmente fibrosada. Se transfunden 4 concentrados de hemáties y se inicia hemodiálisis. Se comienza tratamiento inmunosupresor 3 bolus intravenosos de 6 metilprednisolona con ciclofosfamida oral y prednisona oral. La paciente fallece en agosto del 2005 por muerte súbita. Caso B: Hombre de 77 años que en diciembre del 2005 presentaba creatinina de 1,1 mg/dl y hemoglobina 12,9 g/dl. Ingresa en Febrero del 2006 con creatinina de 2,2 mg/dl, aclaramiento de creatinina 22,5 ml/min, proteinuria 2,88 g/día y hemoglobina 9,1 g/dl. En estudio inmunológico se aprecia elevación de pANCA: 11,0 U/ml. Se transfunden 2 concentrados de hemáties y ante deterioro progresivo de función renal (creatinina 5,0 mg/dl, aclaramiento de creatinina de 8,0 ml/min) se realiza biopsia renal. Diagnóstico: glomerulonefritis proliferativa extracapilar. Se inicia hemodiálisis junto con tratamiento inmunosupresor según pauta previamente citada. En junio del 2006 el paciente se mantiene en hemodiálisis con creatinina de 4,3 mg/dl y aclaramiento de 7,4 ml/min. Caso C: Mujer de 84 años que en noviembre del 2005 presentaba creatinina de 1,4 mg/dl y hemoglobina de 10,8 g/dl. Ingresa en marzo del 2006 con creatinina de 3,2 mg/dl, aclaramiento de creatinina de 11,3 ml/min, proteinuria de 0,54 g/día y hemoglobina de 8,5 g/dl. Estudio inmunológico pANCA superiores a 100 U/ml. La paciente no accede a realización de la biopsia renal y ante la sospecha de IRA secundaria a vasculitis sistémica pANCA positiva se inicia tratamiento inmunosupresor. En mayo del 2006 la creatinina es de 2,0 mg/dl, aclaramiento de creatinina de 19,0 ml/min y proteinuria negativa.

**Discusión.** En la IRA por glomerulonefritis rápidamente progresiva secundaria a vasculitis ANCA positivos es fundamental la biopsia renal precoz para comenzar tratamiento inmunosupresor. El tratamiento con ciclofosfamida, junto con 3 bolus iv de 1 gr de 6 metilprednisolona y prednisona vo a 1 mg/kg/día es la pauta recomendada. El uso de este tratamiento desde el inicio de la afectación renal esta justificado por la alta mortalidad de los pacientes no tratados precozmente, sobre todo al 1er año de seguimiento. Durante los últimos años las curvas de supervivencia han mejorado del 54 al 80% al primer año y del 38 al 80% a los 5 años.

**Conclusiones.** Ante pacientes con IRA rápidamente progresiva y sospecha de glomerulonefritis proliferativa extracapilar con ANCA positivos es fundamental realizar el diagnóstico anatomopatológico precoz mediante biopsia renal para iniciar tratamiento inmunosupresor dada la alta morbimortalidad de estos pacientes en el 1er año de seguimiento.

## V-31

### PRESENTACIONES ATÍPICAS DEL HEMANGIOBLASTOMA CEREBELOSO: REVISIÓN DE CASOS DEL HOSPITAL RAMÓN Y CAJAL

**F. Norman<sup>1</sup>, M. Mialdea<sup>1</sup>, B. Monge<sup>1</sup>, A. Sanz-Llorente<sup>2</sup>, J. Patier<sup>1</sup>, A. Echaniz<sup>1</sup> y R. Diez<sup>3</sup>**

<sup>1</sup>Medicina Interna, <sup>2</sup>Medicina Familiar, <sup>3</sup>Neurocirugía. Ramón y Cajal. MADRID.

**Objetivos.** Aportación de dos casos de hemangioblastoma cerebeloso (HC) con forma de presentación atípica y revisión de una serie de casos diagnosticados en nuestro Centro.

**Material y métodos.** Se revisan las historias clínicas de HC entre enero del 1999 y mayo del 2006 y se describen con detalle los dos casos atípicos aportándose imágenes radiológicas y morfológicas.

**Resultados.** Se identificaron 17 casos de HC intervenidos en Neurocirugía del Hospital Ramón y Cajal: 9 mujeres y 8 varones, con edades comprendidas entre 18 y 76 años (media 45 años). 4 casos ocurrieron en el contexto de una enfermedad de Von Hippel Lindau (VHL). Los síntomas de presentación se muestran en la tabla 1, siendo los más frecuentes la cefalea y la inestabilidad de la marcha. A continuación se describen los casos atípicos. Caso 1: un varón de 66 años no fumador remitido para estudio de poliglobulia, refería cervicalgia persistente sin otros síntomas. En las pruebas complementarias destacaba una Hb de 19,5 g/dl, un Hcto. del 56% y eritropoyetina en límites normales. La RM cerebral confirmó una voluminosa tumoración que parecía depender de amígdala cerebelosa derecha compatible con HC. La TAC abdomino-pélvica y la valoración oftalmológica fueron normales. La extirpación quirúrgica de la lesión cerebelosa confirma el diagnóstico de HC. Caso 2: una mujer de 39 años consulta por mareo y cefalea de un mes de evolución. La exploración fue normal y no había alteraciones analíticas. Una RM demostró una lesión quística en hemisferio cerebeloso izquierdo. Fue intervenida y diagnosticada de HC. Una TAC abdominal mostró una masa hipodensa de 5 cm en riñón derecho (probable contenido graso) con crecimiento intravascular de dicho tumor. Tras ser sometida a nefrectomía el diagnóstico fue angiomiolipoma renal. **Discusión.** Los hemangioblastomas se encuentran principalmente en el cerebelo y en médula espinal, pudiendo aparecer como lesión aislada o en asociación con la enfermedad VHL (autosómica dominante). En el VHL se pueden desarrollar hemangioblastomas retinales y cerebelosos, quistes y carcinomas de páncreas, masas renales y feocromocitomas. Un 25% de hemangioblastomas ocurre en pacientes con VHL y el 75% aparecen de forma esporádica. Las manifestaciones clínicas se deben a complicaciones locales por compresión de estructuras del SNC y raramente a manifestaciones paraneoplásicas como la policitemia secundaria. **Conclusiones.** En nuestra serie la cuarta parte de los casos de HC se diagnosticaron en el seno de la enfermedad de VHL y el resto como casos esporádicos, como está referido en la literatura. Los casos que presentamos como atípicos tienen la particularidad de suponer un reto diagnóstico para el Internista. En el primero, por ser la poliglobulia con eritropoyetina normal el signo guía del diagnóstico diferencial y presentar cervicalgia como único síntoma directo del tumor. En el segundo, por su presentación junto a un angiomiolipoma renal; asociación que no ha sido descrita en la literatura. Ambos casos fueron curados con abordaje quirúrgico.

Tabla 1. Síntomas de presentación de los 17 casos.

Cefalea persistente	10 (58%)
Inestabilidad en la marcha	9 (53%)
Mareo inespecífico	5 (30%)
Vómitos de repetición	2 (12%)
Cervicalgia	1 (5%)
Poliglobulia	1 (5%)

### V-32

#### SIGNO DE ROGER (NUMB CHIN SYNDROME) COMO FORMA DE PRESENTACIÓN DE ADENOCARCINOMA DE PRÓSTATA METASTÁSICO

**A. Requena Méndez, V. Isern Fernández, A. Vidaller Palacín, O. Gasch Blasi, M. Arando Lasagabaster y R. Pujol Farriols**

Medicina Interna. H. Universitari Bellvitge. Hospitalet de Llobregat, Barcelona.

**Objetivos.** El signo de Roger o neuropatía mentoniana (NM) es un cuadro clínico poco frecuente, cuya importancia radica en su fuerte asociación con enfermedad metastásica. El objetivo de este estudio es la revisión del signo de Roger (numb chin syndrome) como forma de presentación de adenocarcinoma (ADK) de próstata diseminado. **Material y métodos.** Descripción de la experiencia clínica en 4 pacientes con ADK de próstata diseminado, que debutaron con clínica de NM. A raíz de un caso diagnosticado en un hospital terciario

de 1.000 camas en Barcelona, se han revisado los únicos otros tres casos publicados en la literatura.

**Resultados.** Se revisaron y compararon las historias clínicas de 4 pacientes varones con diagnóstico de ADK de próstata diseminado. La edad media fue de 67,25 años (rango 47-78). En todos, el motivo de consulta fue dolor o parestesias en la región mentoniana. Nuestro paciente presentó además claudicación mandibular. 2 de los 4 pacientes presentaron además otros síntomas relacionados con su enfermedad neoplásica, bien en relación con la extensión local del tumor (1 paciente con estreñimiento secundario a compresión de canal anal) o con su diseminación (1 paciente con lumbalgia inflamatoria por metástasis vertebrales). La exploración física fue normal en todos los pacientes (a excepción de la NM y una próstata aumentada de tamaño en nuestro caso). Los niveles de PSA estaban aumentados en todos los pacientes. La ortopantografía mostró lesiones óseas (tanto blásticas como líticas) en 3 de los 4 pacientes. En todos, el diagnóstico de certeza se obtuvo con el estudio anatopatológico de la biopsia prostática. La supervivencia fue de meses en todos los casos.

**Discusión.** El signo de Roger o síndrome del mentón entumecido se caracteriza por la aparición de disestesias en la piel del mentón y en mucosa de la encía y labio inferior, región correspondiente al territorio inervado por el nervio (N.) mentoniano (rama sensitiva terminal de la división mandibular del N. trigémino). Su aparición frecuentemente se asocia a enfermedad neoplásica diseminada, bien como síntoma de presentación (casos presentados) o bien como indicio de la progresión de un cáncer previamente diagnosticado. Aunque presentamos cuatro casos afectos de ADK de próstata diseminado, la NM se ha descrito más frecuentemente asociada a procesos linfoproliferativos, cáncer de pulmón y cáncer de mama. En nuestro caso, el paciente debutó además con claudicación mandibular y anemia normocítica, lo que obligó a hacer un diagnóstico diferencial con arteritis de la temporal, entidad en la que las parestesias mentonianas también han sido descritas. La presencia de NM debida a cáncer se asocia con un mal pronóstico, siendo la supervivencia media de los pacientes de meses.

**Conclusiones.** Aunque menos del 1% de los tumores metastatizan en el área maxilofacial, en todos los pacientes (con o sin historia previa de cáncer) que consulten por una NM se debería considerar la posibilidad de enfermedad neoplásica metastásica, e iniciar su búsqueda de forma inmediata.

### V-33

#### LA EPOC EN MEDICINA INTERNA O EN NEUMOLOGÍA **E. Zubillaga, H. Azkune<sup>1</sup>, J. Oruesagasti, J. Benavente<sup>1</sup>, E. Sánchez, C. Sarasqueta<sup>2</sup>, I. Zamarreño<sup>1</sup>, A. Maíz<sup>1</sup>, M. Bustinduy, J. Vivanco<sup>1</sup> y G. Zubillaga<sup>1</sup>**

<sup>1</sup>Medicina Interna, <sup>2</sup>Epidemiología. Hospital Donostia. Servicio Vasco de Salud. Gipuzkoa.

**Objetivos.** Comparar los pacientes con EPOC que ingresan en Medicina Interna (MI) y en Neumología (NE). Edades. Comorbilidades en la escala de Charlson. Estancia media. Tratamiento recibido. Mortalidad. Seguimiento de las Guías Clínicas. Recomendaciones al alta y destino al alta. Analizar estadísticamente estas diferencias.

**Material y métodos.** Revisamos retrospectivamente 230 pacientes extraídos al azar de los archivos del Hospital y CMBD dados de alta en 2005 con el diagnóstico principal de EPOC. De estos, 117 ingresaron en MI y 113 en NE. Obtenemos las historias en formato electrónico y tabulamos en base de datos Excel. Cuantificamos la puntuación en la Escala de Charlson. Utilizamos paquete informático estadístico SPS.

**Resultados.** Edad: 76,6 a. En MI y 70,3 a. En NE (p < 0,0001). Mayores de 65a. 90% en MI y 70% en NE (p < 0,0001). Varones: 78% en MI y 92% en NE (p < 0,003). Escala de Charlson: 8,25 en (MI) y 5,84 en NE (p < 0,0001). Corticoides intravenosos o orales en el ingreso: 68% en MI y 89% en NE (p < 0,0001). Antibióticos al ingreso: 76% en MI y 92% en NE. No diferencias en estancia media, ni en el uso de Betamiméticos, Parasimpaticolíticos y Oxígeno. Al alta: Recomendaciones al alta: Siguen mejor las Guías de Betamiméticos, Anticolinérgicos y Corticoides inhalados los NE. Recomiendan mejor la dieta los MI. Farmacoterapia al alta: 9,33 en (MI) y 6,28 en NE (p < 0,0001). No diferencias en recomendaciones de ejercicio, duración de Corticoterapia oral y Oxígeno domiciliario

al alta en el 30%. Mortalidad 7% en MI y 1% en NE ( $p < 0,02$ ) Edad media de los fallecidos e Índice Charlson superior que en los vivos ( $p < 0,02$ ). Escasa utilización de Hospital a Domicilio.

**Discusión.** Los Servicio de Urgencias en Hospitales con Servicios de MI y NE ingresan pacientes mayores con más comorbilidades y más graves, a veces terminales, en MI. Más ancianas, Diabéticas y con Insuficiencia cardíaca sobreañadidas incrementan estas comorbilidades, reciben más fármacos al alta. Aun así, no se prescribe tanto Tiotropio ni Betamiméticos de larga acción ni Corticoides inhalados en MI, a pesar de existir indicación al alta con este diagnóstico y severidad tal y como recomiendan las Guías Clínicas. Hay área de mejora en calidad en nuestros Servicios, Debiera incrementarse el recurso de Hospitalización a Domicilio.

**Conclusiones.** 1) EPOCs 6 años más ancianos y con mayores comorbilidades en Medicina Interna que en Neumología. 2) Mayor porcentaje de mujeres ancianas en Medicina Interna. 3) Los EPOCs de Neumología son varones y reagudizaciones. Los de Medicina Interna son mezcla de otras patologías. 4) Al alta debieramos prescribir más recomendaciones dietéticas, de ejercicio, Betamiméticos de larga acción, Parasimpaticolíticos y Corticoides inhalados a mayor número de pacientes. 5) La mortalidad (7% en MI) está en el rango de la literatura.

### V-34

#### CARACTERÍSTICAS DE LOS FUMADORES QUE SON HOSPITALIZADOS POR PATOLOGÍAS EN RELACIÓN CON EL TABAQUISMO

G. Jiménez Lozano<sup>1</sup>, M. Martínez Ceres<sup>1</sup>, E. García Peñalver<sup>2</sup>, M. Valdivia Salas<sup>1</sup>, M. Guillamón Sánchez<sup>1</sup>, J. Luna del Castillo<sup>3</sup>, A. Romero Ortiz<sup>1</sup> y B. Gil Extremera<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Servicio de Neumología. H.U. Virgen de las Nieves. Granada.

<sup>2</sup>Servicio de Medicina Interna. H. Clínico San Cecilio. Granada.

<sup>3</sup>Dpto. de Bioestadística. Universidad de Granada.

**Objetivos.** Estudiar las características sociodemográficas y relacionadas con el hábito tabáquico de los pacientes que son ingresados en los Servicios de Neumología, Cardiología y Cirugía Torácica de nuestro hospital por enfermedades en relación con el tabaco.

**Material y métodos.** Estudio descriptivo de pacientes fumadores hospitalizados en dichos servicios, entre octubre/2002 y diciembre/2003, seleccionados para llevar a cabo una intervención para la deshabituación tabáquica. Se analizan variables sociodemográficas, antecedentes patológicos y variables de la historia de tabaquismo, utilizando proporciones para las variables cualitativas y la media con su desviación estándar para las cuantitativas.

**Resultados.** Se incluyeron 187 pacientes. El 83,3% son varones y la edad media es de  $52,13 \pm 13,49$  años. La mayoría de los pacientes habían ingresado en el servicio de Cardiología (52,9%), siendo el motivo de ingreso más frecuente la cardiopatía isquémica (48,4%), seguido de neumonía (11,3%) y agudización de EPOC (8,6%). Un 75,3% de los pacientes tienen entre sus antecedentes alguna patología en relación con el tabaco y el 37,5% de ellos algún ingreso previo motivado por estas patologías. En cuanto a la historia de tabaquismo, la edad media de comienzo del hábito tabáquico es de  $16 \pm 6$  años, comenzando a fumar antes de los 12 años el 75% de los pacientes. La dependencia media según el test de Fagerström es de  $5,64 \pm 2,32$ , lo que corresponde a una dependencia moderada. Tan sólo un 19,8% de los pacientes presenta baja dependencia, mientras que en el 57,2% la dependencia es moderada. Más de la mitad de los pacientes (51,6%) ha intentado dejar de fumar previamente entre 1 y 3 veces y el 18,3% más de 3 veces, mientras que el 30,1% nunca se ha intentado quitar. La mayoría de los pacientes no ha recibido ayuda para dejar de fumar en los intentos previos (89,9%). El 34,2% de los pacientes no llegó a estar un día entero sin fumar, mientras que en el 13,4% la abstinencia máxima en los intentos previos fue mayor de un año. La cooximetría realizada durante el ingreso es de  $4,02 \pm 3,82$  ppm. La mayoría de los pacientes se encontraban al ingreso en fase de precontemplación (78,4%).

**Discusión.** Un elevado número de pacientes que son ingresados en el hospital por enfermedades en relación con el tabaco son fumadores. El perfil más frecuente de estos pacientes es el de un varón de unos 50 años, con una dependencia nicotínica moderada y varios intentos previos de abandono, sin haber recibido ayuda específica, que previamente al ingreso no se estaba planteando abandonar el

hábito tabáquico. El 75,3% de ellos tienen antecedentes de enfermedades en relación con el tabaco y el 37,5% al menos un ingreso previo por estas patologías. A todos los pacientes ingresados se les debe preguntar por el hábito tabáquico y reflejar este dato en la historia clínica y en los diagnósticos al alta. Además durante el ingreso se debe proporcionar a los fumadores consejo y asistencia para abandonar el tabaquismo, atendiendo a dos aspectos importantes: el tratamiento del síndrome de abstinencia, cuyos síntomas pueden retrasar la evolución del proceso y, el avance en el proceso definitivo de abandono del tabaco.

**Conclusiones.** Un importante número de pacientes hospitalizados son fumadores, por lo que es fundamental preguntar por el hábito tabáquico a todos los pacientes que son ingresados. La dependencia media de nuestros pacientes según el test de Fagerström es moderada, por lo que es probable que muestren síntomas de síndrome de abstinencia que interfieran su recuperación. La mayoría de los fumadores se encuentran al ingreso en un estadio de precontemplación por lo que sería importante llevar a cabo una intervención sobre ellos para facilitar la migración a un estadio superior y favorecer la abstinencia.

### V-35

#### DESHABITUACIÓN TABÁQUICA EN PACIENTES HOSPITALIZADOS: ESTUDIO COMPARATIVO DE DOS TIPOS DE INTERVENCIÓN

G. Jiménez Lozano<sup>1</sup>, M. Guillamón Sánchez<sup>1</sup>, E. García Peñalver<sup>2</sup>, M. Martínez Ceres<sup>1</sup>, M. Contreras Santos<sup>1</sup>, J. Luna del Castillo<sup>3</sup>, A. Romero Ortiz<sup>1</sup> y B. Gil Extremera<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Neumología. H. Virgen de las Nieves. Granada. <sup>2</sup>Medicina

Interna. H. Clínico San Cecilio. Granada. <sup>3</sup>Dpto. de

Bioestadística. Universidad de Granada.

**Objetivos.** Comparar la utilidad de una intervención especializada frente a una intervención mínima, para lograr la deshabituación tabáquica en pacientes fumadores que son ingresados por una enfermedad relacionada con el tabaco.

**Material y métodos.** Estudio prospectivo de pacientes fumadores, hospitalizados en los Servicios de Cardiología, Neumología y Cirugía Torácica por patologías en relación con el tabaco, entre octubre/2002 y diciembre/2003. Los pacientes se asignaron de forma aleatoria a dos tipos de intervención para deshabituación tabáquica: intervención mínima durante el ingreso (sin seguimiento tras el alta) e intervención especializada (seguimiento durante un año tras ser el alta, mediante terapia grupal). La abstinencia al año se comprueba mediante cooximetría. Se ha realizado un análisis comparativo de ambos grupos, estudiándose la asociación de cada variable con la variable de respuesta (si se fuma o no al año de iniciada la intervención), para intentar detectar variables podrían predecir el éxito en la cesación del tabaquismo, en estos pacientes. Finalmente se ha realizado un análisis multivariante, mediante regresión logística binaria.

**Resultados.** Se han incluido 187 pacientes: 91 asignados al grupo de intervención mínima (controles) y 96 al grupo de intervención especializada (casos). 14 no pudieron ser localizados al año (considerados fumadores) y 20 fueron excluidos. Ambos grupos tienen unas características similares, aunque con algunas diferencias. En el grupo de casos, el cigarrillo que más les costaría abandonar es el primero de la mañana, mientras que en los controles es otro ( $p = 0,007$ ). El grupo de controles es el grupo que más veces ha intentado dejar de fumar, aunque sin recibir ayuda. El número medio de sesiones a las que acuden los casos es de  $0,92 \pm 1,60$ , habiendo asistido por lo menos a una sesión tan sólo el 39,8% de los pacientes. Algunas variables podrían predecir la abstinencia al año, como el dejar de fumar a raíz del ingreso por lo menos un mes: de los que abandonan el tabaco a raíz del ingreso, el 57,5% no fuman al año, mientras que de los que no lo dejaron tan sólo deja de fumar el 6,9%. El período de abstinencia también se asocia con la abstinencia al año: de los que mantuvieron la abstinencia más de 7 meses, el 90,9% dejó de fumar. No se encuentra asociación con el resto de variables (filicación, motivo de ingreso, antecedentes patológicos, historia de tabaquismo, número de sesiones o tratamiento farmacológico), siendo la abstinencia al año similar en los dos grupos: 43,2% en el de casos y 40,2% en el de controles. En el análisis multivariante la variable más fuertemente asociada con el abandono del tabaco es la abstinencia a raíz del ingreso: cuando se mantiene la abstinencia el primer mes, los

pacientes tienen hasta 23 veces más probabilidad de ser no fumadores al año.

**Discusión.** La hospitalización supone una oportunidad para intervenir sobre los pacientes fumadores debido a la situación de vulnerabilidad en que se encuentran. Durante el ingreso se debe proporcionar a los fumadores asistencia para abandonar el tabaquismo. Los programas con más de un mes de seguimiento han demostrado eficacia, aunque los resultados son muy variables debido a la heterogeneidad en la población de estudio y tipo de intervención.

**Conclusiones.** Ambos tipos de intervención presentan una eficacia similar en cuanto a la abstinencia al año. Destaca una escasa adherencia al programa de deshabituación, por lo que el seguimiento mediante terapia grupal puede no ser el más adecuado para estos pacientes. El factor que más se relaciona con la abstinencia a largo plazo es el haber conseguido dejar de fumar en las primeras cuatro semanas. La abstinencia al año es elevada en ambos grupos, por lo que la hospitalización supondría una motivación importante para el abandono del tabaco.

**V-36  
FRECUENCIA DE AGREGACIÓN DE LOS DIFERENTES FACTORES DE RIESGO CARDIOVASCULAR Y SÍNDROME METABÓLICO EN POBLACIÓN ASIGNADA A CENTROS DE ATENCIÓN PRIMARIA: ESTUDIO DESIRE**

**R. Gabriel<sup>1</sup>, A. Goday<sup>2</sup>, J. Ascaso<sup>3</sup>, J. Franch<sup>4</sup>, R. Ortega<sup>5</sup> y R. Dal-Ré<sup>5</sup>**

<sup>1</sup>Epidemiología. Hospital Universitario La Paz. Madrid. <sup>2</sup>Endocrinología. Hospital del Mar. Barcelona. <sup>3</sup>Endocrinología. Hospital Clínico-Universitario. Valencia. <sup>4</sup>Atención Primaria. Centro Raval Sud. Barcelona. <sup>5</sup>Departamento Médico. GlaxoSmithKline. Madrid.

**Objetivos.** Describir las pautas de agregación de los factores de riesgo cardiovascular en población asignada a centros de atención primaria, y comparar la frecuencia de Síndrome Metabólico basado en las diferentes definiciones (OMS, EGIR, ATPIII e IDF).

**Material y métodos.** Datos del estudio DESIRE, muestra randomizada de 4.231 pacientes (55,6% mujeres), mediana de la edad 61 (53,69), asignados en centros de Atención Primaria en España. Se presentan las frecuencias de anomalías de los componentes del Síndrome Metabólico según las diferentes definiciones, por sexo, así como el total de las frecuencias del Síndrome Metabólico y la media de las anomalías de sus componentes.

**Resultados.** En la fase de selección el 34,4% eran hipertensos, el 33,5% tenían dislipemia, el 11% eran diabéticos, y el 31,2% presentaban obesidad central. Las tres asociaciones más frecuentes de factores de riesgo cardiovascular fueron: hipertensión-obesidad central (16,2%), hipertensión-dislipemia (15,7%) y obesidad central-dislipemia (12,5%). La prevalencia de Síndrome Metabólico en varones de acuerdo a los criterios de la OMS, ATP, EGIR e IDF fue de 39%, 22,5%, 21,6% y 41,8% respectivamente. En mujeres los valores fueron de 31,3%, 23,5%, 21,9% y 50,7%. No encontramos una relación clara entre la edad y la prevalencia de Síndrome Metabólico para ninguna de las definiciones de dicho Síndrome. En la tabla 1 se muestra la frecuencia de hipertensión, dislipemia y obesidad central según las diferentes definiciones del Síndrome Metabólico (OMS, ATPIII, EGIR e IDF) en porcentaje de pacientes. En los pacientes que cumplían todos los criterios de Síndrome Metabólico de la OMS, la asociación más frecuente fue la de hipertensión y obesidad central (78,3%). Según los criterios ATPIII hipertensión y dislipemia (81,6%) fue la combinación más frecuente. En el grupo EGIR la asociación hipertensión y obesidad central estaba presente en el (78,2%) y fue la más frecuente. De acuerdo con los criterios IDF, el (36,3%) presentaron hipertensión y dislipemia.

**Conclusiones.** La prevalencia de los factores de riesgo cardiovascular en población asignada a centros de atención primaria es alta, siendo la asociación hipertensión y obesidad central la más frecuente. La variabilidad de la frecuencia de Síndrome Metabólico según las diferentes definiciones es alta. Estas diferencias pueden ser atribuidas principalmente a los diferentes criterios utilizados para el componente principal del Síndrome Metabólico (p.ej. la obesidad central en IDF vs la insulino resistencia en EGIR) o las diferentes definiciones para un cierto factor (Hipertensión, Dislipemia...) incluido en el Síndrome Metabólico.

Tabla 1. Frecuencia de hipertensión, dislipemia y obesidad según definiciones Síndrome Metabólico (OMS, ATPIII, EGIR e IDF) en porcentaje de pacientes.

	Hipertensión	Dislipemia	Obesidad central
OMS	82%	43,6%	96,2%
ATPIII	98,3%	83,3%	80,7%
EGIR	80,5%	25%	97,7%
IDF	87,3%	46,4%	100%

**V-37  
CARACTERÍSTICAS DE LOS PACIENTES INGRESADOS POR DESCOMPENSACIÓN DE EPOC EN UNA UNIDAD DE CORTA ESTANCIA DE GESTIÓN ABIERTA**

**J. Alfonso Megido<sup>1</sup>, V. Carcaba Fernández<sup>1</sup>, A. González Franco<sup>1</sup>, C. Gallo Álvaro<sup>1</sup>, J. Cambor Suárez<sup>1</sup>, P. González García<sup>1</sup>, V. Viera Posada<sup>1</sup> y L. Rodríguez Pérez<sup>1</sup>**

<sup>1</sup>MI, <sup>2</sup>MFYC. Valle del Nalon. Langreo, Asturias.

**Objetivos.** La patología respiratoria crónica descompensada fue la causa más frecuente de ingreso en los primeros 6 meses de funcionamiento de la Unidad de Corta Estancia UCE constituyendo por GRD (88 y 541) el 16% de los pacientes dados de alta. En el presente trabajo revisamos las características de este grupo de pacientes, así como las diferencias respecto al grupo no ingresado en corta estancia.

**Material y métodos.** Se trata de un estudio retrospectivo de los pacientes dados de alta con los diagnósticos de EPOC descompensado. Para la selección inicial se incluyeron las altas codificadas con los GDR 88 y 541. Se establecieron dos grupos para comparar, el de los pacientes no incluidos en UCE e ingresados por reagudización de EPOC en ese período de tiempo y el de los pacientes con EPOC descompensado ingresados el año previo en el mismo período de tiempo, antes de la creación de la UCE. Se compararon también las diferencias entre el grupo tratado por la sección de neumología o de Medicina Interna. Los resultados se introdujeron en una base de datos y fueron analizados con el programa SPSS versión 11.

**Resultados.** Del total de pacientes ingresados en UCE, 99 lo fueron con diagnósticos de alta de EPOC descompensado constituyendo el 14% de las altas, el 70% ingresó a cargo de Medicina Interna y el 30% restante fue atendido por la sección de neumología. El 56% tenía insuficiencia respiratoria (pao 2 < 60) y un 12% con hipercapnia y un 8% con acidosis (este 8% en principio sería subsidiario de VMNI). Respecto al tratamiento, el 86% recibió tratamiento antibiótico, el 70% betalactámicos, el 16% quinolonas, y el 10% macrólidos, solo un 12% recibieron más de un antibiótico simultáneamente. Un 96% recibió corticoides sistémicos y el 100% recibieron salbutamol e ipratropio, solo un 4% recibió teofilinas y sólo un 10% corticoides inhalados. El 100% fueron enviados a domicilio con una estancia media de 4,37 días (Ds 1,76 días) y los reingresos fueron un 4% a una semana y un 12% a un mes. Al comprar la estancia media entre los pacientes vistos por neumología y medicina interna esta fue menor en el primer caso (3,89 DS 1,25 frente a 5,57 DS 2,27) y esta diferencia resultó estadísticamente significativa al compararla mediante ANOVA y T de student (P = 0,002), y al comparar ambos grupos encontramos que el número de pacientes con estadios más avanzados de la enfermedad era casi significativamente mayor entre los pacientes de medicina interna (P < 0,08), en cuanto al resto de las características eran similares tanto en características epidemiológicas, gravedad del cuadro de reagudización, datos analíticos y tratamiento, tampoco hubo diferencias en cuanto a comorbilidad (5,6 en MI frente a 5,4 en neumología). En cuanto al grupo de pacientes ingresados fuera de la UCE, se revisaron 169 altas con GDR 88 o 541 siendo válidos para el estudio 76 episodios en 58 pacientes, de ellos el 47,4% ingresaron en MI y el resto en Neumología (52,6%), el número de reingresos fue similar a una semana, pero mayor en los reingresos al mes en lo pacientes de neumología. Al comparar ambos grupos en este caso no encontramos diferencias en el estadio de la enfermedad en ambos grupos ni en el resto de características, datos clínicos (mayor frecuencia cardíaca y respiratoria en el grupo de MI) analíticos y tratamiento, también fue similar el índice de



comorbilidad de Charlson. Cuando se comparó el global de 2005 respecto a una muestra del mismo período del año anterior a la creación de la unidad de Cuidados intermedios encontramos la estancia media había bajado de 9,59 en 2004 a 7,94 en el año 2005 ( $p = 0,05$ ), siendo además pacientes con comorbilidades incluso superiores ( $p = 0,04$ ). También fue significativa la distribución por servicios, en 2004 el 84,3% ingreso en la sección de neumología, mientras en el 2005 lo fue el 43,7% ya que el 56,3% fue manejado por Medicina Interna ( $p < 0,01$ ).

**Conclusiones.** La creación de una unidad de corta estancia es una estrategia válida para reducir la estancia de los pacientes que ingresan por reagudización de EPOC. Los pacientes valorados y seguidos por MI en nuestro centro, tienen características similares a los de neumología, presentando cifras menores de estancia media, manteniendo cifras similares de reingreso.

### V-38

#### ANÁLISIS COMPARATIVO DE LA ACTIVIDAD ONCOLÓGICA EN MEDICINA INTERNA PRE Y POST ONCOLOGÍA MÉDICA EN UN HOSPITAL TERCIARIO

**E. Montero Aparicio<sup>1</sup>, P. Arriola Martínez<sup>1</sup>, D. Solano López<sup>1</sup>, M. Iriarte Ibararán<sup>1</sup>, P. Martínez Odriozola<sup>1</sup>, A. Moreno Rodrigo<sup>1</sup>, J. Sanz Prieto<sup>2</sup> y F. Miguel de la Villa<sup>1</sup>**

<sup>1</sup>Medicina Interna, <sup>2</sup>Urgencias. Basurto. Bilbao, Vizcaya.

**Objetivos.** Analizar la actividad oncológica en el Servicio de Medicina Interna en nuestro hospital antes y tras la creación del Servicio de Oncología Médica.

**Material y métodos.** Estudio descriptivo prospectivo durante 6 meses en 2005, incluyendo de forma consecutiva los pacientes ingresados en Medicina Interna, excluyendo los no neoplásicos, con un seguimiento evolutivo durante un año, realizándose a continuación análisis comparativo con estudio previo a la creación del Servicio de Oncología Médica (1992). En el protocolo, se han recogido los datos demográficos, la existencia de patología neoplásica previa o no, localización anatómica de la neoplasia actual, tipo histológico, grado de diseminación, y Escala de Karnofsky en el momento de ingreso. Se ha registrado la causa de ingreso (diagnóstico o complicación), la actitud terapéutica, los tiempos desde el primer síntoma hasta el ingreso y hasta el inicio de tratamiento y la existencia o no de complicaciones, causa de muerte, lugar y fecha. Para las variables continuas se utiliza la media y la desviación estándar como medida de dispersión. Las variables discretas han sido descritas en porcentajes. Para comparación de variables cuantitativas se ha utilizado la prueba *t* de Student y de *U* de Mann Whitney para variables sin distribución normal. Se ha utilizado la prueba de comparación de proporciones, el test de Chi cuadrado y la prueba exacta de Fisher para la comparación de variables categóricas (SPSS 11.0).

**Resultados.** En 1992 y en 2005, los pacientes oncológicos constituyen el 10% de los pacientes ingresados en Medicina Interna ( $p = NS$ ). La edad media es mayor en la actualidad ( $p < 0,05$ ). Hoy en día, ingresan más pacientes por complicación de patología neoplásica, pero el porcentaje de ingreso para diagnóstico es mayor que en 1992 ( $p < 0,001$ ). La estancia media global de Medicina Interna ha disminuido respecto a 1992 ( $p < 0,001$ ). Los pacientes oncológicos son hospitalizados durante menos días ( $p < 0,001$ ). Las neoplasias se diagnostican con mayor rapidez en la actualidad ( $p < 0,001$ ). Las complicaciones requieren menos días de ingreso ( $p < 0,001$ ). Los tumores se diagnostican en fases más precoces (estadio I-II) ( $p < 0,0002$ ). Con los avances médicos, especialmente en el campo de la Oncología Médica, cada vez se pueden ofrecer al paciente más alternativas terapéuticas, con fines curativos ( $p < 0,05$ ). Sin embargo, el tratamiento es paliativo en el 66% de los casos en la actualidad. El porcentaje de tumores respiratorios diagnosticados en Medicina Interna en 2005 es menor ( $p < 0,05$ ) debido a la mayor especificidad de los síntomas. La tendencia a fallecer en instituciones hospitalarias es cada vez mayor (83% en 2005 frente a 65% en 1992) ( $p < 0,05$ ). Oncología Médica se ha encargado de seguimiento posterior de paciente oncológico en el 18% de los casos.

**Discusión.** La patología neoplásica es una de las más prevalentes en los Servicios de Medicina Interna de los hospitales de nuestro Estado. Medicina Interna se encarga del diagnóstico definitivo de la patología neoplásica (biopsia y/o citología), del estadiaje tumoral, así como

de seleccionar el tratamiento más adecuado (activo o paliativo) en un buen número de casos. También se encarga de la actividad asistencial en cuanto al tratamiento de las descompensaciones de enfermedad neoplásica y el diagnóstico y tratamiento de los procesos intercurrentes. La organización y/o coordinación con instituciones hospitalarias de media-larga estancia o Unidades de Cuidados Paliativos es llevada a cabo por las Unidades de Medicina Interna en la mayoría de los casos. Oncología Médica se encargaría del tratamiento específico (Quimio o radioterapia) de la patología neoplásica, bien con actitud activa o paliativa.

**Conclusiones.** 1) La actividad oncológica en nuestro Servicio de Medicina Interna es igual que la previa a la creación del Servicio de Oncología Médica (10%); 2) Los pacientes oncológicos requieren menos días de hospitalización en la actualidad; 3) En la serie del 2005, llama la atención la mayor tendencia a fallecer en el Servicio de Medicina Interna (73%).

### V-39

#### ALCOHOL Y PUBLICIDAD EN LA PRENSA ESCRITA EN ESPAÑA: ¿SI LEES, NO CONDUZCAS?

**J. Montes-Santiago, M. Álvarez Muñiz y A. Baz Lomba**

Medicina Interna. Complejo Hospitalario Universitario de Vigo-Meixoeiro. Vigo, Pontevedra.

**Objetivos.** La publicidad del alcohol es un poderoso inductor para su consumo. Se analizó su publicidad en medios escritos en España (período 2002-2006).

**Material y métodos.** Estudio trasversal anual de los anuncios de cervezas y productos destilados de alcohol en los 41 medios escritos de mayor difusión en el período 2002-2006 (difusión media de 10,1 millones de lectores). Su distribución fue la siguiente: Suplementos semanales de diarios generales: 5, Diarios deportivos: 4, Revistas generales de adultos: 22, Magazines orientados a jóvenes: 6, Contenidos televisivos: 4. Para los cálculos globales se utilizaron las estimaciones poblacionales anuales del INE en mayores de 15 años. **Resultados.** Globalmente, un 29% de medios insertaron publicidad de cerveza y destilados (lectores medios: 2,9 millones, 29% de lectores totales). En oposición, sólo 4% insertaron campañas institucionales antidroga (lectores medios: 0,24 millones, 2,4% de los lectores totales). La publicidad de alcohol constituyó el 3,8% del global y el 8,6% de publicidad en medios que la permitieron. Ello significa que 3 de cada 10 lectores totales y 1 de cada 12 españoles > 15 años recibieron tal impacto publicitario. En el 33% de anuncios se incluyeron jóvenes y 3 de 6 medios orientados preferentemente a estos los permitieron.

**Discusión.** Dado que el alcoholismo, principalmente juvenil, constituye un problema creciente y de salud pública deben arbitrase medidas urgentes de prevención de dicho problema. Las medidas de educación para la salud, dirigidas a los jóvenes, padres, educadores y profesionales sanitarios, deben acompañarse imperativamente de medidas legislativas orientadas al control de tal publicidad, especialmente la dirigida al público juvenil.

**Conclusiones.** La publicidad del alcohol es alta en medios escritos y dirigida de forma prominente a jóvenes. En contraste, son escasas las campañas disuasorias antidroga.

### V-40

#### LA MORTALIDAD EN LA ZONA BÁSICA DE PUERTO REAL MANTIENE LA TENDENCIA DEL TRIANGULO SUROESTE DE ESPAÑA

**J. Casilla Vargas, J. Casado Recio, I. Martín Santos y S. Rapado Moreno**

Zona básica de salud. Centro de Salud. Puerto Real, Cádiz.

**Objetivos.** 1º). Evaluar la mortalidad global y por sexos en nuestro medio. 2º). Evaluar la mortalidad por patologías en nuestro entorno de trabajo.

**Material y métodos.** Estudio longitudinal descriptivo. Ambito: cohorte poblacional de la Zona Básica de Salud (ZBS) de Puerto Real. Grupo de estudio: muestra aleatoria estratificada de 1.800 personas, extraída de la BDU (base de datos de usuarios). Período: 8 años (01.01.98 - 31.12.05). Los datos clínicos proceden del archivo

de historias clínicas informatizadas (TASS/DYRAYA), y se incluyen en base datos EXCEL. Las causas de éxitus se registraron según el CIE-10. Las comparaciones se realizan con los datos bibliográficos (Tablas de mortalidad del año 2000 en España y Andalucía). Los resultados se expresan en valores absolutos y relativos con medidas de tendencia central y de dispersión para un IC: 95% ( $p < 0,05$ ).

**Resultados.** Muestra: 1.800 personas; Hombres: 936 (52%) (-72,12 años  $\pm$  1,99); Mujeres: 864 (48%) (-72,15 a.  $\pm$  1,96). Total de 115 defunciones (14,40 éxitus/año  $\pm$  0,32). Esperanza de vida: En nuestra población la edad media de mortalidad se sitúa en 72,1 (70,1-74) años para los varones y en 72,1(70,1-74,11) años para las mujeres. En nuestro medio apreciamos un predominio manifiesto de la mortalidad en los varones: 82 (71,3%) frente a las mujeres: 33 (28,7%). Causas de mortalidad: Tumores (TM): 33,9%; Enf. cardiocirculatorias (ECC): 33%; Enf. respiratorias (ER): 10,4%; Enf. digestivas (ED): 9,6%; Otras: 13%. Las tasas de mortalidad ajustadas por sexos: Varones: 10,95‰ (10,94 -10,96); mujeres: 4,77‰ (4,62 - 4,91). Las tasas de mortalidad según causas, global (TM: 273,5‰; ECC: 264,18‰ y ED: 76,87‰) y por sexos: V/H: (TM: 387,9‰ / 144,7‰); (ECC: 347,8‰ / 174,6‰) y (ED: 122,1‰ / 30,1‰).

**Discusión.** Los indicadores sanitarios de nuestro país, se encuentran entre los mejor situados de los países occidentales. Sin embargo, en los últimos años se han apreciado diferencias significativas en los índices de mortalidad y esperanza de vida, cuando las regiones o CCAA, se comparan individualmente y por separado. Se ha puesto en evidencia el estancamiento de la esperanza de vida, y el mayor índice de mortalidad global y por causas específicas (tumores y enfermedades cardiocirculatorias), en el triángulo constituido por Sevilla, Huelva y Cádiz (Estudio del profesor Benach de la Universidad Pompeu Fabra). Dada la situación geográfica de nuestro medio de trabajo, inmerso en la Bahía de Cádiz, nos preocupan dichos resultados y hemos considerado interesante constatar los mismos. Si comparamos con las cifras de esperanza de vida media (2000) de España y Andalucía, vemos que en ambos casos nos superan de forma significativa. En España: 75,6 años para varones y 82,6 años para mujeres; en Andalucía: 74,5 años para varones y 80,8 para mujeres. Nuestros resultados respecto a la mortalidad global, por sexos y causas, muestran también diferencias significativas ( $p < 0,05$ ), que confirman los estudios citados.

**Conclusiones.** 1). Disminución global y por sexos de la edad media de mortalidad; 2). Incremento de la mortalidad global; 3). Incremento mortalidad en los varones y 4). Disminución de mortalidad en las mujeres. 5). Incremento de la mortalidad global por tumores, enf. cardiocirculatorias y digestivas. 6). En los varones el incremento de mortalidad por tumores, enf. cardiocirculatorias y digestivas es aun mayor. 6). En las mujeres se mantiene la misma tendencia aunque con menor intensidad. La población estudiada presenta unos indicadores de mortalidad global, para el sexo masculino y por causas: TM, ECC y ED más elevados que la población estandar.

#### V-41

### APLICABILIDAD PRÁCTICA DEL CONCEPTO DE UNIDAD DE DOLOR TORÁCICO EN UN HOSPITAL NO TERCIARIO: EXPERIENCIA DEL HOSPITAL DE MATARÓ

**D. Torrellas<sup>1</sup>, C. Navas<sup>1</sup>, J. Batlle<sup>1</sup>, B. Ferreira<sup>1</sup>, A. Rius<sup>1</sup> y F. Casarramona<sup>1</sup>**

<sup>1</sup>Cardiología, <sup>1</sup>Urgencias. Hospital de Mataró. Mataró, Barcelona.

**Objetivos.** Está ampliamente establecida la necesidad de realizar un diagnóstico rápido y a la vez fiable del paciente que acude a urgencias con dolor torácico, dadas las implicaciones médicas, legales y económicas que un diagnóstico erróneo o una hospitalización prolongada suponen. También está bien establecida la utilidad de las Unidades de Dolor Torácico (UDT) para conseguir el diagnóstico rápido y fiable del dolor torácico; pero en nuestro medio existe una escasa implantación de estas unidades y sólo han sido publicadas experiencias en hospitales de nivel terciario. El objetivo básico de nuestro estudio ha sido conocer la aplicabilidad de la Unidad de Dolor Torácico (UDT) en un hospital de referencia con Unidad de Cuidados Intensivos sin intervencionismo.

**Material y métodos.** Para realizar este estudio se han tenido en cuenta, retrospectivamente, todos los pacientes que acudieron a Urgencias del Hospital de Mataró por dolor torácico entre noviem-

bre 2001 y enero 2003, excepto los que se les diagnosticó de forma inmediata un síndrome coronario agudo (SCA) u otra patología específica.

**Resultados.** 92 pacientes ingresaron en el hospital de Mataró con el diagnóstico de dolor torácico, de los cuales 48 (52%) ingresaron en la UDT y 44 (48%) ingresaron en planta convencional. La edad media fue de 58 años (desviación típica 11) y el 72% fueron hombres; no hubieron diferencias en cuanto a la edad media en los pacientes ingresados en la UDT y en planta convencional (57,77 años y 58,59 años respectivamente,  $p = 0,14$ ). De los 92 pacientes, 11 (12%) tenían antecedentes de cardiopatía isquémica. En 84 (91%) se les realizó una ergometría convencional y en 8 (9%) una prueba de esfuerzo isotópica (PEI). De los 84 pacientes a los cuales se les realizó una ergometría convencional, en 60 (71,4%) fue negativa, en 10 (12%) fue indeterminada, en 1 (1,2%) fue positiva no severa y en 13 (15,4%) fue positiva severa. Al 100% de los pacientes con prueba indeterminada se les realizó después una PEI, de las cuales 1 fue positiva (y se realizó coronariografía) y 9 fueron negativas. Al paciente con prueba positiva no severa se le dió el alta con tratamiento médico. Durante el seguimiento clínico entre 1-6 meses, tan solo 1 de los 60 pacientes (1,6%) con ergometría negativa presentó un SCA. La estancia global de los pacientes que ingresaron con el diagnóstico de dolor torácico fue de 4,52 días en la UDT y 5,43 días en planta convencional ( $p = 0,14$ ); pero en el subgrupo de los 60 pacientes en los cuales la ergometría fue negativa, la estancia media fue de 1,40 días en la UDT y 4,14 días en planta convencional ( $p < 0,00001$ ).

**Discusión.** El dolor torácico es una patología muy frecuente en el Servicio de Urgencias, y genera un alto volumen de ingresos con estancias medias prolongadas, con un importante incremento del gasto sanitario. Cualquier estrategia que incida en su reducción, manteniendo a su vez una buena sensibilidad y especificidad con respecto al diagnóstico de dolor torácico de posible origen coronario, representa un avance evidente en la práctica clínica. Este estudio demuestra que la UDT tiene evidente aplicación en la práctica asistencial actual.

**Conclusiones.** El concepto de unidad de dolor torácico es aplicable en un hospital no terciario con una alta fiabilidad diagnóstica, consiguiendo reducir la estancia media de forma importante.

#### V-42

### PROGRAMA DE ANTIBIOTERAPIA ENDOVENOSA EN UNA UNIDAD DE HOSPITALIZACIÓN A DOMICILIO

**M. del Río Vizoso<sup>1</sup>, S. Guiu Martí<sup>1</sup>, L. Martín Peña<sup>2</sup>, J. Sánchez García<sup>1</sup>, B. Fiol Durán<sup>1</sup>, M. Sabater Mulet<sup>1</sup> y L. Pallarés Ferreres<sup>2</sup>**

<sup>1</sup>Hospitalización a Domicilio, <sup>2</sup>Medicina Interna. Son Dureta. Palma de Mallorca, Baleares.

**Objetivos.** Describir un programa de antibioterapia endovenosa en una unidad de Hospitalización a Domicilio (HAD). Detallar los resultados de los primeros seis meses del programa, incidiendo en tipos de antibióticos, vías de administración y patologías más frecuentes. **Material y métodos.** Estudio prospectivo de los pacientes ingresados en una Unidad de HAD durante seis meses que requiriesen tratamiento antibiótico endovenoso. Se recogieron datos referentes a filiación, enfermedades de base, localización de la infección, duración del tratamiento, tipo de catéter utilizado, complicaciones relacionadas con el catéter, reacciones adversas al fármaco y evolución del programa.

**Resultados.** Número de pacientes: 55 (56% de los ingresos en la unidad). 54% varones. Edad media 59 años (19-96). Vía periférica en 54 (99%); 1 catéter central de inserción periférica. Número total de días en programa: 314. Estancia media: 5,7 días (2-19). En cuanto al tipo de infección, el 39% fueron infecciones urinarias, 26% respiratorias, 12% infecciones de tejidos blandos, 6% colecistitis agudas, 4% artritis sépticas y 13% otras localizaciones. Cambio de vía en 16 ocasiones por flebitis y 1 por extravasación. El 100% de los pacientes completó el tratamiento en domicilio. Un cambio de tratamiento (1,81%) por resistencia del germen al antibiótico empírico elegido. Los datos referentes a los antibióticos más utilizados se muestran en la tabla.

**Discusión.** En la década de los setenta aparecieron los primeros estudios sobre antibioterapia endovenosa en domicilio, sobre todo en

Estados Unidos. En nuestro país desde el año 1998 se vienen publicando series llevadas a cabo en HAD. Según la encuesta de Tratamiento Antibiótico Parenteral Extrahospitalario realizada por la Unidad de HAD del Hospital de Donostia, cerca de la mitad de las unidades de HAD del país administran antibioterapia endovenosa en domicilio. Nuestros datos son similares a los descritos en otras series en cuanto a estancias medias, tipo de antibióticos empleados y patologías más frecuentemente atendidas. El bajo índice de infecciones en pacientes quirúrgicos se puede explicar por la mayor procedencia de enfermos desde el área de Urgencias de nuestro hospital.

**Conclusiones.** La antibioterapia endovenosa en domicilio es segura y permite completar, en pacientes seleccionados, el tratamiento sin necesidad de permanecer en el hospital evitando infecciones nosocomiales. Se necesita personal formado en diagnóstico y tratamiento de enfermedades infecciosas, habituados al empleo de antibióticos de uso hospitalario. La Ceftriaxona, por su posología, buena tolerancia y escasos efectos secundarios, es el antibiótico más frecuentemente usado. Aquellos pacientes con infecciones respiratorias, urinarias, tejidos blandos y osteoarticulares que cumplan criterios de HAD pueden ser tratados de forma segura en domicilio.

Tabla 1. Antibióticos empleados.

Antibiótico	Frecuencia de empleo
Ceftriaxona	58%
Ceftazidima	7%
Teicoplanina/Vancomicina	7%
Amoxicilina-clavulánico	5%
Levofloxacin	5%
Otros	18%

#### V-43

##### UTILIDAD DEL CMBD COMO HERRAMIENTA PARA LA DETECCIÓN DE ACONTECIMIENTOS ADVERSOS MEDICAMENTOSOS

L. Sanchez Muñoz<sup>1</sup>, J. Castiella Herrero<sup>1</sup>, F. Sanjuan Portugal<sup>1</sup>, J. Naya Machado<sup>1</sup>, M. Alfaro Alfaro<sup>2</sup> y S. Cuesta Presedo<sup>3</sup>

<sup>1</sup>Medicina Interna, <sup>2</sup>Farmacología, <sup>3</sup>Admisión y Documentación. Fundación Hospital Calahorra. Calahorra, La Rioja.

**Objetivos.** 1). Analizar la incidencia y características de los acontecimientos adversos a medicamentos (AAM) notificados en el informe de alta hospitalaria, así como la gravedad y los fármacos implicados en los mismos y 2). evaluar su posible evitabilidad.

**Material y métodos.** Estudio retrospectivo en el que a partir del Conjunto Mínimo Básico de Datos (CMBD) se identificaron aquellos pacientes dados de alta entre enero y diciembre de 2.005 en cuyo informe de alta se incluían los códigos asociados a efectos adversos por medicamentos según la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-9-MC) (códigos E850-E858, E870-E876, E930-E949, E980-E989, 960-979). Mediante la revisión de las historias clínicas se recogieron los datos necesarios para evaluar en cada AAM: el lugar de detección (extrahospitalario/ intrahospitalario), manifestaciones clínicas, medicamentos implicados, severidad del AAM (según clasificación del Sistema Español de Farmacovigilancia), evitabilidad, tipificación de los AAM potencialmente prevenibles (errores de medicación, EM) y de los inevitables (reacciones adversas a medicación, RAM).

**Resultados.** Se detectan AAM en un 4,01% (n = 160) del total de informes de alta del periodo de estudio. El 45% (n = 72) fueron AAM detectados en Urgencias, CCEE o hemodiálisis y 55% (n = 88) durante la hospitalización. Los AAM generaron un 3,22% de los ingresos urgentes. La tasa de AAM intrahospitalarios fue del 2,20%. Los casos recuperados del CMBD procedían mayoritariamente de servicios médicos (86,88%). Los pacientes afectados por AAM (53,7% mujeres y 46,3% hombres), tenían una edad media de 72,3 años (1-97) y tomaban una media de 5,9 fármacos (1-16). Los órga-

nos o sistemas afectados con más frecuencia por los AAM fueron: digestivo 35,64%, metabolismo 28,19%, SNC 8,51%, piel y anejos 8,51%, cardiovascular 6,38%, respiratorio 4,26%, hematología 2,13%. El 38,1% de los AAM fueron graves, 40,0% moderados y 21,9% leves. Los AAM que originaban ingreso fueron graves en 80,6% de casos y se asociaban a AINEs y otros analgésicos 20,2%, digoxina 14,3%, insulina y antidiabéticos orales 10,7%, diuréticos 9,5%, anticoagulantes orales y heparina 9,5% y antiinfecciosos 8,3%. Los AAM que acontecían durante la hospitalización fueron graves en 3,4% de casos y se asociaban a antiinfecciosos 37,6%, glucocorticoides sistémicos 27,9%, diuréticos 10,7% y digoxina 4,3%).

**Conclusiones.** 1) La explotación del CMBD es un método de detección de AAM válido, complementario de otros métodos (registro de intervenciones farmacéuticas, técnicas de observación, notificación fomentada, monitorización de señales de alerta, notificación voluntaria). 2) Detecta AAM relacionados fundamentalmente con la prescripción y seguimiento. 3) Presenta como inconvenientes el consumo de tiempo y recursos humanos, no ser efectivo para detectar errores en la administración y transcripción, salvo que ocasionen daños. 4) Refleja con más fidelidad los AAM que motivan el ingreso hospitalario, que el número de AAM ocurridos durante la hospitalización (infranotificación de la yatrogenia por medicamentos en la historia clínica). 5) Los AAM son más frecuentes en pacientes de edad, de sexo femenino, con polifarmacia y pluripatología. 6) Los AAM durante la hospitalización son fundamentalmente leves y moderados. 7) Los AAM que originaron ingreso, suelen ser graves, y en ellos juega un papel importante las deficiencias en el seguimiento del paciente (en el caso de sobredosificación de digital, diuréticos, antidiabéticos), el incumplimiento no intencionado y la automedicación (en el caso de hemorragias digestivas por AINEs). 8) Los fármacos implicados, como en otra series, son AINEs y otros analgésicos, digoxina, insulina y antidiabéticos orales, diuréticos, anticoagulantes, antiinfecciosos, glucocorticoides sistémicos y medicamentos cardiológicos. 9) El conocimiento por los prescriptores de que muchos de los AAM prevenibles dependen de los procesos de prescripción y seguimiento del tratamiento farmacológico de un número reducido de fármacos, debe ayudar a implantar barreras que disminuyan su frecuencia.

#### V-44

##### ATEROEMBOLIA: ¿MÁS FRECUENTE DE LO QUE CREEMOS?

J. Hens Gutiérrez<sup>1</sup>, N. Muñoz Rivas<sup>1</sup>, T. Aldámiz-Echevarría Lois<sup>1</sup>, J. Fraile González<sup>1</sup>, A. Muño Miguez<sup>1</sup>, J. Cabrera Aguilar<sup>1</sup>, B. Pinilla Llorente<sup>1</sup> y L. Audibert Mena<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Medicina Interna II, <sup>2</sup>Departamento de Medicina Interna. Gregorio Marañón, Madrid.

**Objetivos.** Valorar la incidencia del embolismo de colesterol, sus manifestaciones clínicas y su importancia pronóstica.

**Material y métodos.** Se realizó un estudio retrospectivo, longitudinal a través del archivo de historias clínicas de un hospital de tercer nivel durante un periodo de 10 años. Se registraron todas aquellas historias cuyo diagnóstico hubiera sido codificado como "ateroembolia" o "embolismo por cristales de colesterol". La búsqueda se hizo en los servicios médicos de Medicina Interna, Nefrología y Cardiología así como en los servicios de Cirugía cardíaca y Cirugía Vascul Periférica. En todos los pacientes se estudió la presencia de las manifestaciones clínicas clásicas (Livedo reticularis, "blue toe syndrome", insuficiencia renal o isquemia intestinal) así como alteraciones analíticas relacionadas (LDH, VSG, PCR, eosinofilia) y la relación con factores precipitantes (angiografía, anticoagulación) y la existencia de confirmación histológica al diagnóstico. Se evaluó también la evolución clínica incluyendo recurrencia de la ateroembolia, isquemia en otros territorios, necesidad de diálisis y mortalidad.

**Resultados.** En los últimos 10 años, únicamente se han codificado con diagnóstico de ateroembolia o embolismo de cristales de colesterol 4 pacientes, esta cifra es llamativamente inferior a la esperada ya que la ateroembolia supone de un 1% a un 4% de la mortalidad global. Las manifestaciones clínicas al diagnóstico están representadas en la tabla 1. El diagnóstico histológico se realizó mediante biopsia cutánea en el 100% de los casos siendo el "Síndrome del dedo

azul" el signo clínico que con mayor frecuencia conduce al diagnóstico como en otras series. En cuanto a la evolución, un 25% sufrió embolia recurrente u otros eventos cardiovasculares, éstas tuvieron lugar en un período medio de 3 meses. El 25% precisó tratamiento quirúrgico y el 50% falleció en un período medio de 2 meses.

**Discusión.** En un hospital como el nuestro, en el que se realizan unos 1.600 cateterismos al año, cabría esperar una incidencia de ateroembolias de al menos 2,4 casos/año debido a que la incidencia de ateroembolia tras procedimientos angiográficos se estima entre 0,15 y 25% según las series. Teniendo en cuenta que solo se han registrado 4 casos en 10 años podemos decir que hay más de un 80% de los casos que pasan desapercibidos, bien porque no se diagnostiquen o porque se codifiquen como otros diagnósticos tales como ictus tras cateterismo, isquemia distal o fracaso renal.

**Conclusiones.** La ateroembolia es una enfermedad infradiagnosticada, frecuentemente relacionada con procedimientos diagnósticos vasculares invasivos y con terapia anticoagulante que conlleva una elevada morbimortalidad a corto plazo. Esto hace necesario aumentar el nivel de sospecha en pacientes con múltiples factores de riesgo cardiovascular o deterioro de función renal que hayan sido sometidos a tales procedimientos o inicien anticoagulación.

Tabla 1. Manifestaciones clínicas al diagnóstico.

Blue Toe	100%
Livedo reticularis	75%
Gangrena/necrosis	25%
Insuficiencia renal	100%
Eosinofilia	50%

**V-45**

**ELEVACIÓN DE ENZIMAS HEPÁTICAS EN LA ENFERMEDAD CELÍACA DEL ADULTO. PREVALENCIA, CARACTERIZACIÓN ANATOMOPATOLÓGICA Y EVOLUCIÓN CON EL TRATAMIENTO**

**M. Pazo Núñez<sup>1</sup>, N. Mallo González<sup>1</sup>, I. Abdulkader<sup>2</sup>, E. Otero Antón<sup>1</sup>, I. Villamil Cajoto<sup>1</sup> y A. González Quintela<sup>1</sup>**

<sup>1</sup>Medicina Interna, <sup>2</sup>Anatomía Patológica. Hospital Clínico Universitario. Santiago de Compostela, A coruña.

**Objetivos.** Las manifestaciones clínicas de la enfermedad celíaca del adulto son muy variadas, y pueden incluir alteraciones hepáticas. El objetivo del presente estudio fue conocer la prevalencia de enfermedad celíaca en una consulta de Hepatología, así como caracterizar las alteraciones hepáticas y su evolución con el tratamiento.

**Material y métodos.** Revisión de los historiales clínicos de los pacientes adultos finalmente diagnosticados de enfermedad celíaca en un período de tiempo comprendido entre 1997 y 2004, en la consulta de Hepatología del Servicio de Medicina Interna del Hospital Clínico Universitario de Santiago de Compostela.

**Resultados.** De un total de 1.916 pacientes adultos vistos por primera vez en dicha consulta, 10 pacientes (5 por mil) fueron finalmente diagnosticados de enfermedad celíaca. Todos habían sido remitidos por elevación persistente de enzimas hepáticas. Todos eran jóvenes (edad media 30 años, intervalo 21-39 años) y con predominio de mujeres (ocho casos, 80%). Seis pacientes (60%) habían presentado clínica atribuible a la enfermedad celíaca (no diagnosticada), a veces desde su infancia. El trastorno más frecuente era la anemia ferropénica (40%). Dos pacientes referían una historia de problemas nutricionales desde la infancia y sólo dos pacientes referían manifestaciones digestivas, con alteraciones del hábito intestinal. En todos los casos la elevación de enzimas hepáticas era moderada, con valores que no superaron las tres veces el valor superior de la normalidad, con una única excepción. La función hepática de síntesis estaba globalmente conservada. El hallazgo más constante fue la elevación de la GPT (90%), seguido de la GOT (80%). En la biopsia hepática se observó (en los cinco pacientes en los que fue realizada) un infiltrado inflamatorio crónico periportal a expensas de linfocitos T mayoritariamente CD8-positivos. El inmunofenotipo del infiltrado

inflamatorio hepático fue superponible al de los linfocitos intraepiteliales en las biopsias intestinales. La supresión del gluten de la dieta consiguió normalizar los niveles de enzimas hepáticas en todos los casos, así como mejoría de manifestaciones digestivas, como dispepsia, no reconocidas previamente.

**Discusión.** El presente estudio ilustra cómo la enfermedad celíaca del adulto puede ser paucisintomática, o con manifestaciones clínicas atípicas. La elevación persistente de las enzimas hepáticas puede incluirse como forma de presentación atípica de la enfermedad celíaca. El mecanismo responsable de las alteraciones hepáticas en la enfermedad celíaca es en buena parte desconocido. En el presente estudio se realizó una revisión sistemática de las biopsias realizadas, incluyendo un estudio inmunohistoquímico que mostró que el infiltrado se constituye fundamentalmente de linfocitos T positivos para CD8 (con actividad probablemente citotóxica). Este hallazgo, junto a la base inmunopatogénica de la enfermedad celíaca, y la similitud con el inmunofenotipo de los linfocitos intraepiteliales de las biopsias intestinales de los mismos pacientes, podrían sugerir alguna forma de autoinmunidad como mecanismo de la hepatopatía en la enfermedad celíaca. Además, el hecho de que las alteraciones hepáticas se normalicen con la dieta sin gluten sugiere que la hepatopatía es un hecho dependiente de la propia enfermedad celíaca y no de otra entidad asociada. Por último, en cuanto al tratamiento, que no sólo consigue la normalización de las alteraciones hepáticas en la totalidad de los casos, sino que mejora las manifestaciones asociadas y podría prevenir el desarrollo de complicaciones como el linfoma intestinal.

**Conclusiones.** La enfermedad celíaca debe tenerse en cuenta en el diagnóstico diferencial de la elevación persistente de enzimas hepáticas en el adulto. El hallazgo histopatológico más constante es el infiltrado periportal por células T. Las alteraciones hepáticas, en general leves, mejoran con dieta libre en gluten.

**V-46**

**TRATAMIENTO DE LA HIPOACUSIA SUBITA EN UNA UNIDAD DE HOSPITALIZACIÓN A DOMICILIO**

**S. Guiu Martí<sup>1</sup>, M. del Río Vizoso<sup>1</sup>, L. Martín Pena<sup>2</sup>, S. Mas Mercant<sup>3</sup>, I. Acosta Jiménez<sup>1</sup>, C. Torrandell Fiol<sup>1</sup> y L. Pallarés Ferreres<sup>2</sup>**

<sup>1</sup>Hospitalización a domicilio, <sup>2</sup>Medicina Interna, <sup>3</sup>Otorrinolaringología. Son Dureta. Palma de Mallorca, Baleares.

**Objetivos.** Describir 4 casos de hipoacusia súbita tratados en una unidad de Hospitalización a Domicilio como ejemplo de una modalidad asistencial útil y cómoda para el tratamiento de dicha patología. Revisión de la bibliografía existente acerca del tratamiento en domicilio de la hipoacusia súbita.

**Material y métodos.** Descripción de 4 casos de pacientes ingresados en Hospitalización a Domicilio (HAD) para tratamiento de hipoacusia súbita, haciendo énfasis en el tratamiento prescrito y el control clínico. Búsqueda bibliográfica vía MEDLINE con los descriptores MESH "hearing loss" y "Home Care Services, Hospital-Based" y en búsqueda directa con los términos "hipoacusia" y "hospital at home", "home hospitalization" y "hospitalization at home".

**Resultados.** Caso 1: Mujer de 48 años que acude a urgencias por episodio súbito de pérdida de audición en oído izquierdo (OI). Es valorada por otorrinolaringología (ORL) mediante audiometría que mostró hipoacusia de percepción decidiendo iniciar tratamiento con pentoxifilina 900 miligramos (mg) en perfusión continua y metilprednisolona a dosis de 1 mg por kilogramo al día, ambos durante 5 días. A las 24 horas del inicio de la medicación se decide traslado a domicilio, cumpliendo el tratamiento sin complicaciones. Caso 2: varón de 38 años sin antecedentes de interés que es valorado por ORL por cuadro de hipoacusia súbita mediante audiometría que mostró hipoacusia de percepción, iniciando el tratamiento con pentoxifilina y metilprednisolona, cumpliendo tratamiento sin complicaciones. Caso 3: mujer de 45 años con antecedentes de timpanoplastia en 1997 y 2001 de OI por otitis media crónica. Presentó episodio brusco de pérdida auditiva en oído derecho siendo valorada por ORL mediante audiometría y diagnosticada de hipoacusia perceptiva. Se trasladó a domicilio cumpliendo tratamiento sin complicaciones. Caso 4: mujer de 36 años con antecedentes de Leucemia mieloblástica aguda en tratamiento con ciclosporina, fluconazol, penicilina y aciclovir que presentó hipoacusia brusca de OI. Tras consulta a hematología se

instauró tratamiento y a las 24 horas se remitió a domicilio bajo control de HAD, cumplimentando los 5 días de tratamiento sin haber presentado efectos adversos.

**Discusión.** La hipoacusia súbita consiste en una pérdida brusca (menos de 72 horas) de audición, habitualmente unilateral, provocada por diferentes causas. Se puede acompañar de tinnitus, vértigo e incluso otalgia. Su diagnóstico es clínico, apoyándose en la audiometría y en el estudio etiológico. El tratamiento se basa en corticoides, y existen distintos estudios que muestran el beneficio de la pentoxifilina. Los efectos secundarios de los corticoides son bien conocidos, y en cuanto a la pentoxifilina puede aparecer rubefacción, agitación, convulsiones e hipotensión. La aparición de efectos secundarios es menor en perfusión continua que en bolus. La HAD dispone de personal médico y de enfermería entrenados en la infusión endovenosa de fármacos y su control clínico, por lo que constituye una alternativa al tratamiento convencional intrahospitalario. Se protocolizó con el servicio de ORL el manejo en domicilio de los pacientes con sordera súbita en aquéllos que cumplieren criterios de HAD. Tras revisar la bibliografía, las únicas referencias existentes son menciones de otras unidades de HAD que incluyen en su cartera de servicios el tratamiento de la sordera súbita, pero no hemos encontrado descripciones de casos u otros tipos de referencias acerca del tema.

**Conclusiones.** El tratamiento de la sordera súbita puede ser realizado en domicilio con seguridad para el paciente, evitando estancias innecesarias, mediante las unidades de Hospitalización a Domicilio. Se necesita coordinación con ORL para realizar las pruebas diagnósticas necesarias y el control evolutivo tras finalizar el tratamiento. Existen pocas evidencias en la literatura acerca del tratamiento en domicilio de esta patología

#### V-47

### EVALUACIÓN INICIAL DEL PACIENTE QUE ACUDE A URGENCIAS POR DOLOR TORÁCICO: CÓMO DESCARTAR UN SÍNDROME CORONARIO AGUDO.

**E. Gómez Angelats, B. López Barbeito, E. Bragulat Baur, O. Miró Andreu, V. Gil Espinosa, A. García Martínez, J. Alonso Viladoy y M. Sánchez Sánchez**

*Urgencias Medicina. Hospital Clínic, Barcelona.*

**Objetivos.** Establecer para los pacientes que acuden por dolor torácico un modelo predictivo que permita identificar en la fase de triage un síndrome coronario agudo (SCA), a partir de características clínicas y demográficas, y antes de la realización de un electrocardiograma (ECG).

**Material y métodos.** Estudio de los primeros 932 pacientes consecutivos con dolor torácico que acudieron a una unidad de dolor torácico (UDT) de un servicio de urgencias hospitalario. Evaluación de datos demográficos y clínicos (edad, sexo, número y tipo de factores de riesgo cardiovascular hipertensión arterial (HTA), diabetes mellitus (DM), hipercolesterolemia, hipertrigliceridemia, tabaquismo-, antecedentes de cardiopatía isquémica, y características del dolor. La relación entre variables se analizó por regresión logística múltiple

**Resultados.** Las variables que se asociaron significativamente al dolor no coronario fueron: Edad < 40 años (OR: 3,9 [IC95%: 2,3 a 7,2]), ausencia de diabetes mellitus (3,0 [1,6 a 5,8]), ausencia de cardiopatía isquémica previa (3,8 [2,2 a 6,1]), dolor no opresivo (7,4 [4,7 a 11]), dolor no retroesternal (2,8 [1,5 a 4,2]). El área ROC fue de 0,88, con un valor predictivo positivo del 94% y un valor predictivo negativo del 72%.

**Discusión.** Los resultados del presente estudio ponen de manifiesto que es posible seleccionar, entre los pacientes que acuden a un servicio de urgencias hospitalario por dolor torácico, aquellos con riesgo prácticamente cero de que dicho dolor este causado por un síndrome coronario agudo. En efecto, en todos aquellos pacientes menores de 40 años, no diabéticos, sin antecedente de cardiopatía isquémica conocida, que consulten por un dolor torácico no opresivo de localización no retroesternal (datos todos ellos obtenibles en el momento de llegar a urgencias y sin necesidad de explorar al paciente), es posible descartar, de forma segura en el mismo proceso de triage o clasificación, un síndrome coronario agudo.

**Conclusiones.** En el proceso de triage de los pacientes que consultan por dolor torácico no traumático es posible identificar, de forma segura, aquéllos que no padecen un SCA. En momentos de plétora asistencial, este hecho permite predecir qué pacientes que acuden

por dolor torácico pueden esperar de forma segura su turno de visita, y contribuir a un uso más eficiente de los recursos.

Tabla 1. Variables seleccionadas por regresión logística múltiple como predictivas de que el dolor torácico no sea coronario.

Variables incluidas	Valor de p
Edad < 40 años	< 0,001
Ausencia de DM	0,015
Ausencia de cardiopatía isquémica previa	< 0,001
Dolor no opresivo	< 0,001
Dolor no retroesternal	0,003

#### V-48

### UNIDAD DE DIAGNÓSTICO RÁPIDO EN UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL

**M. Rubio Rivas<sup>1</sup>, A. Vidaller<sup>1</sup>, R. Pujol Farriols<sup>1</sup>, R. Mast<sup>2</sup>, C. Cañas<sup>2</sup> y S. Jorquera<sup>3</sup>**

<sup>1</sup>Medicina Interna, <sup>2</sup>Radiología, <sup>3</sup>Enfermería.

*Hospital de Bellvitge. Hospitalet de Llobregat, Barcelona.*

**Objetivos.** Estudio descriptivo de los 8 primeros meses de funcionamiento de una Unidad de Diagnóstico Rápido por vía ambulatoria.

**Material y métodos.** La Unidad de Diagnóstico Rápido está situada en las Consultas Externas del Hospital de Bellvitge y consta de un Médico Internista, un Radiólogo y una enfermera. Los pacientes son visitados de lunes a viernes en régimen ambulatorio. Está dirigido a pacientes con patologías potencialmente graves con estado general conservado que les permita acudir en diversas ocasiones al Hospital. El estudio tiene lugar en un plazo máximo de 20 días. Existe la posibilidad de realizar las principales pruebas diagnósticas (estudios analíticos, radiología simple, ecografía, TC, endoscopia, PAAF, biopsia ganglionar).

**Resultados.** Hemos estudiado 507 pacientes repartidos por sexo al 50%, con una mediana de edad de 62 años. La mediana de tiempo en estudio es de 8 días. La procedencia de los pacientes es desde Urgencias (70%) y Primaria (27%). Los principales motivos de consulta son anemia, síndrome tóxico, adenopatías, masas, FOD, diarrea crónica. En el 33% de los pacientes hemos llegado a un resultado etiológico y en un 67% el diagnóstico ha sido de presunción. En 90 pacientes (17,8%) se ha diagnosticado patología tumoral, entre éstos destacan los linfomas, neoplasia de colon, pulmón, estómago, esófago y parótida. De los 507 pacientes visitados 182 (35,95) hubieran ingresado de no existir dicha Unidad. Si esta cifra la multiplicamos por la estancia media del Servicio de Medicina Interna (10,5 días) y dividimos el resultado por el total de días estudiados (196 días) nos da el número de camas hospitalarias de Medicina Interna ahorradas (9,75 camas diarias).

**Discusión.** Esta nueva experiencia ha nacido de la necesidad de dar una salida precoz a pacientes hasta ahora estudiados en Consultas Externas pero con unos plazos de demora importantes y por otro lado a pacientes ingresados para estudio de patologías potencialmente graves que no podían permitirse ser estudiados en régimen ambulatorio. En especial es de destacar el estudio de la patología tumoral que requiere un diagnóstico precoz. Es muy importante a la hora de rentabilizar al máximo la consulta que la selección de los pacientes que acuden a la consulta se haga correctamente desde los puntos de origen siguiendo unas instrucciones anteriormente explicadas, por lo que hemos acotado las patologías que aceptamos en la consulta a aquellas en las que el diagnóstico era más rentable. Este método ayuda de forma notable a la gestión hospitalaria en cuanto al ahorro en camas hospitalarias y es una solución a tener en cuenta en los centros que todavía no disponen de unidades de este tipo.

**Conclusiones.** Es ésta una solución exportable a todos los hospitales del Estado y una alternativa a la hospitalización tradicional de los pacientes en estudio a tenor de los buenos resultados coste-beneficio.

## V-49

**CÁNCER COLORRECTAL. ESTUDIO EPIDEMIOLÓGICO, CLÍNICO Y EVOLUTIVO DE UNA SERIE DE 120 PACIENTES**

**J. Mosquera Lozano, R. Daroca Pérez, A. Echeverría Echeverría, M. Moreno Azofra, A. Orive Brea, A. Tejada Evans y P. Cuevas Jiménez**

Servicio de Medicina Interna. Hospital San Millán. Logroño, La Rioja.

**Objetivos.** Conocer las características epidemiológicas, clínicas, modalidades terapéuticas y evolución de una serie de pacientes diagnosticados de cáncer colorrectal (CCR) en nuestra Comunidad.

**Material y métodos.** Estudio de tipo cohorte histórica. Se analizaron las historias clínicas de los pacientes diagnosticados de CCR en nuestra Comunidad en el año 2000. Se analizaron variables epidemiológicas y clínicas, modalidades de tratamiento y evolución a los 5 años del diagnóstico.

**Resultados.** Se recogieron 120 casos de CCR diagnosticados en el año 2000. El 55% fueron varones; edad media de  $69 \pm 12,5$  años, sin diferencias entre varones y mujeres. El 100% fueron adenocarcinomas. El síndrome que llevó al diagnóstico fue rectorragia en el 37,5%, dolor abdominal 16,7%, anemia ferropénica 15,8%, obstrucción intestinal 14,2%, síndrome constitucional 10%. Localización: rectosigmo 41,5%, recto, colon derecho 16,9%, transverso 10,2%. Al diagnóstico se encontraban en estadio I el 13,6%; II: 29,7%; III: 30,5%; IV: 26,3%. El estado funcional según escala ECOG fue: 0: 42,5%; 1: 39,6%; 2: 8,5%; 3: 9,4%. No hubo diferencias significativas entre varones y mujeres en todas estas variables. Presentaban anemia al diagnóstico ( $Hb < 10$ ) el 23,9%, mayor porcentaje en el caso de las mujeres ( $p = 0,01$ ). Se realizó tratamiento con intención curativa en el 67,5% y paliativa en el 32,5%. Se realizó cirugía en el 93,3%. La supervivencia global a los 5 años fue del 35%, con una supervivencia media de  $36 \pm 26,8$  meses. El 10,8% fallecieron de causas no relacionadas con el cáncer. El 100% de los pacientes que recibieron tratamiento paliativo fallecieron, con una supervivencia mediana de 8,3 meses. De los pacientes que recibieron tratamiento con intención curativa un 6,1% se perdió el seguimiento, otro 6,1% fallecieron en el postoperatorio, 30,5% experimentaron recidiva (88% fallecieron), 57,3% no recidivaron (de ellos un 21% falleció de causas no relacionadas con el cáncer). La supervivencia a 5 años en este grupo fue de 51,9%.

**Discusión.** Los datos de nuestro estudio son similares otros de nuestro ámbito respecto a edad, localización, estadio. Destaca el buen estado funcional de los pacientes; sin embargo un alto porcentaje se diagnosticó en estadios avanzados. El empleo de cirugía fue muy elevado. La supervivencia es reducida y llama la atención una elevada incidencia de muertes no relacionadas con el cáncer.

**Conclusiones.** El CCR sigue teniendo en nuestra Comunidad una alta mortalidad pese al empleo de cirugía y tratamiento multidisciplinar de forma amplia.

## V-50

**HEPATITIS ALCOHÓLICA: REVISIÓN DE LOS PATRONES DE CONSUMO, CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS Y EVOLUCIÓN DE LOS PACIENTES INGRESADOS**

**C. Pons<sup>1</sup>, B. Roson<sup>2</sup>, I. Pelegrín<sup>3</sup>, A. Martínez<sup>4</sup>, M. Alonso<sup>5</sup>, C. Baliellas<sup>6</sup>, F. Bolao<sup>7</sup> y R. Pujol<sup>8</sup>**

<sup>1</sup>Aparato Digestivo, <sup>2</sup>Medicina Interna, <sup>3</sup>Medicina Interna,

<sup>4</sup>Medicina Interna, <sup>5</sup>Psiquiatría, <sup>6</sup>Aparato digestivo, <sup>7</sup>Medicina Interna, <sup>8</sup>Medicina Interna. Bellvitge. Hospitalet de Llobregat, Barcelona.

**Objetivos.** Describir el patrón de consumo, las características clínicas y la evolución de la hepatitis alcohólica [HA] en pacientes ingresados en un Hospital Universitario.

**Material y métodos.** Se evaluaron prospectivamente todos los pacientes ingresados en los servicios de medicina interna, digestivo y psiquiatría entre octubre 2002 y abril 2006. El patrón de consumo de alcohol se determinó mediante evaluación clínica y los cuestionarios AUDIT-10 y MALT. Se clasificó la HA como asintomática en presencia de elevación de las transaminasas mayor o igual a 5 veces el límite superior normal, con una ratio AST/ALT  $> 2$  y sintomática cuando se añadían hepatomegalia/hepatalgia y dos o más síntomas relacionados, en ausencia de otras etiologías de hepatitis.

**Resultados.** El uso perjudicial del alcohol se detectó en 612 (14%) de los 4.238 pacientes evaluados. Se detectó hepatitis alcohólica (HA) en 56 (9% de casos con consumo perjudicial); 39 (70%) hombres, edad media  $49 \pm 11$  años, que consumían una media de  $14 \pm 12$  UBEs/día (94 UBE /semana). Los patrones de consumo detectados fueron: consumo de riesgo 3 (5%) pacientes, abuso 1 (2%), dependencia 52 (93%). En 35 (62%) pacientes se conocían antecedentes de patología asociada a consumo de alcohol [cirrosis hepática 15 pacientes, esteatosis hepática 13, hepatitis alcohólica 8, polineuropatía 7, pancreatitis 6]. Treinta y nueve (70%) pacientes tenían diagnóstico de abuso/dependencia previo. Se presentaron con fiebre 21 (37%) pacientes, ictericia 43 (77%) y hepatomegalia o hepatalgia 43 (77%). El patrón bioquímico fue ALT  $2.3 \pm 6.8$ , AST  $4.1 \pm 4.2$ , ratio AST/ALT  $3.2 \pm 1.36$ , GGT  $11.5 \pm 15.2$ , bilirrubina total  $145.1 \pm 132.8$ . La HA se clasificó como sintomática en 40 (71%) casos (asociada a cirrosis en 20 casos) y asintomática en 16 casos. En 20 casos se administró tratamiento con pentoxifilina y en 2 casos se añadieron corticoides. Cinco (8,9%) pacientes fallecieron durante el ingreso. La supervivencia acumulada a los 30 días fue de 90,3% y al año 79,0%. Dieciseis (52%) de los 31 pacientes que fueron derivados a centro de deshabituación alcohólica siguieron tratamiento.

**Conclusiones.** El patrón de consumo de alcohol predominante en pacientes con HA fue el de dependencia con ingestas diarias muy cuantiosas. Dos tercios de los casos son sintomáticos siendo graves la mitad de éstos. En la mitad de los casos derivados se prosigue tratamiento de deshabituación.

## V-51

**ESTUDIO SOBRE ERRORES DE PRESCRIPCIÓN - TRANSCRIPCIÓN Y ADMINISTRACIÓN DE FÁRMACOS EN UNA UNIDAD DE MEDICINA INTERNA**

**P. Ryan Murua<sup>1</sup>, A. Chacón<sup>2</sup>, A. Jiménez Muñoz<sup>1</sup>, J. Hens Gutiérrez<sup>1</sup>, E. Calvo Lasso de la Vega<sup>1</sup>, J. Cabrera Aguilar<sup>1</sup>, B. Pinilla Llorente<sup>1</sup> y A. Muñío Míguez<sup>1</sup>**

<sup>1</sup>Medicina Interna 2A, <sup>2</sup>Medicina Preventiva y Gestión de Calidad. Hospital Gregorio Marañón, Madrid.

**Objetivos.** 1). Estimar las tasas de prevalencia de los diferentes tipos de errores de medicación en relación con laprescripción, la transcripción y la administración de fármacos. 2). Estimar la repercusión clínica de los errores de medicación detectados y comparar entre las distintas fases del proceso.

**Material y métodos.** Diseño: estudio observacional, descriptivo con componentes analíticos. Población de estudio: Pacientes ingresados durante el periodo de estudio en una Unidad de Medicina Interna. Fuentes de datos: Ordenes de prescripción médica y Hoja de administración de enfermería Recogida y análisis datos: En la prescripción-transcripción: se revisaron las historias clínicas de los pacientes seleccionados, recogiendo los errores de medicación (EM). La valoración de la idoneidad de la prescripción al igual que el análisis de las repercusiones clínicas se hizo por consenso de expertos. En la administración: observación directa disfrazada. Para no sesgar al observador, éste acompañó a quien prepara y administra la medicación, presenciando su labor, describió exactamente lo que se hizo y posteriormente comparó las notas recogidas con la prescripción original para determinar si se cumplió exactamente.

**Resultados.** Se han estudiado 27 pacientes, con un total de 73 días de estancia revisados y 467 líneas farmacológicas, lo cual ha resultado una media de 6,39 fármacos por paciente. Del análisis de la prescripción: Se deriva que el error más frecuente es el "Uso nombre comercial" seguido de "Ambigüedad/ausencia vía administración" y "Ambigüedad/ausencia de dosis". Lo más frecuente es que los errores no lleguen a producirse, originándose sólo circunstancias potenciales de originar error. En algunos casos sí llegan al paciente aunque siguen siendo errores sin daño. Del análisis de la transcripción: Los errores más frecuentes se deben a transcripción errónea de vía y de dosis. En estos casos son más frecuentes que las repercusiones de los errores sean clasificados como error sin daño que alcanza al paciente. Y en algunas ocasiones error sin daño que alcanza al paciente y requiere monitorización. Del análisis de la administración. Se han producido sobre todo errores con respecto a la dosificación, alteración de horarios y medicamentos administrados que no figuran en orden médica por ser orden verbal. La clasificación de los errores en este momento del proceso, son más graves ya que todos llegan al

paciente, aunque generalmente no originan daño, o solo requieren mayor monitorización.

**Discusión.** Los EM son acontecimientos causados por utilización inadecuada de medicamentos. Estos pueden producirse en cualquier punto de su proceso de utilización: prescripción (fase en la que hemos evidenciado mayor número de EM, de acuerdo con la bibliografía existente) transcripción (fase en la que es más fácil actuar) y administración (los más infrecuentes pero con consecuencias más graves como se demuestra también en nuestro estudio). Los EM se han asociado con prolongaciones de estancia e incrementos de costes. Las dos limitaciones más importantes de nuestro estudio las tenemos en la fase de administración y han sido: el sesgo del observador y el sesgo de sentirse observado (que hemos evitado mediante una observación disfrazada, es decir los profesionales observados no conocían el verdadero objetivo del estudio).

**Conclusiones.** 1). Los EM se originan con más frecuencia en la etapa de prescripción, y los más graves en la administración 2). La mayoría de los EM no alcanzan al paciente, ya que son detectados antes de producir el daño 3). Se requiere la implantación de medidas preventivas para evitar los EM, tales como la prescripción electrónica con alertas, la eliminación de la transcripción y la formación continuada de los médicos (en la forma de realizar la prescripción) y el personal de enfermería (para no cometer errores por malas interpretaciones de las órdenes médicas).

## V-52

### EVALUACIÓN DEL IMPACTO DE LA INTERVENCIÓN BREVE EN EL REGISTRO DE CONSUMO DE ALCOHOL EN UN HOSPITAL UNIVERSITARIO

I. Pelegrín<sup>1</sup>, B. Rosón<sup>1</sup>, A. Martínez<sup>1</sup>, M. Alonso<sup>2</sup>, F. Bolao<sup>1</sup>, J. Vallejo<sup>2</sup> y R. Pujol<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Medicina Interna, <sup>2</sup>Psiquiatría. Hospital de Bellvitge. Hospitalet de Llobregat, Barcelona.

**Objetivos.** Evaluar los métodos de registro y cuantificación de consumo de alcohol en la historia clínica de pacientes ingresados y el impacto de la intervención breve en este registro.

**Material y métodos.** Todos los pacientes ingresados en los servicios de medicina interna, digestivo y psiquiatría entre octubre 2002 y abril 2006 fueron evaluados prospectivamente por el equipo de intervención breve. El patrón de consumo se determinó mediante evaluación clínica y los cuestionarios AUDIT-10 y MALT. La información relativa a los métodos utilizados para el registro de alcohol se recogió de la historia para el ingreso actual y el informe de alta.

**Resultados.** Se evaluaron 3.785 pacientes detectándose el uso perjudicial del alcohol en 538 (14%). Fueron 455 (85%) hombres, edad media 54.3 ± 15.0 años. Los patrones de consumo detectados fueron: consumo de riesgo 178 (33%) pacientes, abuso 50 (9%), dependencia 310 (58%). Se registró el consumo de alcohol en 340 (63%) historias clínicas. Cuarenta (12%) pacientes fueron catalogados como no bebedores. En 76 (22%) se realizó un registro cualitativo como bebedores, en 191 (56%) semicuantitativo [leve 13, moderado 37, severo 141] y cuantitativo en 33 (7%) [gramos-día 25 pacientes, unidades bebida estándar 8]. Al alta mejoró el registro respecto al ingreso en 237 de los 538 (44%) pacientes. Se registró el consumo en 465 (86%) casos, siendo cuantitativo en 90 (19%) casos.

**Conclusiones.** Dado el bajo porcentaje de cuantificación de consumo y el discreto efecto de la intervención, es preciso implementar estrategias para mejorar el registro y consecuentemente incrementar la detección del consumo perjudicial de alcohol de los pacientes hospitalizados.

## V-53

### NEUROPATÍA DEL NERVO HIPOGLOSO SECUNDARIA A ALTERACIONES LOCALES. DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL. PRESENTACIÓN DE DOS CASOS

N. Ailouti Caballero<sup>1</sup>, E. Lerma Chippirraz<sup>2</sup>, R. Güerri Fernández<sup>2</sup>, C. Quijada Miranda<sup>1</sup>, J. Pascual Calvet<sup>3</sup>, I. Royo de Mingo<sup>1</sup> y J. Espadaler<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Neurofisiología Clínica, <sup>2</sup>Medicina Interna, <sup>3</sup>Neurología. Hospital del Mar, Barcelona.

**Objetivos.** Diferentes etiologías de la neuropatía del XII par han sido descritas: infecciosas, autoinmunes, metabólicas. etc. casi siempre

formado parte de un cuadro sindrómico. Hay que tener en cuenta también las alteraciones de diversas estructuras anatómicas del cuello. Presentamos dos casos de neuropatía del XII par, localización anatómica y grado de lesión de las mismas mediante estudios neurofisiológicos y de neuro-imagen.

**Material y métodos.** Mujer de 77 años que presenta un cuadro clínico de un año de evolución de disartria y disfagia para sólidos y líquidos. Varón de 56 años que presenta como antecedentes patológicos de interés infección por VIH categoría C, que tras laringectomía total por neoplasia de laringe mostró disfagia absoluta y en la actualidad presenta una atrofia total de la lengua. Exploraciones complementarias: electromiografía, estimulación magnética transcranial de nervio hipogloso, resonancia magnética nuclear de cráneo y cuello, angiografía magnética de cuello, tomografía computarizada de cuello y analítica.

**Resultados.** Mujer de 77 años: Electromiografía: fibrilación en hemilengua derecha, latencia distal motora prolongada, resto de exploración normal. Estimulación magnética transcranial: ausencia de respuesta en hemilengua derecha tras estímulo magnético transcranial. Resonancia magnética nuclear de cuello y cráneo y angiografía magnética nuclear de cuello y carótida: glomus carotídeo de 40 por 40 milímetro separando las arterias carótida externa e interna en el lado derecho. Moderada atrofia cerebral. Tomografía computarizada: lesión latero-cervical derecha en íntima relación con la arteria carótida, aspecto radiológico característico de glomus carotídeo. Varón de 56 años: Electromiografía: fibrilación bilateral, latencia distal motora prolongada bilateral. Estimulación magnética transcranial: ausencia de respuesta en lengua bilateral tras estímulo magnético transcranial. Resonancia magnética nuclear de cráneo y cuello: laringectomía total y vaciamiento ganglionar. No evidencia de lesiones basi-craneales que afecten a pares craneales bajos.

**Discusión.** Teniendo en cuenta las relaciones anatómicas del nervio hipogloso, es infrecuente encontrar pacientes con sintomatología exclusiva de éste sin verse implicadas en la clínica estructuras adyacentes. Es importante distinguir por tanto cuando la lesión se presenta de forma aislada, de aquellas circunstancias donde aparece formando parte una enfermedad sistémica (esclerosis lateral amiotrófica, parálisis bulbar progresiva...) sobretodo con relación al pronóstico y tratamiento del paciente.

## V-54

### HISTIOCITOSIS X, DE 1998 A LA ACTUALIDAD

M. Sánchez Ledesma<sup>1</sup>, R. Casitas<sup>2</sup>, C. González Maroño<sup>1</sup>, N. Cubino<sup>1</sup>, P. Miramontes<sup>1</sup>, J. Alaez Cruz<sup>1</sup>, M. García Rodríguez<sup>1</sup> y F. Gómez<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Medicina Interna, <sup>2</sup>Neumología. Hospital Universitario de Salamanca, Salamanca.

**Objetivos.** 1). Estudiar el número de casos de histiocitosis X durante 9 años en un hospital de 3º nivel. 2). Analizar las siguientes variables: Edad, sexo, hábitos tóxicos, antecedentes familiares y personales, factores de riesgo (infecciones urinarias de repetición, problemas alimentarios en la infancia, transfusiones sanguíneas), y edad al diagnóstico, afectación pulmonar (nº de neumotorax, disnea, tos, ) y extrapulmonar (d. insípida, lesiones óseas líticas, exoftalmos), factores de mal pronóstico (edad avanzada, afectación extrapulmonar, obstrucción al flujo aéreo, prueba de imagen compatible con panal de abejas, neumotorax de repetición, falta de respuesta rápida al tratamiento, ocupación de las bases pulmonares, asociación a tumores malignos), tratamiento al diagnóstico y en la actualidad, evolución, complicaciones y éxitos.

**Material y métodos.** Se realiza estudio descriptivo retrospectivo transversal en el Hospital Universitario de Salamanca desde Enero 1998 hasta Mayo 2006 de enfermedad de histiocitosis X en cualquiera de sus modalidades.

**Resultados.** Durante 9 años 8 pacientes presentaron histiocitosis X, 7 casos de granulomas eosinófilos (3 pulmonares (GP) y 4 formas óseas (GO)) y 1 caso de enfermedad de Letterer-Siwe (LS). La edad media al diagnóstico fue de 28 años. 5 pacientes fueron varones. 3 pacientes tuvieron como hábitos tóxicos el tabaco. No encontramos A. personales, familiares ni factores de riesgo demostrados (infecciones urinarias, problemas alimentarios en la infancia o transfusiones sanguíneas) de interés. El debut clínico comenzó en 4 pacientes con dolor (3 GO y 1 GP). 1 paciente (GP) debutó con Diabetes insípida

(DI), y otro con tos (GP). Sólo 1 paciente (GO) estaba asintomático en el momento diagnóstico. De los 3 GP sólo 1 ha presentado neumotorax, con clínica de tos seca y disnea persistente, con alteración en gammagrafía pulmonar y en la actualidad en lista de trasplante pulmonar, con TAC con patrón en "panal de abejas". Aunque el resto de los GP no son sintomáticos en la actualidad, presentan rx patológica y patrón retículo-nodular en TAC torácico. Respecto a la patología extrapulmonar: 2 pacientes presentan DI (GO+GP), 3 pacientes presentaron lesiones óseas líticas en las distintas pruebas de imagen (2 FO y LS). 1 paciente (LS) presentó exoftalmus. La afectación ungueal es una causa rara de histiocitosis X que se presentó en un GP. Todos los pacientes fueron diagnosticados por biopsia salvo un GP que fue diagnosticado por clínica y pruebas de imagen compatibles. El pronóstico sólo ha sido desfavorable en 2 pacientes, un GP a la espera de trasplante, y un GO craneal tratado con cirugía+QT+RT, que presentó como complicación LNH linfoblástico, causa final de su óxitus. Los pacientes con DI prosiguen su tratamiento con desmopresina intranasal. 4 pacientes (3 FO y 1 LS) fueron intervenidos de tumores cuya biopsia diagnosticó la enfermedad. 2 FO y la variedad letterer-siwe fueron tratados con QT.

**Discusión.** La evolución desfavorable se presentó en aquellos 2 pacientes que reunieron mayor número de factores de MP. En la histiocitosis X tipo GP la clínica parece determinar junto con los factores de riesgo la evolución desfavorable de los pacientes. El CD1a en BAL es diagnóstico de la enfermedad pero sin embargo fue negativo en todas las bronoscopias. Podía ser debido a reactantes utilizados en nuestro hospital, o que sea muy específica pero poco sensible.

**Conclusiones.** La etiología de la histiocitosis sigue siendo desconocida en la actualidad. La histiocitosis X sigue siendo una enfermedad rara. Presenta una asociación importante con tabaco. El diagnóstico fue determinado (excepto en 1 paciente) por AP demostrando acúmulo de células de Langerhans, linfocitos y eosinófilos, en diferentes órganos y tejidos, formando granulomas. Ningún paciente fue tratado con penicilamina, timoestimulina, interferon, o trasplante de médula ósea, que en la actualidad siguen presentando respuestas controvertidas en esta enfermedad.

#### V-55

### SÍNDROME CORONARIO AGUDO Y QUIMIOTERAPIA F. Viejo Llorente, P. Puñal Castellano y M. Baquero Alonso

Medicina Interna. U. Cardiología. Hospital Provincial, Toledo.

**Objetivos.** Evaluar la incidencia del Síndrome Coronario Agudo (SCA) en pacientes con Quimioterapia (Q) activa para una neoplasia ingresados en el S<sup>o</sup> de M. I. de un hospital de primer nivel. Definir la conducta respecto a su continuidad.

**Material y métodos.** Estudio de casos de pacientes ingresados en el S<sup>o</sup> de M.I. durante los dos últimos años (Junio-04/ Mayo-06) con diagnóstico de (SCA) que recibían (Q) en forma oral o parenteral para su neoplasia y su seguimiento.

**Resultados.** De 1.472 pacientes ingresados 230 fueron diagnosticados de (SCA), 85% con Infarto Agudo de Miocardio (IAM), con o sin onda Q, lo que supone el 16,3%. De éstos, 3 pacientes tuvieron (SCA) en el curso de (Q) activa para su neoplasia: 2 SCASEST y 1 SCACEST, siendo el 1,3%. Las neoplasias fueron digestivas. Los tres recibieron 5-Fluoruracilo (5-FU) con Ácido Folinico (AF), todos en monoterapia. En dos casos la vía fue oral: uno Capecitabina (C) y otro Ftorafur (F); el tercero se administró i.v. Descripción de los casos: 1). Varón, 48 años; sin antecedentes c-v. Neo gástrica tratada con gastrectomía (6/04), y (Q) complementaria con (5-FU). Tras el 4<sup>o</sup> ciclo tuvo un SCASEST tipo IAM sin Q. Evolución en UCI y planta favorable. Coronarias normales. Se recomendó completar la (Q). Falleció por su tumor al año. No episodios coronarios. 2). Varón, 75 años; HTA. Cáncer de colon que precisó hemicolectomía (7/04). (Q) complementaria con (F) oral durante 12 meses que mantuvo hasta 14, presentando SCASEST tipo IAM sin Q. Buena evolución en UCI y planta. Rechazó cateterismo. Asintomático de su C.I.; en Supervivencia Libre de Enfermedad (SLE) de su tumor. 3). Varón, 53 años; HTA, Dislipemia, Tabaquismo, MHO. Neo de recto alto (12/06) tratado con resección anterior y (C) oral complementaria. En el 2<sup>o</sup> ciclo fue diagnosticado de SCACEST tipo IAM lateral. Evolución en UCI y planta favorable. Coronarias prácticamente nor-

males. Se recomendó completar la (Q). Asintomático de su C.I. y en (SLE) de su neoplasia.

**Discusión.** En la práctica clínica va aumentando el número de pacientes que presentan (ECV), neoplasias o ambas. El (5-FU) es un antimetabolito (análogo del uracilo con un radical fluor) que interfiere la vía de las pirimidinas y la síntesis de DNA y RNA. Se asocia al Ácido Folinico (AF), que modula su efecto, permaneciendo más tiempo en la célula tumoral y aumentando su eficacia. Se han desarrollado sustancias orales, como Tegafur (T), Ftorafur (F) o Capecitabina (C), que actúan como profármacos, con resultados similares. Los mecanismos implicados en el daño cv están mal definidos y serían: disfunción endotelial, con vasoespasmo; inflamación, con apoptosis, necrosis y fibrosis; y fenómenos trombogénicos. La cardiotoxicidad varía del 1,2 al 18%, según el parámetro evaluado. Incluye el dolor torácico (con o sin alteraciones en el ECG), (SCA), arritmias, insuficiencia cardíaca o muerte súbita. Se relaciona con los primeros ciclos, la dosis, la administración prolongada (4-5 & 1-2 días), la existencia de Factores de Riesgo c-v (FRcv) previos y acontece tanto con la vía oral como parenteral. Suele ser reversible y de buen pronóstico. No hay un consenso acerca de la actitud, recomendando reducir la dosis en ocasiones. En nuestros casos se suspendió la (C) en el paciente de 75 años, al sobrepasar el tiempo; y se recomendó completar el esquema original en los dos más jóvenes al tener las coronarias normales y protección cv (antiagregante, IECA, B-bloqueante y estatina). Permanecieron estables de su (CI). Uno falleció por su neoplasia y los otros dos están en (SLE). Consideramos que la decisión debe ser individualizada, intentando mantener el protocolo de (Q) previsto si el paciente es joven y tiene alto riesgo de recidiva.

**Conclusiones.** El (SCA) asociado a la (Q) afecta al 1,3% de nuestros pacientes coronarios ingresados, tiene buen pronóstico y las coronarias suelen ser normales. Se debe individualizar la actitud aunque intentando completar la quimioterapia.

#### V-56

### EFFECTOS DEL TRATAMIENTO DEL ESTRÉS COTIDIANO SOBRE LA DEPRESIÓN, LA ANSIEDAD Y LA CALIDAD DE VIDA EN PACIENTES CON LUPUS

N. Navarrete Navarrete<sup>1</sup>, M. Peralta Ramírez<sup>2</sup>, J. Sabio Sánchez<sup>1</sup>, C. Hidalgo Tenorio<sup>1</sup>, C. García García<sup>1</sup> y J. Jiménez-Alonso<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Medicina Interna. H. Universitario Virgen de las Nieves, Granada. <sup>2</sup>Facultad de Psicología. Universidad de Granada, Granada.

**Objetivos.** La depresión y la ansiedad, derivadas del alto estrés cotidiano en pacientes lúpicos, empeoran su calidad de vida. Nuestro objetivo fue mejorar la depresión, la ansiedad y la calidad de vida mediante una terapia de afrontamiento del estrés en pacientes lúpicos con elevado estrés cotidiano.

**Material y métodos.** Estudio prospectivo, controlado y aleatorizado de 15 meses de duración, con 45 pacientes con lupus (36 con lupus eritematoso sistémico (LES) y 9 con lupus cutáneo crónico (LCC)) y alto estrés cotidiano, diagnosticado con el Cuestionario de Estrés Percibido de Cohen. 1 grupo experimental GT (n = 21) recibió una terapia de terapia de afrontamiento del estrés, impartida por 3 psicólogos en 10 sesiones semanales consecutivas; 1 grupo control (GC) (n = 24) recibió los cuidados habituales. Evaluamos la depresión, la ansiedad y la calidad de vida en momento basal, a los 3,9 y 15 meses, con el Inventario de Depresión de Beck, la Escala de Ansiedad STAI y el Cuestionario SF-36 de Calidad de Vida. Se realizaron diferentes ANOVAs, siendo la variable independiente grupo con dos niveles (GT y GC) y las variables dependientes depresión, ansiedad y calidad de vida.

**Resultados.** Ambos grupos eran homogéneos en sus características epidemiológicas (edad media 42 años; 89% mujeres, 11% hombres; 80% LES, 20% LCC), y en los niveles de estrés cotidiano, calidad de vida, ansiedad y depresión. A los 3 meses y hasta el final del estudio, se produjo mejoría significativa de la depresión y la ansiedad en el GT respecto al GC (Fig. 1 y 2). Igualmente, se encontró mejoría significativa y mantenida en 5 de las 8 subescalas de la calidad de vida (rol físico, dolor corporal, función social, salud mental y salud general), así como en los índices globales de salud física y psíquica.

**Discusión.** La no atención de la ansiedad y la depresión es una de las principales causas de insatisfacción de los pacientes con lupus. La



terapia disminuyó los niveles de ambos trastornos hasta valores inferiores a la media poblacional en el GT. La calidad de vida de los pacientes del GT mejoró de forma significativa, indicando que los pacientes presentaron menor interferencia de su enfermedad sobre su vida diaria, menor influencia de los problemas físicos o emocionales sobre sus actividades, mayor sensación de tranquilidad y percepción de mejor salud.

**Conclusiones.** El tratamiento del estrés cotidiano es eficaz en los pacientes con lupus: reduce la depresión y la ansiedad de forma mantenida y mejora de forma muy importante la calidad de vida de los pacientes con lupus. Sería conveniente la inclusión de tratamiento psicológico en el abordaje de los pacientes con lupus, incluso desde el momento del diagnóstico.

#### V-57

### ¿CUAL ES LA COINCIDENCIA DE DIAGNÓSTICOS ENTRE URGENCIAS Y MEDICINA INTERNA?

**D. Fernández-Pacheco<sup>2</sup>, P. Moreno Muñoz<sup>2</sup>, M. Rodríguez Moncayo<sup>2</sup>, A. Lorenzo Hernández<sup>1</sup>, M. Jaras Hernández<sup>1</sup>, M. García Viejo<sup>1</sup>, N. Gabarro López<sup>1</sup> y A. Noguero Asensio<sup>1</sup>**

<sup>1</sup>Medicina Interna. Hospital Cantoblanco-HULP, Madrid.

<sup>2</sup>Atención Primaria. Área 5, Madrid.

**Objetivos.** En la aproximación diagnóstica del paciente ingresado en Medicina interna, es de bastante ayuda la orientación diagnóstica correcta procedente del área de urgencias. Existen pocos datos y además con una variabilidad importante (31-95%) sobre la correlación entre el diagnóstico en urgencias y el final en los servicios médicos. El objetivo es observar la coincidencia de diagnósticos entre urgencias y medicina interna.

**Material y métodos.** Estudio descriptivo y retrospectivo de los pacientes ingresados en Medicina Interna del H. Cantoblanco-HULP entre el 1 de noviembre 2005 y 28 de febrero de 2006. Se revisan de las historias clínicas, el informe de urgencias y del alta hospitalaria así como las pruebas complementarias realizadas. Se valoran las siguientes variables: edad, sexo, días de estancia en urgencias, días de estancia en planta, motivo de consulta, diagnósticos urgencias, diagnósticos al alta, coincidencia total, coincidencia parcial y no coincidencia. Definiciones: coincidencia total: concordancia de los primeros diagnósticos tanto en el informe de urgencias como en el del alta. Coincidencia parcial: concordancia de al menos un diagnóstico principal o secundario. No coincidencia: No existe ningún diagnóstico concordante. Análisis estadístico con programa SPSS9.0. En la comparación de datos cuantitativos entre los grupos, se utilizó un análisis de la varianza de un factor como prueba paramétrica y el test de Kruskal-Wallis como prueba no paramétrica. Los datos cualitativos se compararon mediante el test de la Chi-cuadrado.

**Resultados.** 255 pacientes evaluables con una mediana de edad 83 (31-103), mujeres 57,6%. Motivos de consulta en urgencias más frecuentes: disnea 44%, síndrome confusional 14% y fiebre 12%. Diagnósticos más frecuentes en urgencias: Insuficiencia cardíaca 39% y neumonía 30%. Diagnósticos más frecuentes en planta: neumonía 38%, insuficiencia cardíaca 37%, infección urinaria 16%. Coincidencia total 76,9%, parcial 17,6% y no coincidencia 5,5%. No existió relación de las variables edad, sexo, días de urgencias, días de planta y diagnósticos con la no coincidencia.

**Conclusiones.** Los resultados obtenidos indican una buena coincidencia de diagnósticos entre urgencias y medicina interna.

#### V-58

### UNA REVISIÓN DE HIPERPARATIROIDISMO PRIMARIO

**D. León<sup>1</sup>, A. Velasco<sup>1</sup>, J. Prieto<sup>2</sup>, D. Galiana<sup>1</sup>, B. Rodríguez<sup>1</sup>, C. Cienfuegos<sup>1</sup>, E. Rodríguez<sup>1</sup> y I. Arias<sup>1</sup>**

<sup>1</sup>Medicina Interna, <sup>2</sup>Endocrinología. Cabueñes. Gijón, Asturias.

**Objetivos.** El hiperparatiroidismo primario (HPP) es una enfermedad producida por el aumento de la liberación de la PTH por las glándulas paratiroides, lo que conduce a hipercalcemia dando lugar a sintomatología muy variada.

Hemos realizado una revisión de los casos ingresados en nuestro hospital para evaluar nuestra actuación ante esta patología.

**Material y métodos.** Hemos revisado las historias clínicas de 31

pacientes ingresados en los servicios de Medicina Interna, Endocrinología y Otorrinolaringología de nuestro hospital con diagnóstico de HPP en el informe de alta entre enero de 1990 y diciembre de 2005. Aplicamos un protocolo de actuación para el diagnóstico y tratamiento de HPP en el que se recogían datos epidemiológicos, el motivo de consulta, la analítica, las pruebas de diagnóstico por imagen realizadas, las medidas de tratamiento adoptadas y la evolución de los pacientes.

**Resultados.** De los 31 casos revisados 20 eran mujeres. La media de edad fue de 67,7 años con un rango entre 19 y 85 años. El motivo de consulta más frecuente fue la hipercalcemia en analítica como hallazgo casual. Se asociaba a HTA en 11 casos, había afectación renal en 5 y afectación ósea en 5. En los controles analíticos realizados se obtuvieron los siguientes valores medios: calcemia de 11,6 mg/dl, fosforemia de 2,7 mg/dl, calciuria de 280 mg en orina de 24 horas, fosfatúria de 763 mg en orina de 24 horas, PTH intacta de 344 ng/dl. Las pruebas de diagnóstico por imagen más realizadas fueron la ecografía cervical asociada a gammagrafía con Tc-sestamibi en 11 casos, y únicamente ecografía cervical en 10 casos. Con respecto al tratamiento, 21 pacientes fueron intervenidos quirúrgicamente (67%), siendo la causa del HPP el adenoma único en 19 de estos casos, y la glándula más frecuentemente afectada fue la paratiroides inferior derecha (8). Tras la intervención la calcemia media descendió a 10 mg/dl y la PTH intacta a 107 ng/dl. De los casos revisados, 10 pacientes recibieron tratamiento médico, incluyendo dieta, fosfonatos y medidas de hidratación. En cuanto a la evolución, 10 pacientes fueron dados de alta, se perdió el seguimiento de 11 y 2 fallecieron por otra causa. Actualmente se encuentran en seguimiento 7 de los 31 pacientes revisados.

**Conclusiones.** 1) La causa más frecuente del diagnóstico de HPP es el hallazgo casual de hipercalcemia en analítica solicitada por otro motivo. 2) En nuestra revisión la edad media es superior a la encontrada en la bibliografía. 3) Las técnicas de diagnóstico por imagen más utilizadas son la ecografía cervical y la gammagrafía con Tc-sestamibi, con una eficacia similar. 4) El adenoma único es la causa más común y el tratamiento de elección es el quirúrgico.

#### V-59

### NECESIDADES NUTRICIONALES EN UNA UNIDAD DE DAÑO CEREBRAL (UDC)

**J. Oteiza Olaso<sup>1</sup>, M. Zabalza Fernández<sup>2</sup>, G. Tiberio López<sup>3</sup>, F. Lafuente de Miguel<sup>1</sup>, M. Gonzalo Lázaro<sup>1</sup> y M. Martínez Velasco<sup>1</sup>**

<sup>1</sup>Medicina Interna, <sup>2</sup>Farmacia. Hospital San Juan de Dios.

Pamplona, Navarra, <sup>3</sup>Medicina Interna. Virgen del Camino.

Pamplona, Navarra.

**Objetivos.** Comparación de necesidades nutricionales teóricas y aportadas; junto con valoración del estado nutricional de los pacientes de nuestra UDC.

**Material y métodos.** Nuestra UDC tiene 12 pacientes en estado vegetativo persistente con nutrición enteral total con sonda. Se pretende valorar su estado nutricional con el índice de masa corporal (IMC), colesterol, proteínas totales y albúmina; y comparar la ingesta real con la teórica de la fórmula clásica de Harris-Benedict (H-B) La talla, debido al encamamiento se ha estimado por la fórmula de Guzman H. según medida de la tibia (Nutr Hosp;2005, 20: 358-363) IMC: peso/talla<sup>2</sup> H-B: Gasto metabólico total: Gasto metabólico basal (GMB) X factor de corrección: 1,2 (encamados) GMB hombres: 66,5+(13,74 X peso)+(5,03 X altura)-(6,75 X edad) GMB mujeres: 655,1+(9,56 X p)+(1,85 X a)-(4,68 X e) Talla: hombres: 64,048+(cm. tibia X 2,257)-(edad X 0,07455); mujeres: 70,005+(cm. tibia X 2,071)-(edad X 0,112).

**Resultados.** Ver tabla. Los pacientes presentan los parámetros de IMC, colesterol, proteínas y albúmina, un buen estado nutricional. Las necesidades teóricas de todos los pacientes según la fórmula de H-B resulta mayor que la real administrada. La media del gasto energético total teórico (H-B) es de 1.726 Kcal, y las Kcal reales administradas de media son: 1.345; habiendo 2 pacientes que con solo 1.002 Kcal están bien nutridos; 7 precisan de 1.220 Kcal; 2 necesitan 1.800 Kcal y uno 2.000 Kcal.

**Conclusiones.** 1). En pacientes en estado vegetativo persistente pueden ser suficientes entre 1.200 y 1.400Kcal 2). Las fórmulas

Tabla 1. Pacientes y parámetros (V-59).

	Peso Kkg	Talla cm	IMC	H-B Kcal	Aporte Kcal	Prot (alb) g/dl	Colesterol mg/dl
Varon (V) 52 años (a)	62.4	157	25.25	1555	1220	6.9 (3.5)	168
V 22 a	67.2	174	22.17	2059	1220	6.8 (3.1)	119
V 48 a	71	167	25.6	1863	1220	7.2 (3.8)	123
V 54 a	64.4	164	24	1694	1800	6.8 (2.9)	222
V 36 a	59.6	166	21.55	1773	1220	7.1 (3.7)	131
Mujer (M) 63 a	69.7	150	31.8	1560	1002	8.5 (3.4)	160
V 42 a	62.2	165	22.9	1761	1220	7.5 (3.6)	180
V 32 a	55.5	163	20.8	1719	1800	7.1 (2.9)	150
V 51 a	75.1	153	32.2	1828	1220	6.7 (3.4)	275
V 37 a	70.2	170	24.29	1957	2000	7.1 (4)	110
M 78 a	68.8	152	29.78	1474	1002	6.6 (3)	189
V 43 a	48.1	157	19.8	1472	1220	6.7 (3.4)	149

clásicas (H-B) de cálculo del gasto energético no parecen ser aplicables en este grupo de pacientes 3). Creemos necesaria la investigación de nuevas fórmulas de calculos nutricionales en este tipo de pacientes.

**V-60**

**LINFANGIOLEIOMIOMATOSIS PULMONAR: EXPERIENCIA EN 10 AÑOS**

**B. Pinilla Llorente<sup>1</sup>, N. Muñoz Rivas<sup>1</sup>, J. Hens Gutiérrez<sup>1</sup>, J. Fraile González<sup>1</sup>, F. Cabrera Aguilar<sup>1</sup>, J. Barrera Sánchez<sup>1</sup>, A. Muño Miguez<sup>1</sup> y L. Audibert Mena<sup>1</sup>**

<sup>1</sup>Medicina Interna 2A, <sup>2</sup>Departamento Medicina Interna. Gregorio Marañón, Madrid.

**Objetivos.** La linfangioleiomiomatosis pulmonar (LAM) es una rara enfermedad que afecta fundamentalmente a mujeres en edad fértil y ocasionalmente a mujeres pre y postmenopáusicas. Nuestro objetivo es revisar la experiencia sobre esta enfermedad en un hospital general durante 10 años.

**Material y métodos.** Desde el año 1997, 6 pacientes fueron diagnosticados de LAM en nuestro centro. Se registraron en todos los casos la forma de presentación, edad al inicio de los síntomas, datos de la radiología de tórax y TAC, pruebas de función respiratoria y estudio histológico. También analizamos el seguimiento realizado desde el diagnóstico, clínico, radiológico y funcional.

**Resultados.** La edad media en la presentación (síntomas iniciales o diagnóstico en formas asintomáticas) 45 años (34-70), una en edad postmenopáusica. Los síntomas iniciales fueron disnea en 2, tos en 1 y hallazgo casual en 3 (estudio de posible TEP, estudio aborto). En tres casos la radiografía de tórax no presentaba alteraciones significativas. La TAC torácica evidenció en todos los casos imágenes quísticas múltiples. Se demostró afectación abdominal en la TAC consistente en angiomiolipomas renales en 2 y adenopatías retroperitoneales en 3. Una de las enfermas con adenopatías retroperitoneales también tenía mediastínicas. En cuanto al diagnóstico tenían confirmación histológica el 50% de los pacientes y en todos los casos la TAC de alta resolución era compatible. Una paciente estaba diagnosticada previamente de esclerosis tuberosa y presentaba afectación pulmonar característica en la TAC. Se evidenció deterioro funcional respiratorio, pero ninguna paciente hasta el momento ha sido sometida a trasplante pulmonar ni ha fallecido.

**Discusión.** La LAM es una enfermedad poco frecuente en nuestro medio caracterizada por la proliferación no neoplásica de células musculares lisas atípicas en el parénquima pulmonar y en los linfáticos de tórax y abdomen. La prevalencia estimada de 1-2 pacientes por millón de habitantes. Los síntomas iniciales más habituales son disnea y/o tos, pero en nuestra serie en la mitad de los pacientes el hallazgo fue casual. Destaca la frecuencia de afectación extratorácica que se evidenció en la mitad de nuestros casos, superior a la referida por otros autores. Actualmente tiende a considerarse que la afectación pulmonar en el seno de una esclerosis tuberosa, como en una de nuestras pacientes, la afectación es indistinguible de la LAM

puediendo tratarse de la misma enfermedad con distintas formas de presentación.

**Conclusiones.** Aunque poco frecuente la LAM posiblemente está infradiagnosticada como se deduce de la frecuencia de hallazgos casuales de nuestra serie. Debe tenerse un alto grado de sospecha especialmente en mujeres jóvenes que aquejan disnea sin otros hallazgos en la valoración rutinaria. La asociación entre LAM y esclerosis tuberosa hacen recomendable el *screening* de esclerosis tuberosa en pacientes con LAM.

**V-61**

**CIRUGÍA CARDÍACA EN ENFERMEDAD VALVULAR SEVERA: INDICACIONES, TIPOS DE VALVULOPATÍAS Y CASOS INTERVENIDOS**

**J. Gimeno Garza, C. Fernández Del Prado, E. Castilla Cabanes, M. Ortas Nadal, B. Simo Sánchez, I. De la Puerta Miró, A. Peleato Peleado y A. Del Río Ligorit**  
*Cardiología. Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa, Zaragoza.*

**Objetivos.** Estudiar las características de la enfermedad valvular severa en nuestro medio, conocer los tipos de indicación quirúrgica y los casos intervenidos, valorando tiempos de espera, complicaciones a corto plazo y mortalidad.

**Material y métodos.** Se analizaron 301 pacientes con enfermedad valvular severa remitidos para cateterismo cardiaco a nuestra Unidad, durante los años 2003 y 2004. Posteriormente, se contactó con ellos mediante llamada telefónica al cabo de 1 año como mínimo. Los datos se analizaron con el programa SPSS 12.0.

**Resultados.** De los 301 pacientes 50,5% varones, con una edad media de 67,8 (DT9.7). Diagnóstico inicial: 56,8% estenosis aórtica (EA) 51,8% insuficiencia aórtica (IA), 30,6% estenosis mitral (EM) y 60,3% insuficiencia mitral (IM). Se contacto con el 71%, de los pacientes: 70,9% intervenidos y 17,8% fallecidos (7,4% precirugía); tiempo medio de intervención 3.98 meses (DT5.17). Los motivos de indicación quirúrgica fueron: Insuficiencia cardiaca (72,3%), ángor (24,9%), dilatación del ventrículo izquierdo (9,7%), disfunción ventricular izquierda (7,6%), síncope (6,9%) y hipertensión pulmonar (2,4%). La EA se asoció a insuficiencia renal crónica (IRC) (p < 0,049); la IA se asoció a muerte postcirugía (p < 0,037); La EM se asoció con sexo femenino (p < 0,0001), con fibrilación auricular (p < 0,0001) y con muerte general (p < 0,05). La muerte se relacionó con la presencia de: IRC (p < 0,012), síncope como síntoma (p < 0,057), dilatación del ventrículo izquierdo (p < 0,053) y fracción de eyección baja (p < 0,079). La muerte precirugía se asoció con: lesiones coronarias severas (p < 0,03), Diabetes (p < 0,03) y dislipemia (p < 0,08).

**Conclusiones.** La valvulopatía más frecuente en nuestro medio es la insuficiencia mitral. La clínica más frecuente que motivó la cirugía de recambio valvular fue la insuficiencia cardiaca. La mortalidad encontrada es alta y posiblemente sea mayor. Destaca su elevada incidencia en las estenosis mitrales.

**V-62**  
**MASA ABDOMINAL: PSEUDOQUISTE PANCREÁTICO, MARCADORES ANALÍTICOS Y TUMORALES**

**G. Marabé Carretero, G. Esteban Gutiérrez, J. de Miguel Prieto, S. Otero, R. Peñalver Cifuentes y A. Rebollar Merino**

*Medicina Interna. Príncipe de Asturias. Alcalá de Henares, Madrid.*

**Objetivos.** Nuestro objetivo es, a través de dos casos clínicos, revisar el pseudopauquiste pacreático como posibilidad diagnóstica en el estudio de masa abdominal y los principales aspectos clínicos, diagnósticos y terapéuticos, destacando el papel relevante de los marcadores tumorales y la amilasa en el líquido pancreático.

**Material y métodos.** 1). Mujer de 90 años, pancreatitis aguda litíaseca 92 y 94, colecistectomizada. Presenta dolor abdominal y tumoración dolorosa en HCD, vómitos y estreñimiento. Exploración física anodina salvo masa dolorosa en hipocondrio dcho bien delimitada en región medial que llega a fosa iliaca derecha. En analítica amilasa 808 y ecografía abdominal: tumoración quística de 17 cm, heterogénea, dependiente de cabeza pancreática compatible con pseudoquiste pancreático complicado. En planta TAC abdominal: masa quística en hipocondrio dcho que depende de cabeza pancreática y se extiende hacia el hilio hepático comprimiendo la vía biliar intrahepática. PAAF guiada por ecografía drenándose 1.500 cc de líquido amarillento con cultivo del mismo negativo y amilasa de 153.895, lipasa 276.900 y CA 19.9 22242. Tras manejo conservador evolución clínica favorable. 2). Varón de 68 años que presenta dolor abdominal epigástrico y en hipocondrio derecho con estreñimiento. Exploración física con ictericia y masa abdominal. TAC abdominal con masa de partes blandas mal definida sin clara separación de cabeza pancreática ni de antro gástrico. PAAF guiada por TAC abdominal: líquido hemorrágico con amilasa 14.863 y CA 19.9 406. Laparotomía diagnóstica: tumoración de origen pancreático. Se drenan 200 ml/día de líquido turbio achocolatado con evolución posterior favorable. Diagnóstico: pseudoquistes pancreáticos en proceso de formación.

**Resultados.** Queremos destacar el hallazgo de la elevación de amilasa y CA 19.9 en el líquido pancreático como marcadores destacados y relevantes en el diagnóstico diferencial frente a otros procesos pancreáticos.

**Discusión.** Los pseudoquistes pancreáticos son acumulaciones de tejido, líquido, detritos, enzimas pancreáticas y sangre tras una pancreatitis aguda en 1-4 semanas. Carecen de revestimiento epitelial y están precedidos por pancreatitis aguda en el 90% de los casos. El síntoma prínceps es el dolor abdominal y masa palpable e hipersensible. La amilasa sérica aumenta en el 75% de los pacientes. La ecografía es fiable pudiendo identificar un pseudoquiste verdadero. La TC complementa el diagnóstico. Debe considerarse el drenaje del pseudoquiste cuando éste supere los 5 cm de diámetro y persista más de 6 semanas. Está indicado el tratamiento conservador en pacientes estables y sin complicaciones. En caso contrario, está indicado el drenaje o tratamiento quirúrgico.

**Conclusiones.** 1). En el diagnóstico diferencial de masa abdominal hay que tener presente como posibilidad el pseudoquiste pancreático. 2). No todo pseudoquiste pancreático está precedido de pancreatitis aguda sintomática. 3). Es característica la elevación de Amilasa y CA 19.9 en el líquido pancreático. 4). En pacientes estables y sin complicaciones se recomienda actitud conservadora, el tamaño no es indicación absoluta de tratamiento intervencionista. sept 2004, 351 (12): 1218 New England Journal of Medicine.

**V-64**  
**VALORACIÓN INDIRECTA DE LA CALIDAD DE VIDA EN PACIENTES CON OBSTRUCCIÓN CRÓNICA AL FLUJO AÉREO EN MEDICINA INTERNA**

**M. Sánchez Marteles<sup>1</sup>, D. Vaño<sup>2</sup>, A. Cecilio Irazola<sup>1</sup>, J. Morales Rull<sup>1</sup>, R. Nuviala Mateo<sup>3</sup>, P. Samperiz Legarre<sup>1</sup>, J. Nieto Rodríguez<sup>2</sup> y J. Pérez Calvo<sup>1</sup>**

*<sup>1</sup>Medicina Interna, <sup>2</sup>Bioquímica Clínica. Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa, Zaragoza, <sup>3</sup>Medicina Interna. Hospital Virgen de la Luz, Cuenca.*

**Objetivos.** Valorar la calidad de vida en los pacientes con obstrucción crónica flujo aéreo (OCFA) que ingresan en un servicio de Medicina Interna.

**Material y métodos.** Se realizó un estudio prospectivo, en el que se incluyeron de forma consecutiva 149 pacientes con OCFA (bronquitis crónica, EPOC, enfisema, asma crónico) que ingresaron en Medicina Interna del H.C.U. "Lozano Blesa" (Zaragoza) y Hospital Virgen de la Luz (Cuenca) desde noviembre de 2004 al mayo de 2006 A todos ellos se les aplicaba las escalas de valoración de incapacidad de la Cruz Roja. Asimismo se realizaba una encuesta acerca del tiempo de evolución de su enfermedad, grado de disnea basal y datos peristáticos. Para el archivo, tratamiento y análisis de los datos se utilizó el programa SPSS para Windows, 12.00.

**Resultados.** La edad media de los pacientes era de 73,2 años (±8,90 años) El 77,2% eran hombres. El 66,4% presentaba una disnea basal de moderados esfuerzos y el 18,1% de mínimos esfuerzos. Respecto a la escala física el 85,2% de los pacientes estaban entre los grados 0 y 1. En la escala mental el 87,2% estaban entre los grados 0 y 1. Los porcentajes de aparición pormenorizados según los grados se pueden ver en la tabla 1.

**Discusión.** Las enfermedades pulmonares crónicas son patologías muy prevalentes. Suponen un importante gasto sanitario y tienen impacto sobre la Calidad de vida de los pacientes. Ésta es un parámetro de difícil valoración, pero de gran importancia en la práctica clínica diaria, puesto que puede condicionar la actitud terapéutica. Para su evaluación existen escalas específicas que consideran aspectos físicos, mentales y de impacto de la enfermedad. Los pacientes en Medicina Interna son, con frecuencia de edad avanzada y pluripatológicos; lo que, junto con la a veces importante presión asistencial existente hace necesario una evaluación más general y práctica. Escalas como la de la Cruz Roja pueden ser útiles para una valoración indirecta de la calidad de vida. Nuestro estudio describe una importante proporción de pacientes sin problemas significativos desde el punto de vista físico y mental para la vida diaria. Llama la atención la escasa representación de los grupos de mayor deterioro. Una posible justificación es que nuestros hospitales disponen de hospitales geriátricos de referencia donde con frecuencia se derivan los pacientes con peor calidad de vida.

**Conclusiones.** Los pacientes con OCFA ingresados en nuestros hospitales mantienen una calidad de vida sin limitaciones importantes para la vida diaria.

Tabla 1.

Grados	Escala Física (%)	Escala Mental (%)
Grado 0	45,6	61,1
Grado 1	39,6	26,2
Grado 2	10,1	10,7
Grado 3	2,7	0,7
Grado 4	0,7	1,3
Grado 5	1,3	

Tabla 1. Tumor Markers in Cyst FLuid in the differential diagnosis of Cystic lesions of the pancreas (V-62).

Tumor Marker/Cystic Lesions	Pseudocyst	Acinar-Cell Cystadeno-carcinoma	Serous Cystadenoma
Amilasa	High	High	Low
CEA	Low but variable	Unknown	Low
CA 19.9	High	Unknown	Variable
CA 15.3	Low	Variable	Low

V-65

**ANÁLISIS RETROSPECTIVO DE LAS NEOPLASIAS DE PÁNCREAS DIAGNOSTICADAS EN NUESTRO HOSPITAL EN LOS ÚLTIMOS DOS AÑOS Y ESTADOS DE HIPERCOAGULABILIDAD COMO DEBUT DE ESTA NEOPLASIA****R. Gómez de la Torre, J. Menéndez Caro, D. Pérez Martínez, M. de Zárraga Fernández, M. Sánchez Cembellin, C. Quintana López, M. Tuya Morán y C. Calvo Rodríguez**  
*Medicina Interna. San Agustín. Avilés, Asturias.*

**Objetivos.** El análisis retrospectivo de las neoplasias de páncreas con la descripción de sus características clínicas, analíticas, técnicas de imagen y descripción de estados de hipercoagulabilidad que han sido la forma de presentación de esta neoplasia.

**Material y métodos.** Estudio descriptivo y retrospectivo. Para su realización se consultó el registro de codificación de nuestro centro. Han sido recogidas 33 variables de cada historia clínica en relación a edad, sexo, forma clínica de presentación, hallazgos en ecografía, tac y resonancia, tipo de cirugía, quimioterapia, CPRE, biopsia, punción aspiración con aguja fina, citología, cifras de hemoglobina, Ca 19,9, CEA, Amilasa, lipasa, PCR, bilirrubina total y directa, estudio de coagulación, AST, ALT, début como trombosis venosa profunda o tromboembolismo pulmonar o isquemia arterial, alta o traslado a unidad de paliativos, realización de gastroscopia, ecoendoscopia, sepsis en el curso de la cirugía, diabetes de reciente comienzo.

**Resultados.** Análisis de 41 pacientes con una edad media de: 70,71 años, 20 varones: 48,78%, mujeres: 21: 51,21%. Formas clínicas de presentación: Dolor Abdominal: 18: 43,90%, Síndrome general: 11: 26,82%, síndrome general+ ictericia: 1: 2,43%, síndrome icterico: 5: 12,19%, dolor abdominal+ ictericia: 1: 2,43%. Diabetes de debut: 2: 4,9% Fenómenos trombóticos o estados de hipercoagulabilidad de debut: Trombosis venosa profunda+ síndrome general: 1: 2,43%, trombosis venosa superficial: 1: 2,43%, Isquemia arterial aguda: 1 de 41: 2,43%, tromboembolismo pulmonar bilateral: 1 de 41: 2,43%. Fenómenos trombóticos globalmente considerados: 7 de 41: 17,07%. Localización de la neoplasia en fenómenos trombóticos: masa en cuerpo de páncreas en 4 de los 7 casos con trombofilia. Endocarditis trombótica no bacteriana: 1 de los 7 casos con trombofilia. Ecografía Abdominal fue realizada en 33 pacientes: 80,41%: LOES hepáticas: 22%, dilatación vía biliar: 41%, masa en cabeza de páncreas: 12,20%, esplenomegalia: 2,4% TAC realizado en 40 pacientes: 97,5%: masa en cabeza: 65,9%, en cuerpo: 12,2%, cola: 4,9%, cabeza-uncinado: 9,8%, dilatación vía biliar: 7,3% Utilizando pruebas no paramétricas: U de Mann-Whitney no se ha encontrado correlación significativa entre las variables analizadas: edad, sexo, clínica, analítica, estudios de imagen, cirugía, tratamientos empleados, entre los pacientes con y sin fenómenos trombóticos.

**Discusión.** Las neoplasias de páncreas presentan una escasa supervivencia en relación con su diagnóstico tardío y por lo inespecífico de sus síntomas. Formas habituales de presentación pueden ser: síntomas indicativos de enfermedad biliar, pérdida involuntaria de peso acompañada de dolor abdominal en principio inespecífico, y desarrollo de diabetes en ausencia de historia familiar y de difícil control. La tromboflebitis se estima en el 2% en las series. Son manifestaciones de hipercoagulabilidad: tromboflebitis migratoria superficial, trombosis venosa profunda idiopática, endocarditis trombótica no bacteriana, microangiopatía trombótica y trombosis arterial El dolor abdominal es la forma de presentación de inicio más frecuente en las series: 42-97%, le sigue el síndrome general: 49-84%, la diabetes está presente en 18-90%, la ictericia en el 38-81%.

**Conclusiones.** 1). Nuestra serie presenta una prevalencia superior de fenómenos trombóticos que otras series 2). No hay significación estadística al correlacionar las distintas variables recogidas entre los enfermos con trombofilia al inicio del diagnóstico y los que no la presentan al aplicar pruebas no paramétricas 3). Baja frecuencia de diabetes, en nuestra serie, como forma de presentación de adenocarcinoma de páncreas.

V-66

**LUPUS ERITEMATOSO SISTEMICO Y EMBARAZO. EXPERIENCIA DE UN HOSPITAL TERCIARIO****A. Mendizabal Núñez, M. Tasia Pitarch, N. Cantero Sánchez, F. Barrera Vilar, J. Fernández Navarro y J. Calabuig Alborch***Medicina Interna. Hospital La Fe, Valencia.*

**Objetivos.** El lupus eritematoso sistémico (LES) es una enfermedad autoinmune y sistémica, que se presenta con frecuencia en mujeres jóvenes y por tanto en su etapa reproductiva; se asocia a un alto riesgo de morbilidad y mortalidad perinatal. Las complicaciones más frecuentes son los abortos, la muerte fetal, la prematuridad, el retardo del crecimiento intrauterino y el lupus neonatal. Los anticuerpos potencialmente perjudiciales sobre la gestación son los antifosfolípidos (anticoagulante lúpico y anticardiolipinas) y anti-Ro y anti-La. Con un correcto asesoramiento preconcepcional y un adecuado seguimiento durante el embarazo y el puerperio, se puede encarar con una gran probabilidad de éxito la maternidad en estas pacientes. El objetivo del estudio es analizar y ver evolución de pacientes embarazadas y afectas de LES.

**Material y métodos.** Estudio retrospectivo mediante revisión de historias clínicas de 29 embarazos en 28 mujeres asociados al diagnóstico de LES desde enero 200 hasta diciembre 2005.

**Resultados.** Se evaluaron 29 embarazos ocurridos en 28 pacientes, con edad media de 30 años. 25 (86,2%) habían sido diagnosticadas de LES previo al embarazo. Cinco (17,3%) de los embarazos ocurrieron en mujeres con enfermedad renal previa y solo una paciente había presentado afectación neurológica previa. Como factores de riesgo cardiovascular previo al embarazo presentaban hipertensión arterial 6 (21%) de las pacientes; hábito tabáquico 5 (17,3%), una de las pacientes era obesa (IMC > 30) y 2 pacientes presentaban dislipemia, no había ninguna paciente con diabetes mellitus. Siete (24%) eran portadoras de anticuerpos antifosfolípidos, dos (7%) de ellas cumplían criterios de síndrome antifosfolípido asociado. Ocho (27,6%) presentaron brotes durante el embarazo y cinco (17,3%) durante el puerperio, la mayoría leves o moderados. Como complicaciones asociadas al embarazo: Siete (24%) fueron gestaciones pre-término (semana de gestación < 37); hubo una muerte intraútero (3,5%); dos (7%) presentaron abrupcio placentae; la preeclampsia complicó 3 (10,3%) embarazos; se observaron 3 (10,3%) abortos, dos de ellos ocurrieron durante el primer trimestre y uno durante el segundo asociado a síndrome antifosfolípido. Como complicaciones fetales destacar la presencia de 2 (3,5%) bloqueo AV congénitos, cuyas madres eran portadoras de anticuerpos antiRo y retraso de crecimiento intrauterino en 3 (10,3%). En cuanto al tratamiento que recibieron durante el embarazo, 20 (69%) pacientes fueron tratadas con corticosteroideos, la mayoría prednisona a dosis bajas, 13 (45%) pacientes estaban antiagregadas con ácido acetil salicílico que se cambiaba a heparina de bajo peso molecular a dosis profiláctica en el momento del parto. Tres de las pacientes estaban anticoaguladas con heparina de bajo peso molecular, dos de ellas por síndrome antifosfolípido y una tercera por valvulopatía.

**Conclusiones.** La actividad lúpica durante el embarazo ha sido objeto de muchas investigaciones y debates, esta claramente establecido los efectos del LES sobre el embarazo con un aumento de abortos, embarazos pretermino y retraso del crecimiento intrauterino. Por otro lado, todos los datos concuerdan con un aumento de la actividad, que puede ocurrir en cualquier trimestre del embarazo, así como durante el puerperio; sin embargo, la mayoría de las exacerbaciones son leves (con manifestaciones hematológicas, dermatológicas y articulares). Creemos, que se puede obtener un embarazo sin complicaciones graves, sin empeoramiento de la enfermedad, con un seguimiento cuidadoso y multidisciplinario.

V-67

**CONTROL METABÓLICO EN HIPERTENSOS DIABÉTICOS****A. Maldonado Martín, E. García Peñalver, P. Jiménez López, A. Martín Salguero y B. Gil Extremera***Unidad de Hipertensión y Lípidos. Hospital Universitario San Cecilio, Granada.*

**Objetivos.** Estudiar la evolución de los parámetros de control metabólico en pacientes hipertensos diabéticos.

**Material y métodos.** 181 pacientes hipertensos diabéticos (49,7% varones y 50,3% mujeres) de 66 ± 11 años de edad. Se hace un seguimiento de 30 meses. Comparamos los valores basales y la evolución clínica de índice de masa corporal (IMC), Tabla de valores analíticos.

**Resultados.** Tabla de valores analíticos \* = p < 0,05 vs basal.

**Discusión.** En la evolución y control del paciente hipertenso diabético se consigue inicialmente una mejora metabólica general (lípidos,

Tabla 1. Tabla de valores analíticos (V-67).

	Basal	A los 3-6 meses	A los 6-12 meses	A los 30 meses
ACT mg/dl	221 ± 43	213 ± 43*	222 ± 41	216 ± 39*
TG mg/dl	161 ± 86	130 ± 45*	141 ± 87	140 ± 98
HDL-c mg/dl	49,57 ± 16	49,82 ± 14	46,74 ± 9	50,9 ± 13
LDL-c mg/dl	136,5 ± 40	133,7 ± 40	141 ± 36	136,6 ± 34
Glucemia mg/dl	157 ± 59	128 ± 40*	146 ± 54	140 ± 53*
Creatinina mg/dl	1,08 ± 0,22	1,16 ± 0,22	1,08 ± 0,24	1,12 ± 0,45
Acido Úrico mg/dl	6,1 ± 1,4	5,86 ± 1,4	5,86 ± 1,6	6,08 ± 1,5
HbA1c (%)	7,07 ± 4,48	6,48 ± 1,34	6,48 ± 1,34	6,48 ± 1,34
IMC kg/m <sup>2</sup>	32,11 ± 4,78	30,04 ± 4,48*	31,58 ± 4,38	31,39 ± 4,33
PAS mmHg	168 ± 26	160 ± 34	156 ± 23	169 ± 11
PAD mmHg	92 ± 14	87 ± 13	87 ± 15	85 ± 14

glucemia, pérdida de peso), que se va perdiendo con el paso del tiempo; de tal forma, que a los 30 meses de tratamiento no se han conseguido los Objetivos terapéuticos de prevención cardiovascular según marcan las directrices actuales. En cuanto a la PA este objetivo dista mucho de ser alcanzado (< 130/80 mmHg); nuestros diabéticos presentan unas cifras de PA elevadas en la evolución clínica.

**Conclusiones.** 1). Inicialmente (entre los 3-6 meses) se consigue un mejor control metabólico del paciente diabético hipertenso, que va empeorando conforme pasa el tiempo, probablemente por olvido del paciente de las medidas higiénico-dietéticas y tal vez terapéuticas. 2). Es importante recordar la importancia del cumplimiento por parte del paciente diabético de las medidas higiénico-dietéticas y terapéuticas en cada una de las visitas a la clínica para conseguir una verdadera prevención cardiovascular.

## V-68

### ACTITUD Y COMPORTAMIENTO DE LOS PROFESIONALES EN CUANTO A LA SEDACIÓN

A. Reche Molina<sup>1</sup>, I. Parejo Sánchez<sup>1</sup>, F. Gómez Jiménez<sup>3</sup>, F. Miras Parra<sup>1</sup>, J. de la Higuera Torres-Puchol<sup>1</sup>, J. Cabrera Iboleón<sup>2</sup>, C. Martín Castro<sup>4</sup> y F. Macías Rodríguez<sup>4</sup>

<sup>1</sup>Medicina Interna, <sup>2</sup>Cuidados Paliativos, <sup>3</sup>Departamento de Medicina. Clínico San Cecilio, Granada, <sup>4</sup>Empresa Pública de Emergencias Sanitarias. 061, Granada.

**Objetivos.** Prolongar la vida no debe ser el fin exclusivo de la práctica médica, que debe preocuparse, igualmente, por el alivio del sufrimiento. Es obligación respetar y proteger la dignidad de las personas en todas las etapas. El respeto y protección encuentra su expresión en proporcionar un medio adecuado que permita al ser humano morir con dignidad. Esta tarea debe llevarse a cabo especialmente en beneficio de los miembros más vulnerables de la sociedad, tales como aquellos desprovistos de salud. De la misma forma que el ser humano comienza su vida en la debilidad y dependencia, necesita protección y apoyo al morir. Conocer la actitud que mantienen los profesionales de la salud respecto a la aplicación de la sedación en pacientes terminales. Diferencias de ésta actitud según la edad.

**Material y métodos.** Se han llevado a cabo cincuenta entrevistas a profesionales implicados en la atención a los pacientes moribundos (Medicina Interna, Cuidados Intensivos, Oncología, Atención Primaria, Ginecología, Unidad de Paliativos). Una vez transcritas y estudiadas todas las entrevistas, se introdujeron como documentos primarios en el programa informático de interpretación de textos ATLAS-ti.

**Resultados.** Los entrevistados expresan una clara postura a favor de la sedación "siempre" del enfermo diagnosticado como terminal (52,4%), sobre todo en edades comprendidas entre 31 y 50 años. A favor según los casos (31,7%) están más a favor los mayores de 50 años ("niveles permitidos", "dentro de un contexto lógico y de necesidad", "depende del tipo de enfermo"). Lo que representa que el 84,1% admiten la práctica de la sedación. La postura contraria argumenta que es una actitud tendente a conseguir la propia tranquilidad del profesional; que no sea el paciente el que real y voluntariamente quiera la sedación, sino que tal acto tenga como origen la voluntad

de los familiares; y, que ésta práctica se realiza sin el consentimiento del enfermo en el 99% de las ocasiones.

**Discusión.** Los entrevistados expresan una clara postura a favor de la sedación "siempre" del enfermo diagnosticado como terminal (52,4%), sobre todo en edades comprendidas entre 31 y 50 años. A favor según los casos (31,7%) están más a favor los mayores de 50 años ("niveles permitidos", "dentro de un contexto lógico y de necesidad", "depende del tipo de enfermo"). Lo que representa que el 84,1% admiten la práctica de la sedación. La postura contraria argumenta que es una actitud tendente a conseguir la propia tranquilidad del profesional; que no sea el paciente el que real y voluntariamente quiera la sedación, sino que tal acto tenga como origen la voluntad de los familiares; y, que ésta práctica se realiza sin el consentimiento del enfermo en el 99% de las ocasiones.

## V-69

### USO DE SEDACIÓN TERMINAL EN PACIENTES NO ONCOLÓGICOS FALLECIDOS EN UNA UNIDAD DE MEDIA Y LARGA ESTANCIA

E. Castellano Vela<sup>1</sup>, M. Gil Egea<sup>1</sup>, B. González Gisbert<sup>1</sup>, A. Esparcia Navarro<sup>2</sup>, N. Fort Navarro<sup>1</sup> y R. Navarro Sanz<sup>1</sup>  
<sup>1</sup>Área Médica Integral. Pare Jofré, Valencia, <sup>2</sup>Medicina Interna. Malvarrosa, Valencia.

**Objetivos.** La Sedación Terminal (ST) es una medida terapéutica extrema pero necesaria, si esta bien indicada, en pacientes con síntomas refractarios en situación de últimos días, con la intención primaria de aliviar su sufrimiento. Los datos publicados sobre su empleo suelen estar referidos a pacientes oncológicos (PO), por ello nos propusimos: 1). Describir las características de la valoración integral al ingreso de los pacientes no oncológicos (PNO) que fallecieron en una Unidad de Media y Larga Estancia (UMLE). 2). Estudiar las características clínicas esenciales de las ST utilizadas en dichos pacientes.

**Material y métodos.** Se seleccionaron todos los PNO que fallecieron en la UMLE del Hospital Malvarrosa de Valencia durante 5 años consecutivos (noviembre de 2000 a octubre de 2005). Se recogió información de los pacientes al ingreso sobre edad, sexo, presencia de úlceras por presión (UPP), grado de dependencia funcional (índice de Barthel), estado cognitivo y capacidad de tomar decisiones de cierta complejidad (cuestionario de Pfeiffer) y estado nutricional (pérdida > a 3 kg de peso en los últimos 3 meses); y tras el fallecimiento sobre días de estancia, objetivo del tratamiento que llevaban en dicho momento (curativo, mixto o paliativo) y respecto a la ST: frecuencia de uso, síntomas que la motivaron, quién otorgó el consentimiento, fármacos sedantes utilizados y dosis, vía de administración usada y supervivencia tras su inicio. Se realiza un análisis descriptivo de las variables, media y desviación típica (dt) para las continuas y frecuencia absoluta y porcentaje para las categóricas. Para la construcción de la base de datos y su manejo estadístico se utilizó el paquete SPSS.

**Resultados.** Durante el período de estudio ingresaron 637 PNO de los que fallecieron 342 (53,7%). En estos la edad media fue de 80,1 años (dt: 9,7), 176 (51,5%) eran mujeres y la estancia media fue de 32,7 días (dt: 43,7); al ingreso presentaban UPP 243 (71,9%), inmovilidad severa (Barthel ≤ 35 puntos) 328 (98,5%), alteración cognitiva (Pfeiffer corregido > 2 errores) 123 (79,5%) de los 155

(46,6%) que pudieron ser evaluados (no pudieron ser evaluados 178: 90 por demencia severa, 54 por bajo nivel de conciencia y 34 por sordera severa o afasia), incapacidad para tomar decisiones complejas (los que no se les pudo evaluar y aquellos con Pfeiffer  $\geq$  5 errores) 274 (80,1%) y desnutrición 210 (61,3%). En el momento del fallecimiento 38 pacientes (11,1%) recibían tratamiento curativo, 53 (15,5%) mixto y 251 (73,4%) paliativo. Se realizó ST en 102 pacientes (29,8%), 94 estaban bajo tratamiento paliativo (37,5% de los paliativos), 7 mixto (13,2% de los mixtos) y 1 curativo (2,6% de los curativos). Los síntomas que motivaron la ST fueron disnea en 44 pacientes (43,1%), agitación en 40 (39,2%), dolor en 31 (30,4%), "sufrimiento" (difícil definir una causa clara) en 17 (16,7%) y hemorragia digestiva alta (HDA) masiva en 3 (2,9%). El consentimiento lo otorgó la familia en 94 pacientes (92,2%), el propio paciente en 5 (4,9%) y el equipo en 3 (2,9%). Los fármacos sedantes empleados fueron Midazolam en 90 pacientes (88,2%) a dosis media de 25,6 mg (7,5 a 150 mg), Haloperidol en 19 (18,6%) a dosis media de 10,4 mg (2,5 a 20 mg) y levomepromazina en 2 (2%) a dosis media de 50 mg. La supervivencia media tras el inicio de la ST fue de 2,8 días (1 a 11 días). En todos los casos la ST se realizó por vía subcutánea (sc), en 99 pacientes (97,1%) mediante infusor y en 3 (2,9%) con dosis puntuales (los 3 casos de HDA masiva).

**Conclusiones.** 1) Attendemos a una población con un grado de deterioro clínico muy elevado lo que justifica su alta mortalidad. 2) Los datos sobre la ST obtenidos en nuestros PNO fallecidos son bastante similares a los publicados en series de PO. 3) A destacar: a) una frecuencia de uso de ST algo más elevada que la referida en los PO; b) el consentimiento lo otorga de forma mayoritaria la familia por el alto porcentaje de pacientes con incapacidad para tomar decisiones complejas; c) el midazolam es el fármaco sedante usado en la mayoría y a dosis no muy altas; d) y la vía sc fue la única usada, casi siempre mediante infusor.

## V-70

### EVOLUCIÓN DE LA ANSIEDAD Y DEPRESIÓN DETECTADA DURANTE LA HOSPITALIZACIÓN EN UN SERVICIO DE MEDICINA INTERNA

A. Grau<sup>1</sup>, P. Comas<sup>1</sup>, R. Suñer<sup>2</sup>, E. Peláez<sup>3</sup>, L. Sala<sup>3</sup> y M. Planas<sup>3</sup>

<sup>1</sup>Medicina Interna, <sup>2</sup>Unidad Docente MFyC.

Hospital de Figueras, Gerona, <sup>3</sup>Universidad de Gerona. Escuela de Enfermería, Gerona.

**Objetivos.** Estudiar la evolución espontánea de los síntomas de ansiedad (As) y depresión (Dp) a los dos meses del alta hospitalaria y los factores asociados con su persistencia.

**Material y métodos.** Estudio longitudinal prospectivo observacional con muestreo consecutivo. Los pacientes ingresados en una sala de medicina interna de un hospital general que puntuaron alto en la escala de As o de Dp del cuestionario Hospital Ansiedad Depresión (HAD), durante el cuarto día de estancia hospitalaria, fueron seguidos durante dos meses para repetir el HAD sin la prescripción de psicofármacos. Se excluyeron del estudio los pacientes con demencia filiada, que recibían tratamiento antidepressivo o ansiolítico, con un estado físico o mental que no les permitía contestar adecuadamente los cuestionarios, con dificultad idiomática, y aquellos que no aceptaron participar en el estudio o cometieron más de tres errores en el test de Pfeiffer. El HAD es un cuestionario con 7 afirmaciones para valorar As y 7 para Dp, con puntuaciones que oscilan de 0 a 21 para cada subescala. Ideado para ser administrado a sujetos con enfermedades orgánicas se han eliminado los aspectos físicos que pueden acompañar a la As o a la Dp incidiendo sólo en los emocionales. Se valoraron también factores sociodemográficos, historia de As y Dp, escala de Barthel, índice de Charlson y el HAD del estado que tenían tres semanas antes del ingreso.

**Resultados.** Se siguieron 38 pacientes con As (22 varones y 16 mujeres, edad media (desviación típica) de 62,2 (15,4) años) y 35 pacientes con Dp (22 varones y 13 mujeres, edad media (dt) de 68,1 (15,5) años). Persistieron con síntomas de As a los dos meses 23 pacientes (60,5%; IC 95%: de 43,4 a 76). La ansiedad en las tres semanas previas al ingreso medida por HAD y un menor nivel de estudios se asociaron a la persistencia de As, con un riesgo relativo (RR) de 2,5 (IC 95%: 1,05–2,15) y 1,5 (IC 95%: 1,35–4,65) respectivamente. Persistieron con síntomas de Dp a los dos meses 18 par-

ticipantes (51,4%; IC 95%: de 34 a 68,6), con los siguientes factores asociados: edad de 70 o más años (RR 2,05; IC 95%: 1,01–4,14), sexo femenino (RR 3,14; IC 95%: 1,04–9,52), estudios primarios (RR 1,31; IC 95%: 1,01–1,7), Barthel durante el ingreso menor a 100 (RR 3,46; IC 95%: 1,16–10,31) y depresión en las tres semanas previas por HAD (2,36; IC 95%: 1,2–4,64).

**Discusión.** Nuestros resultados son concordantes con los estudios que refieren una tendencia a la persistencia de la sintomatología ansiosa y depresiva en el transcurso del tiempo (correspondencia HAD de tres semanas antes del ingreso y HAD a los dos meses del alta hospitalaria), y con los estudios que describen un descenso a la mitad de la patología psiquiátrica después de una hospitalización por enfermedad física, atribuible al impacto de la hospitalización y de la propia enfermedad.

**Conclusiones.** La valoración del HAD en las tres semanas previas al ingreso, con la ayuda de otros factores, como el estado funcional por la escala de Barthel, el sexo, la edad o el nivel de estudios, pueden ayudar a decidir la prescripción precoz de tratamiento o esperar a una nueva evaluación después del retorno del paciente a su hogar, cuando se detecta un caso de As o Dp durante una hospitalización. En cualquier caso, la persistencia de la sintomatología en más de la mitad de los pacientes obliga a su estrecho seguimiento tras el alta hospitalaria.

## V-71

### FIEBRE MEDITERRANEA FAMILIAR. ¿CUANDO ESTABLECER LA SOSPECHA DIAGNÓSTICA?

L. López Montes<sup>1</sup>, I. Amorós<sup>1</sup>, B. Serra<sup>1</sup>, I. Jiménez<sup>1</sup>, L. Castellano<sup>1</sup> y P. de la Cuadra<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Medicina Interna, <sup>2</sup>Neumología. Sagunto. Puerto de Sagunto, Valencia.

**Objetivos.** Estudio descriptivo de los casos de Fiebre Mediterránea Familiar (FMF), utilizando los criterios de Tel Hashomer, diagnosticados en el Hospital de Sagunto en los últimos 5 años (enero 2001-junio 2006).

**Resultados.** Se diagnosticaron 3 pacientes (2H/1M). Caso 1: varón de 27 años que a los 20 años inicia episodios de dolor abdominal recurrentes de horas-días evolución. En el último mes dos episodios de fiebre autolimitados. Ingresó por dolor abdominal intenso que impresionó de abdomen agudo y fiebre. Ante la presencia de líquido libre abdominal se procede a laparotomía exploratoria. 24 horas postintervención aparición de derrame pleural y pericárdico. Caso 2: varón de 27 años, marroquí, que refiere dolor centrotorácico. Como antecedentes dos ingresos en los últimos 4 meses por episodios de pericarditis aguda. Asociaba cuadros autolimitados de dolor torácico y articular, desde hacía años, por los que nunca había consultado. En RM cardíaca se aprecia derrame pericárdico. Durante ingreso aparición de fiebre y derrame pleural izquierdo. Caso 3: mujer de 46 años que ingresa por fiebre y lesiones cutáneas. Como antecedentes artralgias de 10 años de evolución, y en los últimos 5 años lesiones cutáneas migratorias con fiebre asociada. En el último año 5 episodios de fiebre aislada. Ingresó por lesiones cutáneas pretibiales con resolución espontánea en 24-36 horas. En todos los pacientes entre los datos de laboratorio se obtiene un aumento de los reactantes de fase aguda. Se completó estudio de autoinmunidad, serológicos, y cultivos de líquidos orgánicos. Se inicia tratamiento con Colchicina a dosis 1 mg/día.

**Discusión.** La FMF es un trastorno de herencia autonómica recesiva, de etiología desconocida, que se caracteriza por episodios recurrentes y autolimitados de fiebre con poliserositis y aumento de reactantes de fase aguda. Predomina en judíos sefardíes, armenios y árabes, con mayor frecuencia de inicio entre los 5 a 15 años. En los pacientes con historia familiar, etnia de origen compatible y manifestaciones clínicas típicas, el diagnóstico puede ser hecho sin confirmación genética; en caso contrario el test genético puede ser de ayuda. El diagnóstico diferencial se caracteriza por su amplio espectro, principalmente causas de abdomen agudo, dolor pleurítico, estudio de FOD o Fiebres periódicas. El tratamiento de elección con el objetivo de prevenir el desarrollo y progresión de amiloidosis es la colchicina. **Conclusiones.** 1) Los síntomas cardinales de la FMF son la fiebre, el dolor abdominal y pleurítico, pero cuadros como las artralgias, el eritema erisipeloides o la pericarditis también pueden presentarse. 2) El diagnóstico diferencial se establece con multitud de patologías, des-

cartando etiologías de mayor prevalencia, sin que ello implique un diagnóstico de FMF por exclusión. 3) La sospecha clínica asociada a la etnia de origen, historia familiar o periodicidad conducen al diagnóstico. En casos dudosos sintomáticos realizar ensayo terapéutico con colchicina. La confirmación diagnóstico se obtiene por test genético.

**V-72**  
**RADIOSENSIBILIDAD IN VITRO EN PACIENTES CON LUPUS ERITEMATOSO SISTÉMICO**

**P. Carrillo<sup>1</sup>, J. Sabio<sup>1</sup>, M. Núñez Torres<sup>2</sup>, E. López<sup>3</sup>, J. Muñoz Gámez<sup>2</sup>, C. Hidalgo<sup>1</sup> y J. Jiménez Alonso<sup>1</sup>**

<sup>1</sup>Medicina Interna, <sup>2</sup>Oncología Radioterápica. Hospital Universitario Virgen de las Nieves, Granada, <sup>3</sup>Instituto López Neira. CSIC, Granada.

**Objetivos.** Hasta ahora se creía que los pacientes con lupus eritematoso sistémico (LES) podrían presentar más reacciones adversas tras ser sometidos a radioterapia. El objetivo de este estudio fue determinar la radiosensibilidad celular intrínseca (RCI), que es un indicador de riesgo de padecer efectos adversos relacionados con la radiación, en pacientes con LES, comparados con un grupo control (GC) de sujetos sanos. Además se evaluó los parámetros clínicos, biológicos y terapéuticos que podrían influir en la RCI en estos pacientes.

**Material y métodos.** Estudio transversal de casos y controles. 52 pacientes con LES y 48 sujetos sanos de edad y sexo similares (GC). La RCI fue establecida a través de la cuantificación del número de roturas de doble cadena de ADN (rdc) de linfocitos aislados de sangre periférica, medida mediante electroforesis en gel en campos pulsados, tras radiarlos con 30 Gy. Los datos demográficos, clínicos y terapéuticos se obtuvieron de las historias clínicas. Análisis estadístico: Las variables cuantitativas (media ± DE) se compararon mediante el test de U de Mann-Whitney y las cualitativas mediante el test de Fisher. La significación fue considerada para una p < 0,05.

**Resultados.** La edad media de los pacientes con LES (83%, mujeres) fue de 42,1 ± 10,5 años frente a 43,5 ± 13,6 años del GC (79% mujeres). No hubo diferencias significativas en cuanto a la RCI entre ambos grupos (1,452 ± 0,895 vs 1,665 ± 0,928 rdc/Gy, LES vs GC respectivamente). El resto de resultados aparecen en la tabla.

**Discusión.** Los pacientes con LES no presentaron mayor RCI que los pacientes del GC. En cambio, los pacientes lúpicos con anemia, VSG elevada y con LA/SSB + y RNP +, presentaron una RCI significativamente mayor que los pacientes lúpicos sin estas características. No se encontraron diferencias significativas respecto a otros parámetros clínicos, bioquímicos y terapéuticos. Estos resultados sugieren que los pacientes con LES no presentan mayor riesgo de padecer reacciones adversas tras ser sometidos a radioterapia. Sólo el subgrupo de pacientes antes referido debería ser irradiado con precaución.

**Conclusiones.** El LES no debería ser una contraindicación absoluta en aquellos pacientes que precisan recibir radioterapia.

**V-73**  
**SALUD PERCIBIDA Y ETAPAS DEL CAMBIO EN EL CONSUMO DE TABACO**

**A. Grau<sup>1</sup>, S. Font-Mayolas<sup>2</sup>, M. Eugènia Gras<sup>2</sup>, R. Suñer<sup>3</sup>, P. Comas<sup>1</sup> y SPYT<sup>4</sup>**

<sup>1</sup>Medicina Interna. Hospital de Figueres, Gerona, <sup>2</sup>Universidad de Gerona. Instituto de Investigación sobre Calidad de Vida. Gerona, <sup>3</sup>Universidad de Gerona. Departamento de Enfermería. Gerona, <sup>4</sup>Grupo de Trabajo SPYT. Alto y Bajo Ampurdán, Gerona.

**Objetivos.** Evaluar la percepción de salud de los fumadores y exfumadores en las distintas etapas del cambio en el proceso hacia el abandono de la adicción, y compararlo con los valores poblacionales de referencia del mismo sexo y edad.

**Material y métodos.** La muestra está formada por 201 participantes (51,7% hombres), con una edad media de 43,9 (dt = 14,5) años. Incluye a fumadores activos y exfumadores visitados ambulatoriamente por cualquier problema de salud. Se identificó la etapa de cambio (Prochaska, Norcross y DiClemente, 1994) y se reagruparon como Fumadores Sin Intención de Cambio (FSIN), Fumadores Con Intención de Cambio (FCON) y Exfumadores (EXF). La salud percibida se valoró mediante el Cuestionario de Salud SF-36 que explora ocho dimensiones: Función Física (FF), Rol Físico (RF), Dolor Corporal (DC), Salud General (SG), Vitalidad (VT), Función Social (FS), Rol Emocional (RE) y Salud Mental (SM). Los valores de referencia de la población española se obtuvieron a partir de datos publicados (Alonso, Med Clin (Barc) 1995; 104: 771).

**Resultados.** Se registró la siguiente distribución por etapas: FSIN 30,8%, FCON 38,8% (29,4% contempladores y 9,5% preparados) y EXF 30,3% (10,4% acción, 10,4% mantenimiento y 9,5% finalización). La diferencia entre la media del grupo de estudio y la media poblacional para cada dimensión del SF-36 según la etapa del cambio agrupada, con su nivel de significación estadística, queda resumido en la tabla 1. Los FSIN tuvieron puntuaciones peores a las poblacionales en todas las dimensiones del SF-36 menos en FF y RF. Los FCON puntuaron peor que la población de referencia en las ocho dimensiones del SF-36. Los EXF sólo estuvieron por debajo de la población de referencia en la percepción de dolor corporal.

**Discusión.** Investigaciones previas demuestran una peor salud percibida en los fumadores, de mayor intensidad a mayor carga tabáquica, pero ya evidente pocos meses después del inicio del consumo de tabaco. En nuestro conocimiento no hay estudios previos que diferencien según la intención de cambio entre los fumadores.

**Conclusiones.** Los fumadores activos tienen peor salud percibida que la población general, sobre todo en el componente mental. El deterioro de la percepción en FF y RF coincide con la intención de abandonar el tabaco. Los exfumadores se equiparan a la población general en la percepción de salud física y mental.

Tabla 1.

SF-36	FSIN	P	FCON	P	EXF	P
GSF-36	FSIN	P	FCON	P	EXF	P
FF	-3.7	0.09	-10.6	0.001	1.7	0.51
RF	-0.5	0.9	-10.1	0.03	-6	0.23
DC	-17.5	< 0.001	-14.4	< 0.001	-8.2	0.02
SG	-10.3	< 0.001	-12.9	< 0.001	-5.0	0.08
VT	-11.9	< 0.001	-11.9	< 0.001	-4.5	0.12
FS	-9.0	0.006	-14.3	< 0.001	-3.7	0.21
RE	-11.5	0.01	-12.8	0.004	1.8	0.53
SM	-12.5	< 0.001	-14	< 0.001	-4.9	0.07

Tabla 1. Rotura de doble cadena (rdc) de ADN en pacientes con LES, según características clínicas, bioquímicas y terapéuticas (V-72).

	Si N° (%)	N° rdc ADN	No N°(%)	N° rdc ADN	p
Afec renal	19 (36.5)	1.399 ± 0.706	33 (63.5)	1.482 ± 0.997	NS
Fotosens	42 (80.8)	1.379 ± 0.674	10 (19.2)	1.758 ± 1.530	NS
Anemia, Hb < 12 mg/dl	11 (21.2)	2.093 ± 1.347	41 (78.8)	1.280 ± 0.652	0.040
VSG > 30 mm/h	16 (30.8)	1.936 ± 1.279	36 (69.2)	1.236 ± 0.558	0.042
Anti-RNP > 9 IU/ml	5 (9.6)	2.236 ± 0.794	47 (90.4)	1.368 ± 0.872	0.011
Anti-Ro/SSA > 8 IU/ml	18 (34.6)	1.437 ± 0.776	34 (65.4)	1.460 ± 0.963	NS
Anti-La/SSB > 8 IU/ml	9 (17.3)	1.887 ± 0.860	42 (80.8)	1.351 ± 0.893	0.037
Prednisona	36 (69.2)	1.527 ± 0.991	16 (30.8)	1.280 ± 0.652	NS
Antipalúdicos	44 (84.6)	1.456 ± 0.919	8 (15.4)	1.448 ± 0.919	NS

**V-74**

**ACTITUD Y COMPORTAMIENTO DE LOS PROFESIONALES SANITARIOS ANTE EL ENFERMO TERMINAL Y LA MUERTE.**

**A. Reche Molina<sup>1</sup>, F. Gómez Jiménez<sup>2</sup>, I. Parejo Sánchez<sup>1</sup>, F. Miras Parra<sup>1</sup>, J. de la Higuera Torres-Puchol<sup>1</sup>, C. Martín Castro<sup>4</sup>, J. Cabrera Iboleón<sup>3</sup> y F. Macías Rodríguez<sup>2</sup>**

<sup>1</sup>Medicina Interna, <sup>2</sup>Departamento de Medicina, <sup>3</sup>Cuidados Paliativos. Clínico San Cecilio, Granada, <sup>4</sup>Empresa Pública de Emergencias Sanitarias. 061, Granada.

**Objetivos.** La tendencia social que existe actualmente en cuanto al cuidado de los enfermos terminales es la de encomendarlos a las instituciones sanitarias, favoreciendo situaciones nuevas de muerte social desconocidas en el pasado. Cuando un enfermo está en una situación terminal, el hospital puede transformarse en un recinto carcelario, que produce aislamiento y soledad. En el análisis de la interacción social médico/enfermera/paciente se puede distinguir tres tipos de modalidades: Ocultación de la verdad al paciente, fingimiento mutuo y, finalmente, reconocimiento explícito de la verdad por parte del paciente y personal asistente. Posiblemente, ésta última, sea la única situación en que se permite al moribundo ser el dueño de su muerte y disponer de la misma con algún tipo de control. Es probablemente el tipo de muerte más compartida y asumida por el ser humano. **Objetivos:** Obtener información y analizar el comportamiento de los profesionales de la salud ante el enfermo moribundo. **Material y métodos.** Se han llevado a cabo cincuenta entrevistas a profesionales implicados en la atención a los pacientes moribundos, 25 a personal de enfermería y 25 a personal médico (Medicina Interna, Cuidados Intensivos, Oncología, Atención Primaria, Ginecología, Unidad de Paliativos). Una vez transcritas y estudiadas todas las entrevistas, se introdujeron como documentos primarios en el programa informático de interpretación de textos ATLAS-ti.

**Resultados.** En líneas generales los entrevistados manifiestan conductas diferentes teniendo en cuenta el grado de conciencia del enfermo y las relaciones afectivas que se hayan establecido con él y su familia. Si el paciente es consciente de su situación los profesionales manifiestan más interés. Se pone también de manifiesto que en muchas ocasiones la relación que se establece depende del enfermo pues es él quien elige a la persona que lo cuida para hacerle sus confidencias. Los profesionales de enfermería (de más edad y más experiencia profesional) optan por tomar una actitud ante el enfermo terminal definida por pautas de actuación psicosocial, ya que tienen en cuenta su entorno familiar. Los profesionales médicos (sobre todo los más jóvenes) adoptan una postura más clínica en la atención al enfermo moribundo.

Tabla 1.

Actitud de los profesionales sanitarios ante el paciente terminal.

	Médico		DUE	
	Recuento	%	Recuento	%
Perspectiva clínica	18	33.33	2	3.7
Perspectiva psicosocial	8	14.81	26	48.15

**V-75**

**UTILIDAD DE LA 18F-FDG-PET (PET) EN EL DIAGNÓSTICO DE RECURRENCIA LOCAL O METÁSTASIS EN EL SEGUIMIENTO DE PACIENTES TRATADOS DE CÁNCER DIFERENCIADO DE TIROIDES**

**D. Esteva Fernández<sup>1</sup>, M. Muros de Fuentes<sup>2</sup> y J. Jiménez Alonso<sup>1</sup>**

<sup>1</sup>Medicina Interna, <sup>2</sup>Medicina Nuclear. Virgen de las Nieves, Granada.

**Objetivos.** Determinar la validez diagnóstica de la PET para la detección de recurrencia local o metástasis a distancia en pacientes diagnosticados de cáncer diferenciado de tiroides (CDT) con elevación de la tiroglobulina sérica y rastreo corporal total con 131I (RCT) negativo durante el seguimiento.

**Material y métodos.** Hemos estudiado 50 pacientes con CDT, 38 papilares y 12 foliculares (39 mujeres y 11 hombres) procedentes del Servicio de Endocrinología y tratados mediante tiroidectomía total y ablación con radioyodo. Durante el seguimiento han presentado elevación de los niveles séricos de tiroglobulina siendo el rastreo corporal total con radioyodo negativo. Todos los pacientes se encontraban en suspensión de la terapia hormonal sustitutiva (cuatro semanas) y dieta sin yodo. Se les realizó el RCT con 131I y se determinaron los niveles séricos de tiroglobulina, anticuerpos antitiroglobulina, FT3, FT4 y TSH. En la semana siguiente a la realización del RCT se les realizó la PET (SIEMENS ECAT EXACT 47, 370MBq 18F-FDG iv) según protocolo convencional. Los estudios PET fueron informados por dos médicos nucleares expertos. Los hallazgos de la PET se confirmaron mediante examen anatomopatológico, o por otras técnicas de imagen (TC, RMN, ecografía) en aquellos pacientes no susceptibles de tratamiento quirúrgico.

**Resultados.** La PET fue positiva en 36 estudios y negativa en 14. Detectó correctamente enfermedad en el 85% de pacientes (sensibilidad), confirmándose 19 por otras técnicas de imagen, 11 por anatomía patológica y 6 en el seguimiento. La ausencia de enfermedad se confirmó el 83% (especificidad). El valor predictivo positivo fue del 97%.

**Discusión.** Debido al comportamiento biológico y al éxito del tratamiento, el cáncer diferenciado de tiroides (CDT) se caracteriza por una baja mortalidad. Por ello, el número de pacientes en seguimiento es elevado. Cuando en éste seguimiento, se detecta aumento de la tiroglobulina sérica y no se corresponde con rastreo corporal total positivo, existe alta sospecha de enfermedad recurrente o metastásica, aunque sin localización. Hasta hace relativamente poco tiempo, los medios diagnósticos tenían utilidad limitada. La tomografía por emisión de positrones (PET) en éste tipo de pacientes se ha usado en un intento de mejorar el estudio diagnóstico de recidiva o metástasis, modificando así la actitud terapéutica. En la serie de 50 pacientes estudiados se evidencia su utilidad, confirmándose posteriormente los hallazgos. La PET debería considerarse en el estudio de pacientes en seguimiento de CDT en los que se detectan elevaciones de la tiroglobulina sérica y el rastreo corporal con radioyodo es negativo.

**Conclusiones.** 1). Se confirma la utilidad de la PET en el diagnóstico de la recurrencia local o metástasis a distancia del cáncerdiferenciado con elevación de tiroglobulina y rastreo corporal total negativo. 2). El resultado de la PET positivo confirma presencia de enfermedad en el 97% de pacientes.

**V-77**

**INSÍSTELE A LA MADRE**

**J. Ruiz-Giardin, J. Sanmartín, A. Barrios, N. Cabello y A. Zapatero**

Medicina Interna. Hospital de Fuenlabrada, Madrid.

**Objetivos.** Analizar los diagnósticos diferenciales de hipercalcemia, a propósito de dos hermanos.

**Material y métodos.** Se presentan dos casos clínicos de hipercalcemia, hipercalcemia con insuficiencia renal y PTH baja, en dos hermanos, con manifestaciones clínicas simultáneas en el tiempo. Uno de los dos hermanos estaba diagnosticado además de tuberculosis pulmonar activa. Se analizan los diagnósticos diferenciales, y el proceso diagnóstico seguido. Caso 1: varón de 15 años, procedente de Ecuador (5 años en España), que recibió suplementos de vitaminas del tipo a, b, c, d2 (1.000 ui) en los últimos meses, que ingresa por vómitos de 1 semana de evolución, con insuficiencia renal progresiva (máxima de 3,4), con hipercalcemia y PTH < 3. Exploración física sin datos de interés. Recibió sueroterapia, diuréticos, y tratamiento con difosfonatos, normalizando la función renal. Se decide iniciar empíricamente tratamiento antituberculoso al ingresar días después su hermano con tuberculosis pulmonar activa, hipercalcemia e insuficiencia renal. Cultivos de esputo, sangre, orina, y tejido renal (a las 6 semanas todos negativos). Sedimento de orina: normal, orina de 24 horas: 4.400 ml, proteinuria 264 mg, calciuria 686 mg. Aclaramiento de 32 ml/min; proteinograma: Patrón electroforético normal; Gasometría venosa: normal; Estudio de coagulación normal; Serologías: VHB, VHC, VIH negativas, ANA, ANCA, cortisol y TSH: normales; MANTOUX: Negativo, repetido a las 4 semanas negativo. Placa de tórax, ecocardiograma, TAC abdómino pélvico con contraste normales. Biopsia renal: Infiltrado polimorfonuclear intersticial



parcheado. Sin signos de necrosis tubular aguda. Depósitos de calcio focales intratubulares. Caso 2: Paciente de 19 años, hermano del anterior, que ingresa por tuberculosis pulmonar cavitada con BAAR + en muestra de esputo. En el seguimiento se detecta hipercalcemia severa: Ca 14,3 mg/dl, con hipercalcemia, normofosforemia e insuficiencia renal. Crs hasta 3,2 mg/dl. PTH < 3. Se trató con sueroterapia y furosemida i.v, recibiendo además tratamiento antituberculoso, con normalización en la calcemia y la función renal. Ecografía sin alteraciones. Orina de 24 horas: Proteinuria 312 mg/24h Calcio 481,0 mg/24h (100,0-300,0). Inicialmente se estimó que el origen más probable de la hipercalcemia fuera la producción de calcitriol por los granulomas tuberculosos.

**Resultados.** Al mes del ingreso se reciben los resultados del calcidiol: (25-OH-D) (colecaldiol) > 120 ng/mL [15– 100], (normal en las enfermedades granulomatosas, y elevado en la intoxicación por vitamina D) y calcitriol 103 ng/ml (10-60), siendo la elevación de ambos sólo compatible con intoxicación por vitamina D. Se reinterroga nuevamente al familiar (madre) quien reconoce que ambos pacientes en las dos semanas previas habían recibido 2 ampollas ergocalciferol (en preparado no comercializado en España, procedente de Ecuador): Cada ampolla contiene 600.000 UI de vitamina D (15 MG) (9 ML). Ambos pacientes recibieron una dosis 300 veces por encima de la necesaria, siendo pues el diagnóstico final de INTOXICACIÓN AGUDA POR VITAMINA D, sin poder descartar además componente de síntesis granulomatosa en el paciente diagnosticado de tuberculosis pulmonar.

**Discusión.** Los diagnósticos diferenciales que se plantearon fueron: como primera posibilidad enfermedad granulomatosa (máxima sospecha de tuberculosis), tumor (linfoma) (improbable ya que el cuadro era el mismo en ambos hermanos), hipervitaminosis (parecía exagerado para los complejos vitamínicos referidos inicialmente en la anamnesis), síndrome de Williams (no fenotipo), con ecocardiograma normal en ambos. Hipercalcemia hipocalciúrica familiar (descartada por presentar hipercalcemia, con analítica extraída a toda la familia padres incluidos con función renal y calcio normales). La llegada del colecaldiol dió el diagnóstico.

**Conclusiones.** Importancia de una detallada historia clínica. Revisada la bibliografía, la tuberculosis como única causa de hipercalcemia es absolutamente excepcional. Tener presente la posibilidad de ciertos hábitos frecuentes en poblaciones foráneas, como es la autoadministración de determinados compuestos vitamínicos.

### V-79 SUPERVIVENCIA DEL ADENOCARCINOMA METASTÁSICO EN FUNCIÓN DE LA LOCALIZACIÓN DEL TUMOR PRIMARIO

M. Fernández Cotarelo<sup>1</sup>, J. Guerra Vales<sup>1</sup>, C. González Paz<sup>2</sup>, F. Colina Ruizdelgado<sup>3</sup> y J. de la Cruz Bertolo<sup>4</sup>

<sup>1</sup>Servicio de Medicina Interna, <sup>2</sup>Oncología Médica,

<sup>3</sup>Departamento de Anatomía Patológica. Registro de Tumores,

<sup>4</sup>Unidad de Epidemiología Clínica. Hospital Universitario 12 de Octubre, Madrid.

**Objetivos.** Analizar las diferencias en la supervivencia de los pacientes con adenocarcinoma metastásico en función de la localización del tumor primario, comparando los casos de cáncer de origen desconocido con los dos tumores primarios más frecuentes en esta entidad: pulmón y páncreas.

**Material y métodos.** Estudio de cohortes retrospectivo de los casos codificados por el Registro de Tumores con el diagnóstico de adenocarcinoma de origen desconocido, adenocarcinoma de pulmón metastásico y adenocarcinoma de páncreas metastásico entre el 1 de enero de 1999 y el 31 de diciembre de 2003, que habían sido diagnosticados y seguidos íntegramente en el Hospital Universitario 12 de Octubre de Madrid.

**Resultados.** En el periodo de cinco años descrito se registraron 95 casos de adenocarcinoma de origen desconocido (52 varones y 43 mujeres) con una edad media de 69,3 ± 12 años. Los casos de adenocarcinoma de pulmón metastásico en el mismo periodo fueron 33 (28 varones y 5 mujeres) con una media de edad de 63,9 ± 10,6 años, y 45 casos de adenocarcinoma de páncreas metastásico (33 varones y 12 mujeres) con una edad media de 62,4 ± 13,9 años. Recibieron tratamiento para el tumor el 52,6% de los pacientes con adenocarcinoma de origen desconocido, fundamentalmente quimio-

terapia. La edad más joven se asoció a mayor probabilidad de recibir tratamiento activo en estos pacientes. En el caso del adenocarcinoma pulmonar metastásico recibieron tratamiento activo el 69,7% de los pacientes (quimioterapia y/o radioterapia), y menos de la mitad de los pacientes (46,6%) en el caso del cáncer de páncreas (cirugía, quimioterapia o combinación de ambas). La probabilidad de supervivencia a los seis meses del diagnóstico de un adenocarcinoma de origen desconocido fue de 44,7% (IC 95%: 33,9 – 55,4), y al año de 24,5% (IC 95%: 14,8 – 34,3), con una mediana de 4,6 meses (IC 95%: 1,9 – 7,3). La probabilidad de supervivencia a los seis meses del diagnóstico de un adenocarcinoma de pulmón en estadio metastásico fue de 42,4% (IC 95%: 25,2 – 59,6), y al año del 13,8% (IC 95%: 1,4 – 26,2), con una mediana de 4,1 meses (IC 95%: 1,9 – 6,4), y en cuanto al adenocarcinoma de páncreas metastásico, la probabilidad de supervivencia a los seis meses del diagnóstico fue de 24,9% (IC 95%: 10,6 – 39,2), y al año fue del 2,8% (IC 95%: 0 – 8,2), con una mediana de 2 meses (IC 95%: 1 – 3).

**Discusión.** El adenocarcinoma metastásico se asocia a una pobre supervivencia, independientemente de la localización del tumor primario. La edad del paciente parece influir en la actitud diagnóstico-terapéutica del médico: en los pacientes más jóvenes es más frecuente la detección del origen del tumor, y tienen más probabilidades de recibir tratamiento activo. Los pacientes en los que se conoce el origen del tumor primario tienen también mayor probabilidad de recibir tratamiento, aunque esto no siempre influye en la supervivencia.

**Conclusiones.** Los pacientes con adenocarcinoma de pulmón metastásico eran más jóvenes al diagnóstico que los pacientes con adenocarcinoma de origen desconocido (p < 0,05). El tumor primario conocido en pulmón se asoció a mayor probabilidad de recibir tratamiento activo que el adenocarcinoma de origen desconocido (p < 0,05), aunque sin diferencias estadísticamente significativas en la supervivencia. Los pacientes con adenocarcinoma de páncreas metastásico también eran más jóvenes al diagnóstico que los pacientes con adenocarcinoma de origen desconocido. No existieron diferencias significativas en la probabilidad de recibir tratamiento entre estos dos grupos. La probabilidad de supervivencia a los seis y doce meses fue mayor para el adenocarcinoma de origen desconocido que para el adenocarcinoma de páncreas metastásico.

### V-80 FACTORES DE RIESGO CARDIOVASCULAR, ESTILO DE VIDA Y FACTORES ANTROPOMÉTRICOS DEL PERSONAL SANITARIO PRESUNTAMENTE SANO. ESTUDIO DESCRIPTIVO

J. Escobedo Palau<sup>1</sup>, M. Rubio Roldán<sup>1</sup>, M. Dávila Ramos<sup>1</sup>, E. Romero Lafuente<sup>2</sup>, M. Linares Feria<sup>1</sup>, P. Laynez<sup>1</sup> y A. Aguirre<sup>3</sup>

<sup>1</sup>Medicina Interna, <sup>3</sup>Unidad de Investigación. Hospital Universitario Nuestra Señora de Candelaria, S/C de Tenerife,

<sup>2</sup>Unidad de Medicina Intensiva. Hospitén Rambla, S/C de Tenerife.

**Objetivos.** Conocer los factores de riesgo cardiovascular (tabaco, alcohol, presión arterial, obesidad) y el índice de masa corporal del personal sanitario presuntamente sano que trabaja en un hospital de tercer nivel.

**Material y métodos.** Se trata de un estudio descriptivo, transversal, en el que se han analizado los principales factores de riesgo cardiovascular y el índice de masa corporal del personal sanitario. El tamaño muestral fue de 460 hombres y mujeres, con edades comprendidas entre los 22 y 65 años, con una media de 37 años de edad. La profesión de los encuestados se distribuía de la siguiente forma: D.U.E 151 (32,8%); auxiliares de clínica 122 (26,5%); médicos 74 (16,1%); celadores 41 (8,9%); auxiliares administrativos 19 (4,1%); P. cocina 16 (3,5%); P. Limpieza 13 (2,8%); P. Seguridad 7 (1,5%); Otros 17 (3,7%). En cuanto al sexo, se entrevistaron 127 hombres (27,6%) y 333 mujeres (72,4%). Se realizó una entrevista que constaba de dos partes; primero rellenaban un cuestionario; y después, un médico y D.U.E. se encargaban de anotar la presión arterial, talla, peso y perímetro del cuello de los encuestados. Para el tratamiento estadístico se ha empleado el programa SPSS 11.5 para Windows.

**Resultados.** \*Respecto al ESTADO DE SALUD de los participantes obtuvimos los siguientes resultados: FACTORES DE RIESGO CARDIOVASCULAR, HÁBITOS Y ESTILO DE VIDA: PRESIÓN ARTE-

RIAL: TAS (mmHg): Media 113; mediana 110; desv. Tipo 17; mín 80, máx 190. TAD (mmHg): Media 68; mediana 70; desv. Tipo 11; mín 40; máx 110. PROBLEMAS DE PESO (sobrepeso, obesidad): No: 320 (69,6%) participantes; sí: 140 (30,4%) participantes. PATOLOGÍA CARDIOVASCULAR (hipertensión arterial, dislipemia, insuficiencia cardíaca, cardiopatía isquémica): No: 418 (90,9%) participantes; sí: 42 (9,1%) participantes. TABAQUISMO: No: 171 (37,2%) participantes; sí: 289 (62,8%) participantes. Edad de inicio del tabaquismo (años): Total: 289 participantes fumadores; media 17; mediana 17; desviación tipo 4; mín 9, máx 39. Ex-fumadores: No: 190 participantes; sí: 99 participantes. Edad de abandono del hábito tabáquico: Media 30 años; mediana 29 años; desv. Tipo 8 años; mín 16 años; máx 59 años. Paquetes de cigarrillos/año: Total de fumadores: 99 participantes; media 12,8; mediana 6,7; desv. Tipo 13,8; mín 0,2, máx 66. HÁBITO ENÓLICO: No consumen alcohol: 264 (57,4%) participantes; Consumen alcohol 196 (42,6%) participantes. Unidades de alcohol consumidas/ semana: Total: 196 participantes; Percentil 25: 10; percentil 50: 20; percentil 75: 30. \*Respecto a los FACTORES CLÍNICOS Y ANTROPOMÉTRICOS hemos obtenido los siguientes resultados: Perímetro cuello (cm): Media 35; mediana 34; desv. Tipo 4; mín 29; máx 47. Talla (cm): Media 163; mediana 162; desv. Tipo 8; mín 135; máx 184. Peso (kg): Media 63; mediana 60; desv. Tipo 11; mín 44, máx 104. IMC: Media 23,37; mediana 23; desv. Tipo 3,159; mín 16; máx 34. Conclusiones. 1). La mayor parte del personal sanitario no presentaba patología cardiovascular. 2). El 62,8% de los encuestados eran fumadores activos; y del 37,2% restante que no fumaba en el momento de la encuesta, un 51,83% había sido fumador en algún momento de su vida; de lo que se deduce que la mayor parte del personal sanitario fuma o ha fumado. 3). El 42,6% del personal sanitario consume alcohol; estando la mayoría en el percentil 75 en cuanto a unidades consumidas semanalmente. 4). La mayoría de los encuestados presentaban niveles de TAS y TAD dentro de la normalidad. Los niveles de TAS y TAD aumentan a medida que aumenta la edad de los entrevistados, tanto en mujeres como en hombres. 5). El índice de masa corporal medio del personal sanitario es de 23; estando por tanto, dentro del rango de la normalidad. El IMC aumenta a medida que aumenta la edad, tanto en mujeres como en hombres. Hemos realizado una comparación con estudios de referencia.

### V-81

#### CAMBIOS EN LAS CARACTERÍSTICAS DEL CÁNCER GÁSTRICO EN GALICIA. EVOLUCIÓN A LO LARGO DE 30 AÑOS

M. López Díaz<sup>1</sup>, M. Ibáñez Alonso<sup>1</sup>, C. González Louzao<sup>1</sup>, E. García Rodeja<sup>2</sup>, M. Rivas Bande<sup>1</sup>, B. Pombo Vide<sup>1</sup>, R. Rabuñal Rey<sup>1</sup> y E. Casariego Vales<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Medicina Interna, <sup>2</sup>Anatomía Patológica. Hospital de Lugo, Lugo.

**Objetivos.** La notable reducción de la incidencia del cáncer gástrico en el hemisferio occidental en los últimos decenios se ha acompañado, en los países del norte de Europa, de cambios significativos en sus características de presentación. A pesar de su importancia tanto a la hora de valorar la etiología de la enfermedad como de modificar las estrategias terapéuticas, en España se desconoce si el patrón de la enfermedad ha cambiado con el tiempo. Por ello el objetivo de este estudio fue analizar las modificaciones de las características de presentación del cáncer de estómago en un área muy concreta a lo largo de 30 años.

**Material y métodos.** Estudiamos todos los casos nuevos de adenocarcinoma gástrico diagnosticados en nuestro Centro entre 1975 y 2003. Se analizaron las siguientes variables: fecha de diagnóstico, sexo, edad al diagnóstico, localización del tumor dentro del estómago y clasificación histológica de Laurén. Los cambios en las características del tumor se determinaron sobre 6 periodos de tiempo consecutivos (1975-79; 1980-84; 1985-89; 1990-94; 1995-99; 2000-03). En el análisis estadístico de la evolución de las variables a los largo de estos 6 periodos de tiempo se utilizó el test ji al cuadrado de tendencia para la comparación de variables cualitativas y el análisis de la varianza en las variables cuantitativas.

**Resultados.** En el tiempo señalado se diagnosticaron 2007 casos nuevos. A lo largo del periodo en estudio se constató un notable y paulatino incremento de la edad media (de 63,2 a 72,4 años; p <

0,0001) y del predominio de varones afectados (de 52,8% a 63,8%; p < 0,0001). Si bien la demora diagnóstica se redujo de forma paulatina, no fue significativa (de 172,3 + - 154,1 a 129,8 + - 123,4 días; p = 0,07) y nunca fue inferior a 4 meses. Si bien se pudo apreciar una menor frecuencia de afectación del tercio distal entre los 2 periodos extremos (57,8% vs. 52,2%), otros periodos intermedios mostraron frecuencias más bajas, siendo la tendencia significativa (p = 0,03). Por último, se apreció el incremento paulatino del tipo histológico intestinal (de 56,2% a 64,7%; p < 0,001).

**Conclusiones.** El cáncer gástrico ha cambiado su patrón de presentación a lo largo de las 3 últimas décadas en Galicia, tanto en lo que respecta a las características de la población afectada como a las del tumor. Si bien las implicaciones clínicas son evidentes, de mayor relevancia es señalar que la evolución de las características del tumor es distinta en Galicia de las otras áreas europeas donde se ha estudiado.

### V-82

#### EVALUACIÓN DEL IMPACTO RESULTADOS DE LA INVESTIGACIÓN

C. Martín-Castro<sup>1</sup>, L. Olavarría Govantes<sup>1</sup>, F. Macías Rodríguez<sup>1</sup>, F. Gómez Jiménez<sup>2</sup>, R. Sotillo Hidalgo<sup>1</sup>, E. Gil Piñero<sup>1</sup>, R. Adoración<sup>3</sup> y I. Parejo Sánchez<sup>3</sup>

<sup>1</sup>Empresa Pública de Emergencias Sanitarias. 061, Granada, <sup>2</sup>Dtº Medicina. Universidad de Granada, Granada, <sup>3</sup>Medicina Interna. Clínico San Cecilio, Granada.

**Objetivos.** Evaluación del impacto y resultados de la investigación realizada en EPES, con especial atención a la transferencia de resultados a la práctica clínica.

**Material y métodos.** Se ha realizado un análisis evaluativo utilizando metodología cuantitativa y cualitativa. Ámbito de estudio: (EPES) Periodo: de 1996 a 2006. Metodología cualitativa: Basada en entrevistas en profundidad a cada uno de los directores, gerente, investigadores y grupos focales en cada uno de los servicios provinciales. Metodología cuantitativa Se ha construido una encuesta que se pasó a una muestra aleatoria de profesionales de EPES y se ha realizado un análisis de falsos negativos y verdaderos positivos pre y post intervención medido el índice de Kappa.

**Resultados.** Entre las opiniones más relevantes de las entrevistas destacamos: "el más eficiente de los proyectos es aquel en el que el número de recursos consumidos es limitado, adecuado y los resultados modifican nuestra manera de trabajar". El 55% fue varones con edad media de 32 ± 12 años, 64% de los encuestados habían recibido información, a un 48% se le había ofertado la posibilidad de participar en algún proyecto. 64% nunca ha intentado hacer algún trabajo de investigación en EPES. Entre 48 y 59% cree que los proyectos que se han desarrollado han influido en una mejora asistencial. El 68% de los encuestados creen firmemente en la investigación de EPES. Para determinar el impacto de la investigación en EPES se ha realizado un análisis pre y post-intervención encontrándose que había un 39% de falsos negativos pre-intervención frente a un 5% en el grupo pos-intervención con p = 0,01. El nivel de concordancia diagnóstica se situó en 0,036 con p = 0,6 en el grupo pre-intervención y un 0,118 con p = 0,02 post-intervención.

### V-83

#### ESTUDIO OBSERVACIONAL DE MORTALIDAD EN UN SERVICIO DE MEDICINA INTERNA

N. Bureo Gutiérrez, A. Arranz Carrero, J. Buenavida Villar, G. García García, D. Magro Ledesma, L. Nevado Lopez Alegria, P. Bureo Dacal y M. Perez Miranda  
Medicina Interna. Infanta Cristina, Badajoz.

**Objetivos.** Conocer las características en cuanto a sexo, edad, estancia, antecedentes personales y causa de fallecimiento de los éxitos ocurridos en una muestra de nuestro servicio de Medicina Interna.

**Material y métodos.** Estudio observacional retrospectivo mediante revisión de informe de éxitos ocurridos en una unidad de 22 camas de Medicina Interna desde marzo de 2002 hasta junio de 2006. Base de datos Filemaker pro®. Programa estadístico SPSS® 14,0.

**Resultados.** Durante el periodo de estudio se produjeron 2.466 ingresos (1.404 hombres y 1.062 mujeres). Encontramos 155 éxitos

Tabla 1. Causas de éxitus según frecuencia (V-83).

	1º	2º	3º	4º	5º
Global	ICC (20,6%)	Neoplasia (19,4%)	Neumonía (18,1%)	Ictus (19,4%)	Sepsis (3,2%)
Hombres	Neoplasia (25,3%)	Neumonía (23,1%)	ICC (12,1%)	Ictus (14,3%)	Sepsis (4,4%)
Mujeres	ICC (32,8%)	Ictus (26,6%)	Neoplasia (10,9%)	Neumonía (10,9%)	HDA (3,1%)

(el 58,7% fueron hombres y el 41,3% mujeres), lo que supone un índice de mortalidad global de 6,28% (6,48% en hombres y 6,02% en mujeres). La edad media fue de 78,39 años (IC 95%: 67,35-89,43) con un rango de 26-96 años. La edad media de los varones fue 77,21 años (IC 95%: 66,67-87,75) y la de las mujeres 80,08 años (IC 95%: 71,2-88,96). La estancia media fue de 11,04 días (10,75 en hombres y 11,45 días en mujeres) y la mediana de 6 días. No encontramos diferencias estadísticamente significativas entre hombres y mujeres en cuanto a la presencia de antecedente de diabetes, dislipemia, enfermedad cerebrovascular, hepatopatía o cardiopatía. Si lo fueron en cuanto a la presencia de HTA (mujeres: 65,6%, hombres: 49,5%;  $p < 0,05$ ), enfermedad cerebrovascular (mujeres: 40,6%, hombres: 17,6%;  $p < 0,001$ ), broncopatía (hombres: 33%, mujeres: 15,6%,  $p < 0,05$ ) y neoplasia (hombres: 40,7%, mujeres: 14,1%;  $p < 0,001$ ). Globalmente las causas más frecuentes de éxitus fueron: insuficiencia cardíaca, ictus (de los cuales el 82% fueron isquémicos y el 18% hemorrágicos), neoplasia confirmada, neumonía y hemorragia digestiva. Por sexos, encontramos que en hombres fueron: neoplasia, neumonía e insuficiencia cardíaca. En mujeres fueron: insuficiencia cardíaca, ictus y neoplasia. Cuando la neoplasia fue la causa del óbito, las más frecuentes fueron: 1º). Pulmón (30,4%), 2º). Hematológica (18,2%), 3º). ORL (12,1%), 4º). Hepatobiliar (9,1%). En hombres la más frecuente fue la de pulmón (37,5%), hematológica (16,7%) y ORL (16,7%). En mujeres las neoplasias más frecuentes fueron: hematológica (22,2%), pulmón (11,1%) y páncreas (11,1%).

**Conclusiones.** Encontramos una tasa global de mortalidad de 6,28%. La edad media de los pacientes en el momento del fallecimiento fue de 78,39 años. En mujeres encontramos una tasa de mortalidad menor y una edad media (+2,87 años) y una estancia mayor que en hombres. Asimismo la presencia de HTA y enfermedad cerebrovascular fue mayor en mujeres y la broncopatía y las neoplasias lo fue en hombres con significación estadística. Globalmente la causa de fallecimiento más frecuente fue la ICC. En hombres fueron las neoplasias.

**V-84 SÍNDROME HEMOLÍTICO AGUDO TRAS LA INGESTA DE HABAS**

**A. Rodríguez Cuartero, R. Ríos Fernández, D. Vinuesa García, F. Pérez Blanco, I. Aomar Millán y J. Candel Delgado**

Grupo de Investigación de Medicina Interna I. Hospital Universitario de San Cecilio. Facultad de Medicina, Granada.

**Objetivos.** El déficit de glucosa-6-fosfato deshidrogenasa eritrocitaria (G6PD) es un desorden ligado al cromosoma X, que determina anemia hemolítica tras la ingesta de habas (fabismo), y ciertos medicamentos. Se presenta principalmente en países de la cuenca mediterránea, en donde el paludismo ha sido endémico. Nuestro objetivo es comunicar los síndromes hemolíticos tras la ingesta de habas (fabismo) en los últimos diez años en un servicio de Medicina Interna. **Material y métodos.** Observamos 32 casos de hemólisis aguda tras la ingesta de habas, 30 en varones y 2 en mujeres. La distribución etaria fue la que se expone en la tabla 1. El examen hematológico se realizó en el Coulter Counter, y el bioquímico en el autoanalizador Hitachi. La haptoglobina se determinó por inmunodifusión radial y la G6PD eritrocitaria por espectrofotometría.

**Resultados.** Los hallazgos analíticos fueron los siguientes: Hb: 7,2 ± 3,1 g/dl (N: 14 ± 2 g/dl), Hcto: 22 ± 10,4% (N: 42 ± 3%), BI: 4,5 ± 2,7 mg/dl (N: 0,4 ± 0,3 mg/dl), Hap: 32 ± 7 mg/dl (N: 80 ± 10 mg/dl), G6PD eritrocitaria: 42 ± 12 mU/mil mill. hematies (N: 120 ± 10).

**Discusión.** El fabismo es un síndrome hemolítico que se presenta en los países mediterráneos deficitarios en G6PD tras la ingesta gene-

ralmente de habas crudas, sobre todo en varones, al ser un trastorno ligado al cromosoma X, ya que las mujeres son heterocigotas para la tara. Predomina en niños y jóvenes. Clínicamente se desarrolla en 6-24 horas tras la ingesta con palpitaciones, dolor lumbar, taquicardia y orinas colúricas. En el examen hematológico hay anemia, reticulocitosis, y en la bioquímica, presenta aumento de la bilirrubina indirecta y descenso de la haptoglobina sérica. La confirmación diagnóstica se consigue con la determinación de la G6PD eritrocitaria. Los principios hemolizantes del haba (vicina, convicina e isouramil) se localizan en el hollejo y se deterioran con los procesos culinarios (cocción, fritura, etc).

Tabla 1.

Edad	< 20	21-40	> 40
Varones	20	9	1
Mujeres	-	2	-

**V-85 PRONÓSTICO DE LOS SÍNCOPES INGRESADOS EN MEDICINA INTERNA**

**E. González Higuera, P. Marchena Iglesias, L. de Benito Cordón, M. Hervás Laguna, M. Ruiz Climente, J. Añón Elizalde, P. Lacasa García y J. Dimas Núñez**

Medicina Interna. Virgen de la Luz, Cuenca.

**Objetivos.** Los síncope suponen aproximadamente el tres por ciento de las urgencias hospitalarias, ingresando en los servicios de medicina interna únicamente aquellos casos cuyo diagnóstico etiológico y pronóstico son más inciertos. Nos propusimos analizar las características de los pacientes ingresados por síncope en una unidad de corta estancia de medicina interna (UCEMI), con el fin de establecer sus causas y determinar la mortalidad global.

**Material y métodos.** Se recogieron retrospectivamente los datos de los pacientes ingresados de forma consecutiva por síncope en la UCEMI durante un período de 4 años (junio-99 a mayo-04), así como el número de éxitus a los dos años tras el episodio. Los resultados se analizaron con el paquete estadístico SPSS.

**Resultados.** Se recogieron 111 pacientes que ingresaron con el diagnóstico de síncope (1,67% del total de ingresos) siendo la sexta patología en orden de frecuencia. El 58,6% fueron hombres, con una edad media de 66,7 ± 19 años y una estancia media de 2,55 días. El 21,6% presentaron síncope recurrentes. Un 28,8% fueron de etiología cardiovascular: bradiarritmias (16,2%) taquiarritmias (8,1%) valvular (2,7%) tromboembolismo pulmonar (1,8%) y cardiopatía isquémica (0,9%). Otras causas fueron: vasovagales (27,9%) hipotensión ortostática (9,9%) idiopáticos (21,6%) otros (11%) Los síncope secundarios a fármacos fueron el 12,6% (antiarrítmicos e hipotensores) Se objetivó cardiopatía estructural en un 27,3% anemia en el 17,1% comorbilidad alta en el 25,8% y 8217; 2%. En un 2,7% hubo que realizar más de un Holter de 24 h para diagnosticar la arritmia causante del síncope. Se detectó disfunción del marcapasos en el 1,8% Las arritmias fueron más frecuentes como causa de síncope en los mayores de 65 años ( $p < 0,01$ ) A los dos años de su ingreso habían fallecido el 8,1% El 17% de los pacientes que presentaron arritmias fallecieron a los dos años, frente a un 6,3% de aquellos en los que el síncope fue debido a otras causas ( $p = 0,1$ ) En el análisis univariante la comorbilidad alta y la edad mayor de 65 años se relacionaron con la probabilidad de éxitus a los dos años ( $p <$

0,05) En el análisis multivariante estas variables mostraron una capacidad de predicción de mortalidad en ese mismo período.

**Discusión.** Nuestro grupo de estudio lo constituyen aquellos pacientes que han sufrido un síncope sin diagnóstico etiológico tras una valoración inicial o aquellos que han sufrido recidivas de su cuadro clínico sin causa conocida y cuyo pronóstico puede ser incierto. No se llegó a ningún diagnóstico en más de la quinta parte de los casos. Cuatro de los ingresos por síncope a estudio presentaban una patología con riesgo vital (TEP, CI, TV) por lo que se debe tener en cuenta la potencial gravedad de esta entidad. Siempre hay que descartar un posible origen farmacológico. Un holter normal no excluye una arritmia sintomática. Los síncope de origen cardiovascular suponen casi una tercera parte. En contra de lo publicado en otros estudios no hemos encontrado que la cardiopatía estructural condicione un mal pronóstico, puede deberse a que los pacientes con un mayor deterioro de la función cardíaca ingresan en cardiología. La comorbilidad alta y la edad han sido las únicas variables predictoras de muerte a los dos años. No hemos encontrado una asociación entre síncope y mortalidad. Si comparamos la mortalidad esperada en la población general > 65 años con nuestro grupo de estudio no se encuentran diferencias significativas.

**Conclusiones.** Los síncope suponen la sexta causa de ingreso en nuestra unidad. La patología cardiovascular (fundamentalmente arritmias) ha sido el desencadenante más frecuente, aunque en más de una quinta parte de los casos no se ha llegado a un diagnóstico etiológico. El síncope no se ha asociado con mayor mortalidad de la esperada a los dos años y han sido la comorbilidad alta y la edad mayor de 65 años las únicas variables predictoras de éxitos.

#### V-87

### UN TUMOR RARO COMO ETIOLOGÍA DE ACCIDENTE CEREBRO-VASCULAR

M. Nechita Ferreira<sup>1</sup>, F. Tortosa Vallecillos<sup>2</sup>, P. Cantiga Duarte<sup>1</sup> y A. Nobre<sup>3</sup>

<sup>1</sup>Medicina, <sup>2</sup>Anatomía Patológica, <sup>3</sup>Cirugía Cárdio-Torácica. Santa Maria. Lisboa, Portugal.

**Objetivos.** Estudio retrospectivo de los pacientes con Fibroelastoma papilar (FEP), con objetivo de evaluar la incidencia de las manifestaciones embólicas en los antecedentes y en la forma de presentación. **Material y métodos.** Fueron investigados en la base de datos del Servicio de Anatomía Patológica del Hospital de Santa María, los registros de tumor cardíaco en un período de 10 años (enero 1996 – marzo 2006). Fueron seleccionados para estudio apenas aquellos cuyo diagnóstico histológico fue de FEP. Fue hecha la revisión de los procesos clínicos seleccionados analizando las siguientes variables: sexo, edad, características clínicas, comorbilidades, exámenes complementarios de diagnóstico y tratamiento.

**Resultados.** Entre los 25 pacientes con tumor cardíaco registrados en un período de 10 años, encontramos 3 con FEP: 1 de sexo femenino y 2 de sexo masculino, con una media de edad de 56 años. Todos tuvieron manifestaciones embólicas cerebrales: sea un primer ACV, sea un ACV recurrente (un paciente con AIT y ACV sin secuelas y un paciente con secuelas de ACV y ACV en admisión). El diagnóstico de tumor cardíaco fue hecho por Ecocardiografía transtorácica – EcoTT – (en la localización intraventricular), por Ecocardiografía transesofágica – EcoTE – (en la localización valvular) e intraoperatoriamente (1 caso). El diagnóstico definitivo de FEP fue hecho por el estudio histológico. El tratamiento en los 3 casos fue la remoción quirúrgica de la masa tumoral con sustitución valvular en 2 de los casos.

**Discusión.** Los tumores primarios del corazón son muy raros (0,02 – 0,28%). El FEP es el tercer tumor cardíaco más común (incidencia de 7%), encontrado generalmente en las válvulas cardíacas. Históricamente, el FEP era descubierto en la autopsia, y se juzgaba que no tenía ningún significado clínico. Más recientemente, los relatos de casos sintomáticos de FEP con complicaciones tales como ACV, infarto agudo de miocardio y muerte súbita, permitieron considerar el FEP como una entidad potencialmente peligrosa. Actualmente, el diagnóstico es realizado a través del ecocardiograma, aunque los hallazgos ecocardiográficos deban ser confirmados por estudio histológico; el diagnóstico diferencial incluye: mixoma, vegetaciones, trombos, lipoma y fibroelastoma pseudopapilar. El análisis realizado en nuestro centro verificó la rareza del diagnóstico

de FEP (sólo 3 casos entre los 25 tumores cardíacos encontrados en 10 años). En 2 de los casos ocurrieron ACVs de posible etiología embólica, 2 y 7 años antes del diagnóstico definitivo. La EcoTT no siempre permitió el diagnóstico; en un de los casos fue hecho por EcoTE y en otro mediante cirugía de sustitución valvular.

**Conclusiones.** Aunque raro, el FEP deberá ser tenido en cuenta en el diagnóstico diferencial de adultos jóvenes con ACV o AIT de posible etiología embólica; el recurso a la EcoTE se justificará cuando la EcoTT no sea diagnóstica. Aunque el tumor es histológicamente benigno, por su elevado potencial embolígeno, el FEP puede originar complicaciones potencialmente letales, por lo que el diagnóstico precoz es importante visto que la remoción quirúrgica es curativa.

#### V-88

### LINFOMA MEDIASTÍNICO: CLÍNICA Y EVOLUCIÓN DE UNA SERIE DE 20 PACIENTES

A. Cánovas Fernández, J. Alonso Alonso, G. Barreiro García, R. De la Prieta López, C. Aguirre Errasti

<sup>1</sup>Medicina Interna. Hospital de Cruces. Baracaldo, Vizcaya.

**Objetivos.** El linfoma primario del mediastino (LPM), en la clasificación REAL-OMS, es un subtipo del linfoma de células grandes difuso B. Suele afectar a personas jóvenes con predominio de mujeres y se presenta como una masa en mediastino de crecimiento rápido, con síntomas compresivos por lo que a menudo se precisa una intervención diagnóstica y terapéutica precoz. Al diagnóstico la mayoría está en estadios localizados aunque cuando se disemina lo hace a distancia afectando órganos como el riñón, ovarios y sistema nervioso central. El tratamiento óptimo del LPM no está definido y existen divergencias entre los partidarios de la quimioterapia convencional con o sin radioterapia y los de los tratamientos intensivos y del autotrasplante de precursores hemopoyéticos. Presentamos las manifestaciones clínicas, la evolución y los resultados del tratamiento de nuestra serie de 20 pacientes con LPM.

**Material y métodos.** Revisamos el curso clínico de 20 pacientes diagnosticados de LPM (exceptuando los linfoblásticos) de un total de 514 linfomas no-Hodgkin (años 1988-2006). Los 20 eran de células grandes y de éstos, 19 con fenotipo B y con morfología e inmunohistoquímica de linfoma primario mediastínico B; uno resultó ser anaplásico Ki-1+ pero por su comportamiento clínico similar fue incluido en la serie. El diagnóstico se realizó por biopsia de adenopatía, toracotomía o mediastinoscopia. Se estadiaron con los medios habituales incluida biopsia de médula ósea. Para valoración de masas residuales se utilizó el Galio hasta los últimos años en que se ha incluido el PET. Se consideraba masa abultada a la superior a 10 cm. Por la escasa utilidad del IPI en este linfoma se utilizaron como factores pronósticos (FP) desfavorables la LDH, la afectación pleural y/o pericárdica, la capacidad funcional, la masa tumoral y el estadio IV. El tratamiento ha sido: hasta el año 95, CHOP o PROMACE-CYTABOM. A partir de 1995, los de mal pronóstico, ATT y consolidación con autotrasplante y los de pronóstico favorable, CHOP/OPEN. Desde 2002, se ha utilizado en estos casos CHOP con Rituximab (2 pacientes). Un paciente de 17 años con pronóstico muy desfavorable se trató con ALL-BFM - Rituximab. A todos los que tenían masa abultada y a los que presentaban residuo tras QT se les administró RT mediastínica (de 30 a 36 Gy). **Métodos estadísticos:** Estadística descriptiva y curvas de supervivencia de Kaplan y Meyer.

**Resultados.** De los 20 pacientes, 7 eran varones y 13 mujeres. Estadios I-II: 60% y III-IV: 40%. Síntomas de presentación: Dolor torácico y disnea 60%, SVCS 10%, parálisis de recurrente y frénica 5%, derrame pleural 30% y derrame pericárdico 20%, en un paciente con taponamiento. Masa > de 10cm, 55%. Tratamiento: ATT: (8 pacientes), CHOP y derivados (7), Promace-Cytabom (2), CHOP-Rituximab (2) y ALL-BFM - Rituximab (1). Reciben RT mediastínica 14. Además en 8 se realiza autotrasplante como consolidación de la respuesta. Se consigue respuesta completa (RC) en 19 (95%) y respuesta parcial (RP) en 1 (5%). Ocho recaen en una media de 8 meses desde el diagnóstico y cuatro responden (50%) con una 2ª RC tras QT y autotrasplante. La supervivencia sin recaída después del primer tratamiento ha sido del 60% y con rescate, la supervivencia sin enfermedad, del 78% con una mediana de observación de los pacientes vivos de 7,8 años.

**Discusión.** El tratamiento óptimo del LPM no está completamente definido quizás por la falta de estudios controlados. No obstante las series con tratamiento de QT de mayor intensidad que CHOP tienen mejores resultados y consiguen la curación en un porcentaje elevado de casos. Nuestros pacientes presentan una evolución característica con este tipo de tratamiento, con alta tasa de RC y de supervivencia sin enfermedad en el largo plazo.

**Conclusiones.** El tratamiento con QT de mayor intensidad que CHOP seguida de autotrasplante consigue resultados óptimos en el LMP con FP adversos. En un futuro es de esperar que los nuevos tratamientos (anticuerpos monoclonales) puedan mejorar estos resultados.

## V-89

### INFLUENCIA DE LA LEY ANTITABACO SOBRE LOS HÁBITOS DE CONSUMO DEL PERSONAL MÉDICO

L. González Vázquez, R. Puerta Louro, F. Fernández Fernández, D. Cid Gómez y J. Bermúdez Sanjurjo

Medicina Interna. POVISA. VIGO, Pontevedra.

**Objetivos.** Describir la influencia real, en cuanto a hábitos de consumo, que la ley antitabaco, entrada en vigor el 1 de enero del 2006, ha tenido sobre el personal médico de nuestro hospital.

**Material y métodos.** Se realizó un estudio transversal, descriptivo, 6 meses después de la entrada en vigor de la ley, mediante una entrevista a cada uno de los médicos. Se les preguntó sobre hábitos de consumo: si eran o no fumadores, si lo habían dejado a raíz de la entrada en vigor de la ley, si habían disminuido el consumo o si habían pensado suprimirlo en un futuro próximo.

**Resultados.** En este hospital trabajan 238 médicos, de los que tan solo son fumadores 33 (14%). De ellos, 17 son mujeres y 16 varones. Desde el 1 de enero han dejado de fumar 3 médicos, siendo la principal razón la dificultad de acceder a un lugar en el que se pueda fumar, y en segundo lugar la salud. De los que continúan fumando, han disminuido un 50% el consumo 10 médicos. El resto continúa fumando la misma cantidad de cigarrillos, y lo que es peor, ninguno tiene planeado dejarlo en un futuro inmediato, ni siquiera por salud.

**Conclusiones.** 1). Existe una baja prevalencia de fumadores entre el personal médico de nuestro hospital. 2). La ley antitabaco ha tenido una repercusión escasa pero significativa sobre los fumadores. Tan solo abandonaron el hábito tabáquico 3 médicos, pero el 33% de los fumadores disminuyeron el consumo a la mitad.

## V-90

### TRATAMIENTO DE LA PÚRPURA TROMBÓTICA TROMBOCITOPÉNICA CON RITUXIMAB

I. de la Haba Vacas, O. Capdevila Pons, A. Vidaller Palacín, M. Muñoz Sellart, A. Armisén Arrabal y R. Pujol Farriols

Medicina Interna. Hospital Universitari de Bellvitge. Hospital de Llobregat, Barcelona.

**Objetivos.** Valorar la eficacia del tratamiento con Rituximab, en pacientes afectos de Púrpura Trombótica Trombocitopénica (PTT) que no han respondido a tratamiento corticoideo y plasmaféresis.

**Material y métodos.** De los doce pacientes diagnosticados de PTT en nuestro hospital, tres han recibido tratamiento con Rituximab, dada la mala evolución con tratamiento corticoideo y plasmaféresis. Se han utilizado dosis estándar.

**Resultados.** Se han tratado tres pacientes, todas ellas mujeres jóvenes, afectas de PTT. Todas ellas estaban en tratamiento con corticoides y plasmaféresis, con mala respuesta clínica. Dos de ellas habían padecido episodios previos de PTT. La última, era su primer episodio. Tras cuatro dosis semanales de Rituximab todas consiguieron remisión de la enfermedad, una de ellas durante más de dos años.

**Discusión.** La Púrpura Trombótica Trombocitopénica (PTT) es una enfermedad multiorgánica caracterizada por anemia hemolítica, plaquetopenia, manifestaciones neurológicas, disfunción renal y fiebre. Las investigaciones de los últimos años abogan por una etiología inmunológica, tras la demostración de anticuerpos inhibidores de

ADAMTS13, que favorecerían la formación de multímeros de Factor de Von Willebrand, y la consiguiente cascada de hechos que desembocan en la PTT. En base a este componente autoinmune, se ha propuesto Rituximab como tratamiento, en asociación con el tratamiento corticoideo y la plasmaféresis, utilizados habitualmente. Nuestra serie es corta pero exitosa, con 3 pacientes que no respondieron al tratamiento corticoideo y con plasmaféresis, a las que se añadió Rituximab, con buena tolerancia y excelentes resultados, obteniendo remisiones de hasta 29 meses.

**Conclusiones.** Consideramos el tratamiento con Rituximab como una alternativa eficaz al tratamiento convencional de la PTT, considerando que esta enfermedad es, en un porcentaje nada despreciable de los casos, mortal.

## V-91

### RECOMENDACIONES GOLD Y ASISTENCIA AL PACIENTE EPOC EN LA HOSPITALIZACIÓN DE MEDICINA INTERNA EN ESPAÑA

J. Barquero Romero<sup>1</sup> y G. Epec de la SEMI<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Medicina Interna. Complejo Hospitalario Universitario de Badajoz, Badajoz. <sup>2</sup>FESEMI, España.

**Objetivos.** Conocer, en condiciones de práctica clínica habitual, la asistencia al paciente con EPOC ingresados en los Servicios de Medicina Interna (SMI) de España.

**Material y métodos.** Estudio transversal, multicéntrico, nacional, enero-marzo de 2006. Muestra de pacientes con diagnóstico de EPOC que ingresan en MI. Se analizan las CCAA que incluyan al menos 12 casos. Variables estudiadas: edad, sexo, estancias, espirometría, nivel de disnea, historia de consumo de tabaco y tratamiento al alta incluyendo la prescripción de oxigenoterapia domiciliaria y consejo antitabaco. Datos como media y cuartiles. Test de Chi-2 y test de t de Student según tipos de variables. Programa estadístico G-stat<sup>®</sup>.

**Resultados.** Se recogieron 191 registros, correspondientes a 22 hospitales y 9 CCAA. Se analizan las 6 CCAA con un número de casos mayor de 12, lo que supone una muestra de 175. Varones 147 (84%, IC 95% 77%-89%) Edad media: 72,8 años (Qi68; Qs80). Estancia media 8,4 días (Qi5; Qs10). I de Charlson medio 5,5 (Qi4; Qs7). Consumo acumulado de tabaco media 63,8 paq/año (Qi40; Qs81). Valoración subjetiva de estado de salud mediante escala analógico-visual, media 59,8 sobre máximo de 100 (Qi50; Qs70). Ingresados por la propia EPOC 78,6% (IC 95%: 71%-84%). Reconocían haber sido fumadores el 87,5% (IC95% 81%-92%) y que eran fumadores activos el 22,3% (IC95% 16%-29%). Según la escala MRC, el 21%, el 33%, el 30% y el 16%, presentaban un grado de disnea 1, 2, 3 y 4 respectivamente. Recibió ventilación no invasiva el 19,8% (IC95% 13%-26%). Ingresó en UCI el 7,7% (IC 95% 6%-17%). Se realizó espirometría en 62% (IC 95% 54%-69%). No precisaron valoración por otro especialista el 80,14% (IC 95% 83%-93%). El destino más frecuente fue el alta a domicilio con 95,7%, encontrado 2,5% de éxitos y 1,8% de traslados. Las revisiones fueron para Atención Primaria 25,7%, Neumología 24% y MI 41%. Los broncodilatadores (BD) fueron los fármacos más frecuentemente empleados (98,2%) (Beta2agonistas 84%, Anticolinérgicos 47% y Teofilina 6,5% del total). Los Beta2agonistas de acción larga fueron más prescritos que los de acción corta (73% y 40%, respectivamente). Los anticolinérgicos de acción larga 32,5% frente a 14% de acción corta. Se les prescribió glucocorticoides inhalados 70% y orales 31%. Respecto a la combinaciones: B2+AC 45,7%; B2+GCinh 70%, AC+GCinh 38,3% y B2+AC+GCinh 37%. El uso de mucolíticos 10,3%. Metilxantinas 6,3%. Un 24% fueron dados de alta con oxigenoterapia domiciliaria. Al 95% de los fumadores activos se le hizo por escrito una recomendación en contra del consumo de tabaco.

**Discusión.** \* Grupo EPOC de la SEMI: Custardoy Olavarrieta J, Barquero Romero J, Hortal Tavira A, Martín Escudero JC, Sánchez Lora J, Zubillaga Garmendia G, Fernandez Ruiz M, San Román Terán C, López García F, Recio Iglesias J, Domingo Baldrich E y González de la Puente MA. Conflicto de intereses: Las determinaciones, análisis y conclusiones sin condicionamientos. Apoyo logístico de laboratorios Glaxo.

## V-92

**PERFIL CLÍNICO Y EVOLUCIÓN DE LOS PACIENTES CON EPOC REAGUDIZADA E HIPERGLUCEMIA AL INGRESO**  
**J. Pérez Valero<sup>1</sup>, A. Martínez Virto<sup>2</sup>, M. Menéndez Orega<sup>1</sup>, C. García Cerrada<sup>2</sup>, R. Álvarez-Sala<sup>3</sup>, F. García del Río<sup>3</sup> y F. Arnalich Fernández<sup>1</sup>**

<sup>1</sup>Medicina Interna, <sup>2</sup>Urgencias, <sup>3</sup>Neumología. H. Universitario La Paz, UAM, Madrid.

**Objetivos.** Se estima que la prevalencia de diabetes en pacientes con EPOC es aproximadamente del 15%. El objetivo de este estudio es determinar la prevalencia de hiperglucemia al ingreso (HGI) en pacientes con EPOC no diagnosticados de diabetes previamente, y analizar las características clínicas y la evolución de este subgrupo de pacientes.

**Material y métodos.** Se ha realizado un estudio prospectivo de 174 pacientes ingresados consecutivamente por EPOC reagudizada en los servicios de Medicina Interna y de Neumología de un hospital universitario durante los años 2003 y 2004, y seguidos durante doce meses. Todos los pacientes tenían un diagnóstico de EPOC confirmado (CV < 70% del teórico, FEF-1 < 80%, PaO<sub>2</sub> < 7.3 kPa) y una Rx de tórax compatible. Se definió hiperglucemia al ingreso (HGI) como una glucemia en sangre venosa > 11.0 mmol/L en ausencia de diabetes conocida y con una concentración de hemoglobina glicosilada < 7%. Los pacientes se dividieron en 3 grupos: A) pacientes con EPOC y Diabetes (n = 28, 16,1%); B) Pacientes EPOC con HGI (n = 47, 27,1%); C) pacientes EPOC sin HGI (n = 99, 56,2%). Se analizaron las características clínicas y funcionales de los pacientes en cada grupo, medicación utilizada, estancia media durante el ingreso, y reingreso a los 12 meses. Las variables categóricas fueron comparadas estadísticamente mediante el test de la chi-cuadrado, y las variables continuas mediante el análisis de la varianza.

**Resultados.** En comparación con los pacientes EPOC sin HGI (grupo C), las principales características de los pacientes no diabéticos con EPOC e HGI (grupo B) fueron: una edad inferior (65 ± 6 vs 71 ± 7, p < 0,05), mayor frecuencia de tabaquismo activo (17% vs 10%), mayor repercusión funcional (FEF-1: 36% ± 8% vs 43% ± 11%, p < 0,05), estancia hospitalaria más prolongada (9.2 ± 3.7 d. vs. 8.1 ± 2.5 d., p < 0,05), y mayor tasa de reingreso a los 12 meses (16, 3% vs 24, 2%). No hubo diferencias en la dosis media estimada de corticoides orales administrados en ambos grupos. Los pacientes diabéticos con EPOC (grupo A) mostraron también una significativa mayor estancia hospitalaria y mayor tasa de reingresos (9.1 ± 2.8 días, y 19,2%, respectivamente, p < 0,05)

**Discusión.** Estos resultados muestran una asociación entre la presencia de HGI, mayor gravedad funcional y mayor consumo de recursos sanitarios (mayor estancia media y tasa de reingresos). Esta asociación pudiera indicar que la respuesta inflamatoria que acompaña a la reagudización de la EPOC es más intensa en estos pacientes. Aunque no hemos observado una asociación con otros marcadores inflamatorios como la cifra de leucocitos o la velocidad de sedimentación globular, sería necesario analizar otros parámetros como la concentración de proteína C reactiva y de algunas citoquinas en suero y, ocasionalmente, en esputo inducido.

**Conclusiones.** 1). La hiperglucemia aguda al ingreso es frecuente en los pacientes no diabéticos con EPOC reagudizado, con una prevalencia del 27% en la serie estudiada, y se asocia a una mayor gravedad funcional, mayor estancia hospitalaria y mayor tasa de reingresos al año. 2). El mecanismo de esta asociación, y el modo de tratar la hiperglucemia, deberán ser analizados en nuevos estudios.

## V-93

**RECOMENDACIONES GOLD Y ASISTENCIA AL PACIENTE EPOC EN LA HOSPITALIZACIÓN DE MEDICINA INTERNA. COMPARACIÓN ENTRE COMUNIDADES AUTÓNOMAS**  
**J. Barquero Romero<sup>1</sup> y G. EPOC de la SEMI<sup>2</sup>**

<sup>1</sup>Medicina Interna. Complejo Hospitalario Universitario de Badajoz, Badajoz, <sup>2</sup>FESEMI. España, España.

**Objetivos.** Conocer si en condiciones de práctica clínica habitual, la asistencia al paciente con EPOC ingresado en los Servicios de Medicina Interna (SMI) difiere según las Comunidades Autónomas (CCAA).

**Material y métodos.** Estudio transversal, multicéntrico, nacional. enero-marzo de 2006. Muestra de pacientes con diagnóstico de EPOC que ingresan en MI. Se analizan las CCAA que incluyan al menos 12 casos. Variables estudiadas: edad, sexo, estancias, espirometría, historia de consumo de tabaco y tratamiento al alta. Test de comparación de proporciones y test de t de Student según tipos de variables. Programa estadístico G-stat®.

**Resultados.** Se analizan 175 casos pertenecientes a 6 CCAA: (C. Valenciana (CV) 17, Andalucía (A) 43, R. Murcia (RM) 13, Extremadura (E) 18, Galicia (G) 39 y Cataluña (C) 45). Proporción de mujeres en C significativamente mayor que en el resto de CCAA. La edad media de los pacientes recogidos en A fue significativamente menor que en G y E. El antecedente de consumo de tabaco resultó ser menor en G y CV que el resto de CCAA (d.e.s). El IMC de los pacientes A fue significativamente mayor que el de C, E y CV. La CV y RM presentaron los índices de Charlson más bajos y C, E y A los más altos, con diferencias e.s., sin embargo no encontramos diferencias por el grado de obstrucción ni en la autovaloración del estado de salud. En cuanto al tratamiento farmacológico prescrito al alta encontramos que los Beta2 agonistas fueron prescritos a una proporción mayor de pacientes en C y E con unas diferencias e.s., a expensas de los de acción larga. La prescripción de anticolinérgicos fue significativamente mayor en E, a expensas de tiotropio pero no del ipatropio. Los gc inhalados fueron significativamente menos empleados en la CV y más utilizados en C y E, en el primer caso con diferencias e.s. En cuanto a los gc sistémicos también fueron significativamente más utilizados en estas dos CCAA frente a C.V y A. La prescripción de OTD al alta fue significativamente más alta en el RM, E y A, La aplicación de ventilación mecánica no invasiva (VMNI) fue significativamente menor en E y C.V, que también tuvieron menos pacientes con ingreso en UCI. La estancia media fue significativamente menor en Galicia (7,2 días). La recomendación de seguimiento del paciente con EPOC en las consultas de Medicina Interna fue significativamente menor en G. La valoración espirométrica fue realizada con menor frecuencia en la C. V.

**Discusión.** Las poblaciones de pacientes EPOC ingresados en los Servicios de Medicina Interna de España son heterogéneas según las CCAA, probablemente por la existencia de recursos asistenciales diferentes y podrían explicar algunas de las diferencias encontradas en la prescripción de los fármacos, necesidad de OTD y de la utilización de VMNI.

**Conclusiones.** \* Grupo EPOC de la SEMI: Custardoy Olavarrieta J, Barquero Romero J, Hortal Tavira A, Martín Escudero JC, Sánchez Lora J, Zubillaga Garmendia G, Fernandez Ruiz M, San Román Terán C, López García F, Recio Iglesias J, Domingo Balldrich E y González de la Puente MA. Conflicto de intereses: Las determinaciones, análisis y conclusiones sin condicionamientos. Apoyo logístico de laboratorios Glaxo.

## V-94

**RABDOMIOLISIS POR SPINNING**

**J. Tarabini-Castellani Ciordia, L. Apraiz Garmendia, P. Portu Zapirain, M. Aldamiz-Etxebarria**  
 Medicina Interna. Txagorritxu. Vitoria, Álava.

**Objetivos.** En los últimos años existe un aumento del número de casos de rabdomiolisis debido al ejercicio físico, realizado, en ocasiones, en sujetos sedentarios sin entrenamiento previo.

**Material y métodos.** Descripción de dos casos de pacientes que ingresaron en abril de 2006 en el servicio de Medicina Interna por rabdomiolisis secundaria a Spinning.

**Resultados.** Caso 1: mujer de 19 años, sin antecedentes de interés, sin entrenamiento previo, que tras realizar 15 minutos de Spinning presenta dolor intenso en zona proximal de ambas extremidades inferiores que le impiden la movilización. En urgencias se detecta CK elevada, alcanzando durante el ingreso en Medicina Interna pico de CK 9.995 con GOT 138 y GPT 179. Caso 1: mujer de 26 años, sin antecedentes de interés ni entrenamiento previo, que tras realizar una sesión de 1 hora de spinning, presenta dolor generalizado, mayor en ambas extremidades inferiores, no pudiéndose mover. Se detecta pico de CK de 79361 con GOT 815 y GPT 307. En ambos casos durante el ingreso se procede a sueroterapia y aporte de bicarbonato, no alterándose la función renal.

**Discusión.** La rabdomiolisis es un cuadro clínico producido por una necrosis muscular importante que puede llegar a producir insuficien-

cia renal y síndrome compartimental. Entre sus causas no hereditarias más frecuentes se encuentra el ejercicio físico. El spinning es una disciplina que nace en 1987 en Sudáfrica, de moda en los últimos años, que se realiza en grupo, animados por un instructor, sobre bicicleta estática con distintos tipos de ejercicios y niveles de actividad. Aunque, en un principio se considera ejercicio cardiovascular saludable, en la literatura se ha descrito un caso de rbdomiolisis en paciente entrenado en otras disciplinas deportivas. Describimos 2 casos de rbdomiolisis en 2 mujeres sedentarias que realizaron una sesión de spinning sin preparación previa.

**Conclusiones.** En sujetos sedentarios sin entrenamiento previo, la realización de una actividad física intensa, como el spinning, puede ocasionar rbdomiolisis, con el riesgo que conlleva a su salud por las importantes complicaciones que puede producir.

**V-95**  
**ACCIÓN DEL FACTOR DE CRECIMIENTO INSULINA-LIKE (IGF-I), EN RATAS, A LAS QUE SE ADMINISTRÓ L-NAME DURANTE LA GESTACIÓN: PARÁMETROS BIOQUÍMICOS Y TAMAÑO DE CAMADADA**

**L. Fernández Celadilla<sup>1</sup>, M. Carbajo Rueda<sup>2</sup> y M. Muñoz Rodríguez<sup>3</sup>**

<sup>1</sup>Reproducción Animal, <sup>2</sup>Reproducción Animal. Facultad de Veterinaria, León, <sup>3</sup>Medicina Interna. Hospital General Virgen Blanca, León.

**Objetivos.** Investigar la acción del IGF-I sobre ratas gestantes, sometidas a una inhibición crónica de la síntesis de óxido nítrico (administración de L-NAME en el agua de bebida).

**Material y métodos.** Ratas Sprague Dawley (250-300 gr) divididas en 4 grupos: 1) Control ; 2) Grupo L-NAME: administración de Nw-nitro-L-arginina methyl ester en el agua de bebida (15 mg/día/rata equivalente a 50 mg/kg/día) durante la gestación; 3) Grupo L-NAME+IGF-I: 100 ng/ml/día de IGF-I vía subcutánea (desde el 1º día de gestación); 4) Grupo PBS: hembras a las que, siguiendo el protocolo anterior, se inyectó 100 ng/ml de PBS (vehículo en el que se diluyó el IGF-I). Se estudió la presión sanguínea sistólica (PBS) a lo largo de la gestación, el tamaño de camada al nacimiento y los siguientes parámetros: Glucosa, AST (GOT), ALT (GPT), creatinina, triglicéridos y colesterol.

**Resultados.** Las ratas tratadas con L-NAME presentaron hipertensión que no se corrigió totalmente con la administración de IGF-I. El número de nacidos fue inferior ( $p < 0,05$ ) en el Grupo L-NAME ( $7,75 \pm 0,64$ ) que en el Control ( $12,23 \pm 0,33$ ); tras la administración de IGF-I, este parámetro alcanzó niveles similares a los controles ( $11,07 \pm 0,52$ ). La concentración de GOT no presentó diferencias ( $p > 0,05$ ) entre los distintos grupos establecidos. En ratas L-NAME, los valores de GPT, triglicéridos y colesterol, fueron más elevados ( $p < 0,05$ ) que en el Grupo Control; la inyección de IGF-I normalizó estos parámetros. La concentración de glucosa fue inferior ( $p < 0,05$ ) en el grupo L-NAME respecto al control, alcanzando niveles normales tras la inyección de IGF-I. La creatinina experimentó un incremento ( $p < 0,05$ ) en el Grupo L-NAME que no se corrigió después de la administración de IGF-I (tabla 1).

**Discusión.** Se demuestra que la administración de L-NAME a lo largo de la gestación, disminuye el tamaño de camada y que la inyección de IGF-I normaliza este parámetro, hecho que puede estar relacionado con la interacción existente entre el IGF-I y las hormonas sexuales. En trabajos anteriores se demostró que L-NAME daba lugar a una disminución en el número de nacidos y en la concentración de

IGF-I y de 17b-estradiol, particularmente importante en el momento de la implantación. Será necesario investigar si esta disminución es la responsable de los resultados obtenidos. Algunos de los parámetros bioquímicos estudiados experimentan modificaciones, reflejo de una alteración a nivel orgánico. La vía por la que el IGF-I normaliza dichos parámetros, deberá ser estudiada.

**Conclusiones.** La inyección diaria de IGF-I durante la gestación, a ratas tratadas con L-NAME en el agua de bebida, dio lugar a: 1) Tamaño de camada similar al control. 2) Valores normales en la concentración sérica de Glucosa, GPT, triglicéridos y colesterol, previamente alterados por acción de L-NAME.

**V-96**  
**DETECCIÓN DEL SÍNDROME METABÓLICO EN PACIENTES CON DIABETES TIPO 2 EN LAS CONSULTAS DE ATENCIÓN PRIMARIA Y MEDICINA INTERNA EN ESPAÑA**

**A. Rodríguez, P. Polavieja, A. Caba, R. García y J. Reviriego**

Departamento de Investigación Clínica. Lilly S.A. Alcobendas, Madrid.

**Objetivos.** Conocer la capacidad de detección, por parte del médico de atención primaria (AP) y medicina interna (MI), del Síndrome Metabólico (SM) en pacientes con diabetes mellitus tipo 2 (DM2) que acuden a consulta.

**Material y métodos.** Tipo y ámbito de estudio: Estudio epidemiológico, transversal, naturalístico y multicéntrico en consultas ambulatorias de AP y MI de España. Sujetos: Adultos con diagnóstico de DM2 según los criterios de la American Diabetes Association. Mediciones: Se solicitó a los médicos participantes que valorasen si los pacientes incluidos cumplían los criterios diagnósticos de SM de la OMS y la NCEP-ATPIII. Se determinó la prevalencia de SM según diagnóstico previo y se analizó el grado de acuerdo existente.

**Resultados.** Participaron 1.259 pacientes cuya media (DE) de edad fue de 64,7 (10,7) años. El 57,1% eran varones. Siguiendo los criterios diagnósticos de la OMS la prevalencia de SM fue del 71,5% (750/1.049). Los médicos, previamente, consideraron que el paciente cumplía tales criterios en un 69,2% (726/1.049) de los casos (grado de acuerdo 86,7%). Para los criterios de la NCEP-ATPIII la prevalencia fue del 78,2% (917/1.049), mientras que los médicos consideraron que se cumplían criterios en el 77,8% (912/1.172) (grado de acuerdo 88,5%).

**Discusión.** Se aprecia un ligero infradiagnóstico del SM, tanto con los criterios de la OMS como con los de NCEP-ATPIII, por parte del médico de AP y (MI) en pacientes diabéticos tipo 2 que acuden a consulta ambulatoria. Aproximadamente, uno de cada diez pacientes con DM2 que cumple criterios de SM no es considerado como tal por el médico de AP y (MI).

**Conclusiones.** En este estudio se pudo apreciar un cierto grado de infradiagnóstico de SM en pacientes con DM2. Es necesario concienciar al médico internista y de AP en la identificación del SM en esta población con alto riesgo de padecerlo.

Tabla 1. Relación diagnóstico previo/criterios OMS.

Diagnóstico previo SM	Cumplimiento criterios OMS	Cumplimiento criterios OMS	
	No	Sí	Total
No	241	82	323
Sí	58	668	726
Total	299	750	1.049

Tabla 1. Parámetros bioquímicos en ratas gestantes (día 21). Media  $\pm$  SEM. Valores con diferentes letras en la misma columna presentan diferencias significativas. (V-95).

(N = 10)	GOT (u/l)	Glucosa (mg/dl)	GPT (u/l)	Creatinina (mg/dl)	Triglicéridos (mg/dl)	Colesterol (mmol/l)
Control	88,28 $\pm$ 4,22	94,47 $\pm$ 2,43a	48,38 $\pm$ 4,12b	0,56 $\pm$ 0,02a,b	232,3 $\pm$ 30,74b	2,34 $\pm$ 0,13b
L-NAME	95,46 $\pm$ 6,47	72,11 $\pm$ 2,8c	87,47 $\pm$ 4,20a	0,62 $\pm$ 0,02a	382,4 $\pm$ 55,15a	3,43 $\pm$ 0,19a
PBS	88,24 $\pm$ 3,72	80,74 $\pm$ 1,52b	47,19 $\pm$ 2,20b	0,54 $\pm$ 0,01b	244 $\pm$ 27,60b	2,68 $\pm$ 0,12b
L-NAME+IGF-I	92,48 $\pm$ 8,38	89,62 $\pm$ 6,38a,b	56,92 $\pm$ 4,01b	0,68 $\pm$ 0,06a,b	252,31 $\pm$ 39,33a,b	2,72 $\pm$ 0,23b

Tabla 2. Relación diagnóstico previo/criterios NCEP-ATPIII.

Diagnóstico previo SM	Cumplimiento criterios NCEP-ATPIII	Cumplimiento criterios NCEP-ATPIII	Total
	No	Si	
No	190	70	260
Si	65	847	912
Total	255	917	1.172

### V-100

#### PREVALENCIA DE TRASTORNOS DE PERSONALIDAD EN UNA POBLACIÓN DE COCAINÓMANOS DE ALICANTE

E. López Calleja<sup>1</sup>, M. Martínez Sánchez<sup>2</sup>, S. Martínez Tudela<sup>1</sup>, J. Peris<sup>1</sup>, M. Díaz<sup>1</sup>, M. Matarranz<sup>1</sup>, A. Martínez<sup>1</sup> y J. Merino<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Servicio de Medicina Interna. Hospital de San Juan. Alicante.

<sup>2</sup>Programa de cocaína. Proyecto Hombre. Alicante.

**Objetivos.** La prevalencia de consumo a nivel nacional de cocaína en la población general se estima en torno al 3%, siendo España uno de los países con mayores índices de consumo a nivel europeo. Estudios realizados en los últimos años han demostrado una elevada comorbilidad entre los diagnósticos relacionados con el abuso/dependencia de drogas y otros trastornos psiquiátricos. Sin embargo no hay publicados estudios que relacionen los trastornos de personalidad con la drogodependencia específica a la cocaína. El objetivo principal de nuestro estudio sería determinar la prevalencia de trastornos de personalidad en el grupo de cocainómanos atendidos en el centro de Alicante de la Asociación Proyecto Hombre. Como objetivos secundarios trataremos de describir el perfil del adicto a cocaína, centrándonos en grupos de edad más prevalentes, sexo, nivel cultural, integración laboral, patologías médicas asociadas, situación legal y tratar de establecer cuales son los trastornos de personalidad más habituales en este grupo poblacional.

**Material y métodos.** Diseñamos un estudio transversal descriptivo en el que se realizó un muestreo consecutivo de todos los pacientes atendidos en el centro Proyecto Hombre de Alicante durante el período comprendido entre marzo de 2004 y marzo de 2005 y que cumplieran los criterios de inclusión. Se calculó un tamaño muestral necesario de n: 71 con un intervalo de confianza del 95%. La recogida de datos se realizó mediante entrevista clínica con la cumplimentación de los siguientes cuestionarios: Europasi, adaptación europea del addiction severity index y la adaptación española del inventario clínico multiaxial de Millon MCMI-II. Para la gestión informática de los datos se empleó la versión 11,0 del programa SPSS.

**Resultados.** El 95% de los pacientes eran varones con edades comprendidas entre los 20 y los 54 años, con un 83% de pacientes entre los 25 y los 39 años y edades de inicio de consumo mayoritarias entre los 15 y los 21 años. El 98% eran de nacionalidad española, con predominio de pacientes con bajo nivel cultural siendo el grado académico superior obtenido para más de la mitad de la muestra el graduado escolar. La vía de consumo fue la intranasal en el 100% de los casos presentando el 97% consumo adicional de otras sustancias fundamentalmente alcohol y cannabis. 44 de los 71 pacientes (61,97%) obtuvieron puntuación positiva para la presencia de trastornos de personalidad, siendo los TP con mayor número de sujetos el trastorno pasivo-agresivo (n: 9), el trastorno dependiente de la personalidad (n: 9) y el trastorno antisocial (n: 7).

**Discusión.** La prevalencia de TP en la población a estudio es de 61,97% ± 11,28% con un IC del 95%, existiendo por tanto una prevalencia mucho mayor de TP que en la población general estimada en un 10%. Destaca un predominio de casos de trastornos pasivo-agresivo y dependiente de la personalidad lo que difiere de los resultados en patología dual con otras sustancias donde predominan los trastornos antisociales y límite de la personalidad. Respecto a las características clínicas de los pacientes destaca su bajo nivel cultural que contrasta con la descripción clásica del adicto a cocaína como un joven de elevado nivel cultural y socialmente integrado. Se confirma el carácter policonsumidor de estos pacientes.

**Conclusiones.** Observamos un ligero cambio en el perfil clásico descrito del paciente adicto a la cocaína con edades de inicio de consu-

mo cada vez más tempranas y generalización del uso de esta droga a todas las clases sociales. La elevada prevalencia de trastornos de personalidad en pacientes adictos a la cocaína confirma la presencia de patología dual en este tipo de adicción. Podría ser interesante intentar conocer en que sentido modifica la rehabilitación de estos pacientes la presencia asociada de trastorno de personalidad.

### V-102

#### INTERACCIONES FARMACOLÓGICAS EN PACIENTES HOSPITALIZADOS

S. Martínez, E. López, L. Richard, I. Quiles, J. Sánchez, J. Peris, M. Gracia y J. Merino

Medicina Interna. Hospital Clínico Universitario de San Juan, Alicante.

**Objetivos.** El objetivo de nuestro estudio es conocer la frecuencia de las interacciones farmacológicas en los pacientes ingresados en nuestro hospital, clasificarlas en orden de importancia y frecuencia y analizar si se producen reacciones adversas a fármacos.

**Material y métodos.** Realizamos un estudio transversal, con el programa BOT PLUS revisamos los tratamientos de los servicios médicos de nuestro hospital (un servicio por día) los lunes y miércoles desde noviembre de 2003 a febrero de 2004. Notificamos a los médicos la presencia de interacciones y posteriormente realizamos un estudio observacional durante 48 horas para ver si se producían reacciones adversas a medicamentos. El programa BOT PLUS clasificó las interacciones en teóricas, poco importantes, potencialmente importantes e importantes. Utilizamos el programa estadístico SPSS 11,01 para realizar la estadística descriptiva (incluyendo media, mediana y desviación estándar) para todas las variables.

**Resultados.** Revisamos 82 tratamientos, 35 mujeres y 47 varones. 32 tratamientos presentaban interacciones farmacológicas (1 interacción en el 62,5%, 2 en el 25%, 3 en el 3,1%, 4 en el 6,2% y 9 en el 3,1%). El 61,8% de las interacciones eran importantes, 16,3% teóricas, 14,5% potencialmente importantes y 7,2% poco importantes. No existía diferencias significativas asociadas a los servicios o a las enfermedades (clasificadas según la CIE-9). No se objetivaron reacciones adversas a medicamentos. Los fármacos más frecuentemente asociados a interacciones fueron el acenocumarol y la furosemina.

**Discusión.** Las interacciones farmacológicas pueden ser un problema añadido a la enfermedad de los pacientes ingresados. En las hojas de prescripción médica de nuestro hospital las interacciones farmacológicas son comunes. La mayoría son clasificadas como importantes. No obstante en nuestro estudio no encontramos reacciones adversas a medicamentos asociadas a dichas interacciones.

**Conclusiones.** Las bases de datos farmacológicas son una herramienta útil para detectar interacciones farmacológicas pero se necesitaría una optimización de las mismas para aplicarlas a la práctica clínica diaria. Los médicos debemos conocer cuales son las combinaciones farmacológicas que más frecuentemente pueden ocasionar efectos secundarios y deberíamos monitorizar a aquellos pacientes que reciben dichas combinaciones.

### V-103

#### ANEMIA PERNICIOSA Y TUMOR CARCINOIDE GÁSTRICO. UNA POSIBLE ASOCIACIÓN

A. Page del Pozo, M. García Orenes, R. Ramos Guevara, M. Zafra Poves, A. Mondejar Campillo y J. Soler Barnés

Medicina Interna. Morales Meseguer, Murcia.

**Objetivos.** Aportar dos nuevos casos de esta infrecuente asociación y revisar la literatura existente.

**Material y métodos.** Revisión de la historia clínica de dos pacientes con tumor carcinoide gástrico tipo I (asociado a anemia perniciosa) y descripción de los hallazgos clinicopatológicos e inmunohistoquímicos.

**Resultados.** Caso 1: varón de 52 años ingresado en el año 2001 por anemia macrocítica, siendo diagnosticado de anemia perniciosa por déficit de cobalaminas. En la gastroscopia presentaba una gastritis crónica atrófica. Los Ac anti células parietales gástricas fueron negativos. Ha seguido tratamiento con vitamina B12 IM mensual con buena respuesta hematológica. En octubre de 2003, en una revi-



sión, refiere pérdida de peso, molestias gástricas y despeños diarreicos. En la gastroscopia se aprecia mucosa de fundus y cuerpo con aspecto atrófico y una lesión polipoidea sésil de 4 mm en la cara posterior corporal, que en la biopsia corresponde a un tumor carcinóide: neoformación epitelial con positividad en el estudio inmunohistoquímico para cromogranina, queratina y EMA y negatividad para CEA, con hiperplasia folicular en la mucosa circundante. Los niveles de ácido 5 hidroxiindolacético (5HIAA) en orina fueron de 12,4 mg/24 horas (N: 0-7), y la gastrina de 439 pg/ml (N: 25-115). En el estudio de extensión no se evidenciaron metástasis. Se le realizó gastrectomía subtotal con evolución favorable. Caso 1: mujer de 71 años que ingresa en Enero de 2005 por cuadro confusional agudo y anemia de tres años de evolución. En analítica destaca hemoglobina de 8,3 gr/dl, VCM 113 fl, leucocitos 2.110/mm<sup>3</sup> con fórmula normal, plaquetas 69.000/mm<sup>3</sup>, cobalaminas 105 pg/ml. En la gastroscopia, a 2 centímetros del cardias se visualiza una lesión submucosa de 15 mm que sangra al biopsiarla, siendo los resultados de anatomía patológica compatibles con tumor carcinóide. Los anticuerpos anti células parietales gástricas fueron negativos. Los niveles de gastrina 183 pg/ml. La determinación de 5HIAA en orina de 24 horas 2,4 mg/24 horas. Se descarta carcinóide sincrónico tras el estudio con cápsula endoscópica. Se realizó resección endoscópica, que fue incompleta por infiltración de la base en la pieza de resección, y posteriormente gastrectomía parcial y extirpación de adenopatía regional afectada.

**Discusión.** Se describen dos casos clínicos de pacientes diagnosticados de AP, el primero desarrolló un tumor carcinóide gástrico a los tres años de seguimiento y en el segundo se diagnosticaron simultáneamente ambos procesos. La asociación de anemia perniciosa con adenocarcinoma gástrico está bien establecida. También se relaciona la AP con aclorhidria, hipergastrinemia y, menos frecuentemente, con tumor carcinóide gástrico (2 a 6% de todos los tumores carcinoides). Los tumores neuroendocrinos gástricos (TNEG), dentro de los cuales se incluye el tumor carcinóide, están aumentando en incidencia en los últimos años, tanto por su diagnóstico precoz endoscópico como por el avance en las técnicas de inmunohistoquímica. En los dos casos expuestos cabe resaltar que no presentaron clínica de síndrome carcinóide que aparece en el 11% de las series y ocurre en pacientes con metástasis hepáticas. Los tumores fueron solitarios, en algunas ocasiones se describen tumores multicéntricos en pacientes con gastritis crónica atrófica, asociados a peor pronóstico. No presentaron antecedentes familiares de neoplasia endocrina múltiple ni se asociaron a otros tumores endocrinos.

**Conclusiones.** Se recomienda siempre la realización de una gastroscopia en pacientes con anemia perniciosa y déficit de vitamina B12. También se debe efectuar en el seguimiento de pacientes jóvenes con anemia perniciosa que se agrava, con problemas abdominales inespecíficos o con pérdida de peso inexplicable. Se debe sospechar un tumor neuroendocrino gástrico (TNEG) ante la visión endoscópica de lesiones polipoides gástricas, más aún si están en el fundus y asociadas a anemia perniciosa. Ante estos casos se recomienda la realización de estudio inmunohistoquímico. Es importante el diagnóstico precoz, ya que los menores de un centímetro tienen mejor pronóstico y se pueden tratar con resección endoscópica.

#### V-104

### PÉRDIDA DE AGUDEZA VISUAL COMO FORMA DE PRESENTACIÓN DE TUMORES MALIGNOS: REVISIÓN RETROSPECTIVA (1998-2006)

**B. Herreros Ruiz-Valdepeñas<sup>1</sup>, E. Pintor Holguín<sup>1</sup>, E. Villalobos Baeza<sup>1</sup>, P. Gili Manzanaro<sup>1</sup>, J. Bañuelos Bañuelos<sup>1</sup>, R. Barba Martín<sup>1</sup> y G. García de Casasola<sup>1</sup>**

<sup>1</sup>Medicina Interna. <sup>4</sup>Oftalmología. Fundación Hospital Alcorcón. Alcorcón, Madrid. <sup>2</sup>Departamento de Especialidades Médicas. Universidad Europea de Madrid. Villaviciosa de Odón, Madrid. <sup>3</sup>Área 8. Atención Primaria. Alcorcón, Madrid.

**Objetivos.** Describir los casos de presentación como pérdida de agudeza visual de tumores malignos.

**Material y métodos.** Revisión retrospectiva (1998-2006) de los tumores coroides malignos diagnosticados en la Fundación Hospital Alcorcón, hospital con un área de referencia de 425.594 personas (212.007 varones y 213.587 mujeres). Se ha buscado el tipo histo-

lógico de los tumores, su forma de presentación y la presencia de otras manifestaciones del tumor.

**Resultados.** En total se han encontrado 8 tumores malignos coroides, 5 en varones y 3 en mujeres. La edad media de los pacientes era de 59,1 años. En cuanto al tipo histológico, 3 de ellos se trataban de melanomas coroides y 5 eran metástasis de tumores de otras localizaciones: Metástasis de adenocarcinoma de recto, de carcinoma ductal infiltrante de mama (adenocarcinoma), de carcinoma de pulmón bronquiolo-alveolar tipo mucinoso (adenocarcinoma), de adenocarcinoma de origen desconocido y de carcinoma hepático multicéntrico. En el caso de los melanomas coroides, la única manifestación fue oftalmológica y en cuanto a los tumores con metástasis coroides, en sólo uno de ellos la primera manifestación fue oftalmológica (disminución brusca de la agudeza visual en el ojo izquierdo), concretamente en la metástasis de carcinoma de pulmón bronquiolo-alveolar tipo mucinoso. En el caso de la metástasis de carcinoma ductal infiltrante de mama, no se trató de la primera manifestación de presentación, pero sí de la primera manifestación de la recidiva del cáncer tras 10 años de ser tratado. De los 5 tumores malignos metastáticos, sólo 2 tenían además metástasis en otras localizaciones (hepáticas, pulmonares y óseas en el carcinoma ductal infiltrante de mama y también hepáticas, pulmonares y óseas en el adenocarcinoma de origen desconocido).

**Discusión.** Las metástasis coroides son el tipo de tumor maligno más frecuente a nivel ocular. Dentro de los tumores primarios que producen metástasis coroides, aunque depende de las series, destacan por su frecuencia los cánceres de pulmón (entre el 20-50%), de mama (entre 22-55%) o de origen desconocido (17%), tratándose casi siempre de adenocarcinomas. Suelen diagnosticarse por sintomatología como pérdida de agudeza visual o visión borrosa. Aun que nuestra serie es muy escasa, permite vislumbrar datos similares a los de otras series más amplias.

**Conclusiones.** Es excepcional que un tumor maligno se presente con síntomas oculares. Si excluimos los melanomas coroides, casi todos los tumores malignos coroides corresponden a metástasis de tumores sólidos, concretamente de adenocarcinomas. La pérdida de agudeza visual unilateral, síntoma habitual con el que se presentan a nivel ocular los tumores malignos, debe ser valorada por oftalmología a través de un fondo de ojo con la mayor rapidez posible.

#### V-105

### SÍNDROME ANTISINTETASA: ANÁLISIS DESCRIPTIVO A PROPÓSITO DE DOS CASOS

**I. Jiménez, L. López, B. Serra, I. Amorós y L. Castellano**  
Medicina Interna. Sagunto, Valencia.

**Objetivos.** El síndrome antisintetasa (SAS) es un trastorno no bien definido, infrecuente, incluido hasta ahora entre las miopatías inflamatorias idiopáticas, cuya clasificación original está actualmente en revisión (Medicine Vol 84, nº4). Se caracteriza por la asociación de una miopatía inflamatoria con una neumopatía intersticial y la existencia de un anticuerpo antisintetasa, anti-JO1 (Anales de MI, Vol 22, nº4).

**Material y métodos.** Revisión de las historias clínicas de 2 pacientes diagnosticados de SAS, recogiendo de cada uno de ellos las manifestaciones clínicas, el perfil serológico, el tratamiento recibido, la respuesta al mismo y la evolución.

**Resultados.** Caso 1: varón de 47 años sin antecedentes de interés, remitido en septiembre 2005 al servicio de mí para estudio de adenopatías indoloras en el cuello. Un mes y medio antes refiere fiebre, fatigabilidad, algias lumbares, manos rígidas, poliartalgias y sequedad bucal. En la exploración física destacaba microadenomegalia cervical simétrica e hipertrofia de glándulas salivares submandibulares sin signos inflamatorios; induración y aspecto toscó de la piel de las manos o "manos de mecánico", con limitación de la flexión de los dedos sin deformidades ni tumefacción. La ecografía del cuello mostró sialoadenitis crónica. En la analítica destaca anticuerpos antinucleares (ANA) 1/80 con patrón de inmunofluorescencia citoplasmática correspondiente a AC antimitocondriales 1/40 de especificidad M2 (4,8U). La Rx tórax muestra patrón intersticial basal bilateral confirmado con TACAR sin alteraciones en la espirometría, volúmenes pulmonares y DLCO 72%. El LBA muestra celularidad mixta de predominio linfocitario CD8 con inversión CD4/CD8. Se inicia tto con hidroxiquina, con mejoría clínica. A las 4 semanas el

paciente consulta por fiebre, dolor muscular y disnea con empeoramiento del infiltrado intersticial pulmonar, CK 1.460 U/l y LDH 5.850 U/l (normales al comienzo). Una nueva determinación de autoanticuerpos mostró títulos elevados de anti-JO1 y positividad de antiRO y antiLA. El electromiograma describió un patrón miopático. Biopsia muscular: infiltrados inflamatorios parcheados alrededor de fibras musculares esqueléticas regeneradas sin lesiones vasculares. El tratamiento con prednisona 1,5 mg/kg/día y azatiopina 2 mg/kg produjo mejoría notable tras 48 h hasta quedar asintomático. Las enzimas musculares a los 3 meses se normalizan y en un TACAR a las 3 semanas no se aprecia afectación intersticial. Caso 2: mujer de 72 años sin antecedentes de interés remitida en octubre 2001 al servicio de MI por cuadro constitucional, edemas en manos, debilidad de miembros superiores y dolor en la articulación temporomandibular izquierda. El TACAR muestra afectación alveolointersticial parcheada de predominio basal y periférico y en la analítica ligero aumento de GOT, GPT, LDH y CK; serología positiva para antiRO y antiJO-1, con ANA a títulos discretos. El tto con prednisona 1 mg/kg/día asocia mejoría clínica, normalizándose las enzimas musculares a las pocas semanas. Seis meses después se añade metotrexate 7,5 mg/sem con el fin de reducir la dosis de prednisona, permaneciendo asintomática. En septiembre 2005, consulta por fiebre, tos y disnea que precisa aumento de dosis de prednisona y sustitución de metotrexate por ciclosporina 2,5 mg/kg/día con buena respuesta desde entonces.

**Discusión.** El SAS asocia prácticamente siempre miopatía inflamatoria con afectación pulmonar intersticial, siendo ésta la que determina el pronóstico. Con frecuencia coexisten otros signos de enfermedad sistémica: poliartritis inflamatoria no erosiva, edema con induración cutánea distal de miembros superiores o "manos de mecánico", fiebre, síndrome seco o fenómeno de Raynaud. Serológicamente se caracteriza por la presencia de anticuerpos antisintetasa en suero.

**Conclusiones.** Se debe sospechar un SAS en presencia de síntomas respiratorios y musculares, debiendo solicitar un estudio de autoinmunidad completo. Requiere tto inmunosupresor precoz, agresivo y prolongado, que produce en la mayoría de los casos remisión completa o estabilización clínica. Debe prestarse especial atención a la afectación respiratoria por su importancia pronóstica.

**V-106  
ENFERMEDAD CARDIOVASCULAR GRAVE Y QUIMIOTERAPIA**

**P. Puñal Castellano, L. Viejo Llorente y J. Pérez Ortiz**  
*Medicina Interna. Hospital Provincial, Toledo.*

**Objetivos.** Incidencia de Enfermedad Cardiovascular (ECV) grave en pacientes que reciben Quimioterapia (Q) por una neoplasia e ingresados en el Sº de M.I. de un hospital del primer nivel. Valorar la actitud terapéutica.

**Material y métodos.** Estudio de casos de pacientes ingresados en el Sº de M.I. (6/04-5/06) con un evento cardiovascular (ecv) grave con (Q) activa para una neoplasia y su seguimiento. Se han considerado

(ecv) graves: Síndrome Coronario Agudo (SCA), arritmias, insuficiencia cardíaca (IC), Accidente Cerebral Vascular Agudo (ACVA) o arteriopatía periférica aguda.

**Resultados.** De 1.472 pacientes ingresados 5 presentaron (ECV) grave asociada a (Q), que supone el 0.33% del total. Los eventos fueron: (SCA) 3 casos, Bloqueo a-v (BAV) 1 y Ataque Isquémico Transitorio (AIT) 1. Se describen en la tabla 1. Todos recibieron 5-Fluoruracilo (5-FU), bien i.v. u oral; todos en monoterapia.

**Discusión.** El (5-FU) es un antimetabolito de la vía de las pirimidinas. Sustituye un fluor en el uracilo e interfiere con la síntesis del DNA y RNA. Existen sustancias orales que actúan como profármacos, tales como el Ftorafur (F) y la Capecitabina (C). Se le asocia el Acido Folinico (AF) que modula su efecto, permaneciendo más tiempo a nivel intracelular y aumentando su eficacia. Se usa principalmente en los tumores digestivos y de mama. La toxicidad vascular suele ser reversible y de buen pronóstico; aparece con los primeros ciclos y puede ocurrir con la vía i.v. u oral. La patogenia es multifactorial: disfunción endotelial con vasoespasmo; inflamación con apoptosis, necrosis y fibrosis; y fenómenos trombogénicos. El espectro clínico incluye: (ACVA), (SCA), (IC), Arritmias, Muerte súbita y otros. Es de resaltar que el paciente del (BAV) recibía Clopidogrel por (ACVA) 5 años antes; la mujer del cáncer de mama continuó con antiagregante y calcioantagonista 6 meses más tras finalizar la (Q). Tan sólo ha fallecido el del cáncer gástrico; el resto están asintomáticos. En general se debe completar la (Q), si bien se debe individualizar.

**Conclusiones.** La (ECV) grave asociada a la (Q) no es infrecuente. Hay que tratarla de forma habitual y considerar el pronóstico de la neoplasia, intentando completar la dosis total prevista.

**V-107  
METÁSTASIS CUTÁNEAS COMO MANIFESTACIÓN DE ADENOCARCINOMA PANCREÁTICO**

**N. Iniesta Arandia<sup>1</sup>, C. Fernández Capitán<sup>1</sup>, E. García Fernández<sup>2</sup>, R. Feltes Ochoa<sup>1</sup>, E. Martín Arranz<sup>1</sup>, S. Fudio Muñoz<sup>1</sup>, J. Valero Recio<sup>1</sup> y P. García de Paso Mora<sup>1</sup>**

<sup>1</sup>Medicina Interna, <sup>2</sup>Anatomía Patológica. La Paz, Madrid.

**Objetivos.** Analizar la frecuencia de metástasis cutáneas de adenocarcinomas pancreáticos. Descripción de los casos de adenocarcinoma pancreático con metástasis cutáneas.

**Material y métodos.** Registro de metástasis cutáneas de carcinomas del Servicio de Anatomía Patológica del Hospital la Paz durante 1996-2006. Revisión de historias clínicas de los casos de adenocarcinoma de páncreas con metástasis cutáneas.

**Resultados.** Durante los años 1996-2006 en el Servicio de Anatomía Patológica del Hospital La Paz se registraron 218 casos de metástasis cutáneas. 122 casos (55%) correspondían a adenocarcinomas y sólo dos (0,09%) fueron de origen pancreático. Describimos los casos de adenocarcinoma pancreático. Caso 1: Mujer de 68 años, que ingresa por dolor en hipocondrio derecho con la ingesta alimenticia, pérdida ponderal, astenia y anorexia de cinco meses de evolución. EF: ictericia cutánea, varias lesiones nodulares

Tabla 1. Resumen de pacientes (V-106).

Edad/Sexo	Neoplasia	Quimioter. Nº ciclos previstos	ECV	FR cv previos	Estudio	Trato añadido	Decisión quimioter.
51/M	Mama	Ftorafur oral	AIT	No	Normal	AntiCa++ AAS, B-bl	Completa
75/H	Colon	12 meses 5-FU i.v. + AF	SCA IAM sin Q	HTA	Rechazó cateteris	IECA, Estatina AAS, B-bl	Finalizar. 100% de dosis
48/H	Gástrica	3º ciclo/ 6 Capecitabina oral	SCA IAM sin Q	No HTA	Coronaria normal	Estatina AAS, B-bl	Completa
52/H	Colon	2º ciclo / 6 5-FU i.v. + AF	SCA IAM later	Fumador Dislipemia HTA	Coronaria normal	IECA Estatina	Completa
62/H	Colon	11/12 c.	Bloqueo a-v 3º	Acva ant. Clopidogr.	Normal	MP DDDR	Finalizar. 91% de dosis

violáceas, alguna ulcerada, en ambas regiones torácicas bajas. Palpación abdominal dolorosa en ambos hipocondrios y epigastrio, sin masas. Analítica: leucocitosis moderada con neutrofilia, trombocitosis, hiperbilirrubinemia e hipertransaminasemia con colestasis y elevación de Ca 19.9. TC: masa en cabeza de páncreas y proceso uncinado con infiltración de vena mesentérica superior, dilatación de la vía biliar intra y extrahepática y adenopatías retroperitoneales. Biopsia cutánea: compatible con metástasis de adenocarcinoma. Falleció tres semanas después del diagnóstico. Caso 2. Varón de 70 años con dolor epigástrico irradiado a espalda que aumentaba con la ingesta, pérdida de 14 kg y anorexia de cinco meses de evolución. AP: ex-tabaquismo y ex-enolismo. EF: dolor a la palpación en epigastrio. Analítica con normalidad de función hepática y elevación de Ca 19.9. Ecografía abdominal normal. TC abdominal: masa en cola pancreática con infiltración de vena esplénica. Se realizó una esplenopancreatometomía distal. El diagnóstico AP de la pieza fue de adenocarcinoma de páncreas pobremente diferenciado. Posteriormente se administró quimioterapia. Tres meses después, se observó un nódulo indurado de 1 cm de diámetro en flanco derecho que fue biopsiado con resultado AP compatible con metástasis de carcinoma pancreático. El paciente falleció un mes después.

**Discusión.** Las metástasis cutáneas de neoplasias internas son raras. Las localizaciones más frecuentes del tumor primario son la mama en mujeres y el pulmón en los hombres. Las metástasis cutáneas de adenocarcinoma pancreático son excepcionales y suelen localizarse en el área umbilical. Los mecanismos propuestos son la invasión directa, la metástasis local y la metástasis a distancia. En ocasiones constituyen la primera manifestación de la enfermedad y generalmente se asocian a un mal pronóstico, ya que suponen estadios avanzados.

**Conclusiones.** Las metástasis cutáneas de neoplasias viscerales son raras. En nuestro estudio el 55% de los casos tuvo como origen un adenocarcinoma, siendo excepcional el adenocarcinoma pancreático (0,09%). Conllevan un pronóstico oneroso y en ocasiones su estudio puede orientar hacia el origen del tumor primario.

**V-108 SÍNDROME DEL OPÉRCULO TORÁCICO: UN CUADRO POCO SOSPECHADO**

**N. Iniesta Arandia<sup>1</sup>, C. Fernández Capitán<sup>1</sup>, M. Bret Zurita<sup>2</sup>, A. López<sup>1</sup>, S. Simón García<sup>1</sup>, E. Díez Piñana<sup>1</sup>, P. Efire García de Paso<sup>1</sup> y J. Mora Valero Recio<sup>1</sup>**

<sup>1</sup>Medicina Interna, <sup>2</sup>Radiodiagnóstico. La Paz. Madrid.

**Objetivos.** Resaltar la necesidad de un correcto reconocimiento de una entidad habitualmente poco sospechada por el clínico. Repasar las características del síndrome del opérculo torácico (SOT) mediante la descripción de dos casos clínicos.

**Material y métodos.** Revisión bibliográfica sobre el síndrome de salida torácica. Revisión de las historias clínicas de dos pacientes diagnosticados de SOT.

**Resultados.** Caso 1: mujer de 45 años remitida por dolor osteomuscular y parestesias en manos y cara de años de evolución. Había sido diagnosticado de neuropatía sensitivo motora desmielinizante de MMSS. No tomaba anticonceptivos orales. Síndrome del túnel carpiano bilateral estudiada en distintos servicios. Dos meses antes presentó dolor en región axilar I irradiado a tórax y cara anterior de MSI fue diagnosticada de trombosis venosa axilo-subclavio-yugular por

doppler y anticoagulada. EF: dolor a la palpación en hueco axilar I, pulsos radiales simétricos con leve frialdad distal, sin cambios de coloración ni tumefacción. Rx de tórax: se descarta costilla cervical. RMN tórax: adelgazamiento de subclavia D a partir del opérculo torácico. Dificultad del retorno venoso entre subclavia D y cava superior con afilamiento proximal, sugestivo de compresión extrínseca que coincide con opérculo torácico. Doppler MMSS: Transformación de flujo venoso a la abducción del MSD. Caso 2: mujer de 34 años que acude por presentar dolor y opresión en MSI. Desde hacía 3 meses presentaba tumefacción en hombro y MSI con sensación opresiva con el ejercicio físico. La semana anterior presentó dolor con coloración violácea de las uñas de la mano izda. y frialdad periférica de unas horas de duración que posteriormente se repitió con esfuerzo físico. EF: masa blanda en hueco supraclavicular I y aumento del volumen venoso en MSI con asimetría de pulsos y frialdad distal, que aumentan con la abducción. AngioRMN tórax: Hipertrofia músculo subclavio I que comprime el paquete vasculo-nervioso homolateral. Retraso de circulación de arteria subclavia I con circulación colateral en hueco supraclavicular por compresión del m. subclavio. EMG: pérdida motoneuronas marcada en región hipotenar. Afectación tronco anterior interno. Todo ello compatible con SOT 2º a hipertrofia del músculo escaleno por ejercicio.

**Discusión.** El SOT comprende las manifestaciones clínicas secundarias a la compresión de las estructuras vasculares o nerviosas situadas entre la base del cuello y la región axilar producidas por anomalías o variantes anatómicas a ese nivel. Suelen desencadenarse con la hiperabducción de los MMSS. Puede ser causa de trombosis venosa del miembro superior y algunos autores lo han relacionado con la presencia del síndrome del túnel carpiano. Su tratamiento incluye la resección de la anomalía morfológica. No existen datos concluyentes sobre la prevalencia del SOT, incluso algunos autores no aceptan su existencia. Se comentan las características clínicas de este síndrome, así como algunas presentaciones atípicas que puede adoptar. Se debate el tratamiento de la trombosis axilo-subclavia en el SOT.

**Conclusiones.** El síndrome del opérculo torácico es una patología poco frecuente en la consulta de Medicina Interna, sin embargo, la diversidad de sus síntomas retrasa su diagnóstico. Su reconocimiento es importante, puesto que asocia complicaciones evaluables por el internista, como la TVP de miembros superiores o el dolor torácico atípico. En ocasiones el tratamiento quirúrgico ofrece mejora sintomática en la mayoría de los pacientes.

**V-110 ENDOCARDITIS TROMBÓTICA NO BACTERIANA. ANÁLISIS DE SIETE CASOS**

**I. de la Iglesia Banjul, T. Bajo Franco, J. López Caleyá, R. Riera Hortelano y S. Fernández González**

Medicina Interna. Hospital de León, León.

**Objetivos.** La Endocarditis Trombótica No Bacteriana (ETNB) es una entidad relativamente infrecuente caracterizada por la presencia de vegetaciones compuestas por fibrina y plaquetas no infectadas. Se trata de analizar las características de los pacientes con ETNB.

**Material y métodos.** Estudio retrospectivo de las historias clínicas y necropsias con el diagnóstico de ETNB durante el período 1/1/1994 al 31/12/2005.

**Resultados.** Ver tabla. \*Diagnóstico clínico: verrugas, embolizaciones típicas, enfermedad predisponente, hemocultivos y serologías

Tabla 1. Tabla de resultados (V-110).

Edad/Seso	MI	Patología predisponente	Embolizaciones	Válvula	Verrugas	CID	Evolución	Diagnóstico
1 51/M	Disnomia	Adenocarcinoma pulmón (IV)	Cerebrales	Mitral y aorta	Múltiples < 10 mm	Si	Paliativos	Clínico
2 40/M	HSA	Linfoma Hodking	No	Aorta	Múltiples < 10 mm	No	Éxito	Necropsia
3 63/V	Disfasia	Adenocarcinoma páncreas (IV)	Cerebrales	Aorta	Múltiples < 10 mm	Si	Éxito	Necropsia
4 57/M	Sepsis	Sepsis	Cerebrales y esplénicas	Mitral	Múltiples	Si	Éxito	Necropsia
5 74/M	Insuf. cardíaca		No	Mitral	Única	No	Éxito	Necropsia
6 75/M	Hemiparesia	Adenocarcinoma vías biliares	Cerebral renal y esplénica	Mitral y aorta	Múltiples < 10 mm	Si	Éxito	Necropsia
7 19/V	Crisis comiciales	Angiosarcoma mediastínico	Cerebral y TEP	Tricúspide CIA	Única 29 mm	Si	Éxito	Necropsia

negativos y ausencia de respuesta a tratamiento antibiótico empírico. Casos 1 y 6: el diagnóstico de las neoplasias no era conocido al ingreso.

**Discusión.** Las dos características principales de la ETNB son su asociación a neoplasias (principalmente adenocarcinomas y tumores hematológicos) y la alta frecuencia de embolizaciones sistémicas (principalmente a nivel neurológico). También se ha descrito asociación con estados de hipercoagulabilidad, síndrome antifosfolípido, LES, VIH y sepsis. Ecocardiográficamente, aunque las verrugas son indistinguibles de la endocarditis infecciosa, se caracterizan por ser habitualmente múltiples, pequeñas (< 30 mm) y con afectación casi exclusiva de válvulas izquierdas. Su mayor incidencia se da entre la 4ª y 8ª década de la vida, no habiendo distribución por sexo. Se ha objetivado una fuerte correlación entre CID y ETNB. El pronóstico suele ser malo, aunque depende de la enfermedad de base. El diagnóstico es esencialmente de presunción, lo que puede explicar las diferencias encontradas entre la práctica clínica y los estudios de necropsia.

**Conclusiones.** Aunque se trata de una patología inhabitual, probablemente se encuentre infradiagnosticada, ya que no es un hallazgo infrecuente en las autopsias. Se ha de resaltar que el diagnóstico de ETNB requiere alto grado de sospecha al ser esencialmente clínico y debe tenerse en cuenta en el diagnóstico diferencial de endocarditis con hemocultivos negativos, sobre todo si cursa con importante afectación embolígena, debiéndose sospechar una enfermedad predisponente como causa desencadenante, generalmente de origen neoplásico.

#### V-111

#### LA ANTICOAGULACIÓN ORAL EN EL PACIENTE INGRESADO EN MEDICINA INTERNA

**C. Recarte G<sup>a</sup>-Andrade<sup>1</sup>, B. Ortega Ortiz de Apodaca<sup>2</sup>, P. Ryan Murúa<sup>1</sup>, E. Calvo Lasso de la Vega<sup>1</sup>, E. Recarte Ortega<sup>3</sup>, L. Martín González<sup>1</sup> y T. Fernández Amago<sup>1</sup>**

<sup>1</sup>Medicina Interna 2B. Gregorio Marañón, Madrid.

<sup>2</sup>Centro de Transfusiones. Comunidad de Madrid, Madrid.

<sup>3</sup>MIR. Clínico de San Carlos, Madrid.

**Objetivos.** Determinar qué tipo de pacientes y cuántos, de los ingresados en un Servicio de Medicina Interna están anticoagulados con anticoagulantes orales (ACO). Saber si es la primera vez que se anticoagulan o ya lo estaban antes de su ingreso, y si es por un proceso agudo.

**Material y métodos.** Recogimos los datos de 99 pacientes ingresados a lo largo de 30 días seguidos en un Servicio de Medicina Interna, incidiendo en la edad, sexo, situación basal (dependiente o no), diagnóstico de ingreso, diagnóstico al alta, tratamiento con anticoagulantes orales (ACO), tratamiento con heparina, motivo de anticoagulación, con especial énfasis en si se trataba de un proceso agudo como Trombosis Venosa Profunda (TVP), Tromboembolismo Pulmonar (TEP) o síndrome coronario agudo (SCA) y el alta o éxito del paciente.

**Resultados.** Obtuvimos 21 pacientes (22% del total de ingresados) con una edad media de 74 años. El 52% eran varones y todos independientes para las actividades de la vida diaria, menos uno. En el 75% de los casos se trataba de reingresos. Ya desde el ingreso el 70% tuvo el mismo diagnóstico que al alta, llamando la atención, significativamente que como era de esperar casi todos eran cardiológicos con fibrilación auricular en insuficiencia cardíaca, cardiopatía isquémica crónica o con alteraciones estructurales. Pero en cambio el número de caso de Trombosis Venosa Profunda (TVP) y de Tromboembolismo Pulmonar (TEP) era pequeño (6% en cada patología). Un paciente falleció. Durante su ingreso, fueron utilizadas las heparinas de bajo peso molecular (HBPM) asociadas a dosis de anticoagulación en el 81% de los casos. Su utilización en enfermedades infecciosas, EPOC o neoplasias fue menor del 6%. No se detectaron casos importantes de sangrado y en un paciente se produjo una sobredosificación de acenocumarol.

**Discusión.** La anticoagulación oral intrahospitalaria es cada vez más frecuente. Ello es debido a la mayor edad de los pacientes, las pruebas realizadas y patología cardíaca que conllevan la edad, el temor o falta de medios para realizar la anticoagulación en los Centros de Salud y ausencia de datos complementarios necesarios que indiquen

la misma, y la consiguiente derivación hospitalaria. Ya a nuestro nivel, la mayoría comienza con HBPM y dicumarínicos.

**Conclusiones.** El 22% de los pacientes hospitalizados en Medicina Interna está anticoagulado con ACO. A pesar de ello, las complicaciones (hemorragias) son muy escasas y el mal control poco frecuente. Se trata de enfermos crónicos que deberían estar anticoagulados ambulatoriamente, pero hasta su ingreso no se realiza, y la patología aguda (TVP, TEP, SCA) es poco frecuente. Debería promocionarse la anticoagulación en los Centros de Salud y la facilidad para controlar la misma y el acceso a pruebas complementarias que otorgan la indicación de anticoagulación a los pacientes en función de su edad.

#### V-112

#### FACTORES RELACIONADOS CON EL REINGRESO DE PACIENTES HOSPITALIZADOS EN MEDICINA INTERNA

**J. Ruiz Hernández, M. Hemmersbach-Miller, A. Conde Martel, A. Ojeda Sosa, J. Arencibia Borrego y P. Betancor León**

Medicina Interna. Hospital Universitario de Gran Canaria "Dr Negrín", Las Palmas de Gran Canaria.

**Objetivos.** Analizar los factores relacionados con el reingreso en pacientes hospitalizados en un servicio de Medicina Interna.

**Material y métodos.** Se estudiaron 402 pacientes que habían sido dados de alta de un servicio de Medicina Interna, con edad comprendida entre los 65 y 75 años y seleccionados de forma aleatoria en un periodo de 6 años. Se recogieron las características demográficas, los diagnósticos, valores de hemoglobina, 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 402 pacientes, 252 (62,7%) eran mujeres y 50 (37,3%) varones. La edad media fue de 70,5 años (DE: 2,9). Reingresaron 131 pacientes (32,6%; IC 95%: 27,8-37,3). El reingreso se asoció con la presencia de cardiopatía isquémica ( $p = 0,006$ ), cardiopatía valvular ( $p = 0,01$ ), EPOC ( $p = 0,006$ ), mayores niveles de creatinina ( $p = 0,003$ ), una mayor estancia ( $p = 0,018$ ), el antecedente de ingreso previo ( $p < 0,001$ ) y de forma inversa con el diagnóstico de infección ( $p = 0,002$ ). Los pacientes que reingresaban mostraban una mayor puntuación en el índice de Charlson que, sin embargo, no llegó a alcanzar la significación estadística (2,7 vs 2,4;  $p = 0,058$ ). Ni la edad, ni el sexo, ni la capacidad funcional evaluada mediante la escala de la Cruz Roja se asociaron con el reingreso.

**Discusión.** Uno de los principales factores relacionados con el reingreso es la presencia de patologías crónicas como la cardiopatía isquémica y la EPOC, tal y como observamos en este estudio. También se ha observado una mayor estancia como factor predictor de reingreso, probablemente por tratarse de pacientes con patologías más complejas. Sin embargo, no se ha podido corroborar que los pacientes que reingresen muestren una mayor comorbilidad. Finalmente el antecedente de un ingreso previo, tal y como se ha descrito previamente se asocia claramente al reingreso.

**Conclusiones.** Reingresan la tercera parte de los pacientes hospitalizados en Medicina Interna. Los reingresos se relacionan fundamentalmente con las patologías subyacentes siendo los principales factores asociados al reingreso los diagnósticos de cardiopatía isquémica, cardiopatía valvular, EPOC, mayores niveles de creatinina, el antecedente de ingreso previo y una mayor estancia.

#### V-113

#### ENFERMEDAD DE FABRY: PARADIGMA DEL INTERNISTA

**N. Pazos Otero, A. Argibay Filgueira, B. Maure Noia, B. Gimena Reyes, J. Sousa Otero, M. Pérez Rodríguez y A. Rivera Gallego**

M. Interna. Xeral Cies. Vigo, Pontevedra.

**Material y métodos.** La enfermedad de Fabry es un trastorno metabólico causado por el acúmulo de glucoesfingolípidos en los lisos-

mas del endotelio vascular, células miocárdicas, renales y de otros órganos por el déficit de alfa galactosidasa A. Entidad transmitida de forma recesiva ligada a X, aunque hoy por hoy se acepta, según la teoría de Lyon, que en función del número de cromosomas X inactivados, las mujeres también podrían ser enfermas. La incidencia varía entre 1 por cada 117.000 y 1 por cada 476.000. Se presenta un estudio retrospectivo y descriptivo de las características clínico evolutivas de siete pacientes, pertenecientes a dos familias diagnosticadas bioquímica y genéticamente de enfermedades de Fabry en Vigo, dos de ellas en terapia de sustitución enzimática (TSE). Así como el primer caso descrito en la literatura de una mujer homocigota con clínica florida.

**Resultados.** De los siete pacientes seis son mujeres y uno es varón. Una mujer es homocigota y cinco heterocigotas. El varón presenta hipertrofia cardíaca severa, afectación coronaria, insuficiencia renal leve, proteinuria, hipoacusia neurosensorial, fiebre intercurrente, angioqueratomas y crisis de dolor neuropático. La mujer homocigota presenta depósito de glucoesfingolípidos en los podocitos, angioqueratomas, crisis de dolor abdominal, hipoacusia neurosensorial bilateral, amenorrea y crisis de dolor abdominal. Las heterocigotas aquejan manifestaciones menores: quemazón en regiones acras, molestias abdominales, cefaleas frecuentes...una de ellas, presenta alteración en la ecografía doppler tisular y crecimiento de la pared posterior del ventrículo izquierdo, que recientemente ha desarrollado bradicardia sintomática por lo que iniciaremos TSE. La paciente homocigota y el varón están bajo TSE con desaparición de los episodios febriles, crisis de dolor neuropático y gastrointestinal, estabilización de la función renal e hipertrofia cardíaca aunque con progresión de la hipoacusia.

**Conclusiones.** La enfermedad de Fabry es una entidad rara y grave con un abanico clínico muy variado y que se modifica con la edad por lo que se llega al diagnóstico de forma tardía o a partir de un diagnóstico erróneo, pero con la posibilidad de revertir las manifestaciones clínicas e histopatológicas con la TSE.

#### V-114

##### DESCRIPCIÓN DEL TIPO DE PACIENTES CON INSUFICIENCIA RENAL QUE INGRESAN EN UNA UNIDAD DE CORTA ESTANCIA

P. del Valle Loarte<sup>1</sup>, M. Joya Seijo<sup>1</sup>, C. Vicente Martín<sup>2</sup>, A. Muñoz Gómez<sup>1</sup>, S. Casallo Blanco<sup>1</sup> y F. Marcos Sánchez<sup>1</sup>

<sup>1</sup>M. Interna. Ntra. Sra. del Prado. Talavera de la Reina, Toledo.

<sup>2</sup>M. Interna. Severo Ochoa. Leganés, Madrid.

**Objetivos.** Analizar el tipo de pacientes, que ingresan en nuestra unidad de corta estancia (UCE), con diagnóstico principal de insuficiencia renal al ingreso o al alta. Adecuación a la estancia prevista, evolución clínica y necesidad de valoración o traslado a nuestro Servicio de referencia de Nefrología en Toledo.

**Material y métodos.** Estudio retrospectivo de los pacientes con insuficiencia renal que estuvieron ingresados en nuestra unidad. El análisis se ha realizado de los datos recogidos en un base propia de los enfermos de la UCE y de los informes de alta e historias clínicas. Los datos recogidos son: edad, sexo, diagnóstico al ingreso y al alta, necesidad de traslado, días de estancia y necesidad de consulta. El análisis estadístico se ha realizado con la ayuda de los programas Excel y Access.

**Resultados.** Desde julio del 2005 a mayo del 2006 se han producido 304 ingresos en la UCE. 20 de estos pacientes cumplían los criterios de inclusión. La edad media de los enfermos fue 72,6 años, la mediana 75 y el rango 36 - 87 años. La distribución por sexo fue: 6 mujeres (30%) y 14 hombres (70%). La estancia media fueron 3,29 días. En 5 casos (25%) se superó la estancia media establecida en nuestra unidad (4,5 días). En 3 por evolución desfavorable y en 2 por diagnóstico no sospechado al ingreso: sepsis urinaria y HDB. Los diagnósticos al alta fueron: postrenales 2 (10%), prerrenales 6 por depleción de volumen, anemia, hipotensión medicamentosa y una rdbmiosis, 1 caso de necrosis tubular aguda, 7 insuficiencias renales crónicas reagudizadas y sólo en un caso conocida y estudiada 3 renales una probable nefritis intersticial por ciprofloxacino, una vasculitis biopsiada y con p-Anca positivos y un caso de de fracaso

renal por embolismos de colesterol. En 10 casos se realizó una Ecografía renal lo que supone el 50% de los enfermos. Se consultaron tres enfermos con el Servicio de Nefrología uno presentaba una necrosis tubular aguda y se desestimó para diálisis, otro un fracaso renal por embolismo de colesterol se vio en consulta y está en diálisis, una tercera tenía una insuficiencia renal subaguda con proteinuria en rango nefrótico y ac p-anca positivos con diagnóstico de vasculitis se biopsió y está en tratamiento y seguimiento en su consulta.

**Discusión.** La mayor parte de los pacientes que ingresan por insuficiencia renal tienen un fracaso renal prerrenal o una insuficiencia renal crónica reagudizada secundaria a un proceso intercurrente que se puede resolver ingresando en una unidad de corta estancia. Casi todos estos pacientes 65% fueron vistos en consulta para completar el estudio ya que solo el 20% se fueron de alta con función renal normal. Aunque tradicionalmente los fracasos secundarios a uropatía obstructiva han sido llevados por el servicio de urología nosotros a petición de ellos hemos llevado enfermos pluripatológicos con fracaso renal poliurico sin fracasar en el tiempo de estancia. Hemos podido llegar a algún diagnóstico más complejo de manera rápida gracias a la colaboración de otros servicios.

**Conclusiones.** La IRA, que no tiene indicación de diálisis urgente, puede manejarse en una unidad de corta estancia con una estancia media menor de 4 días y medio siendo escaso el número de fracasos. Para asegurar el alta precoz de estos enfermos y su evolución impredecible una consulta rápida al alta y una buena coordinación con el servicio de Nefrología, pues un porcentaje no desdeñable de pacientes, en nuestro caso un 15%, precisarán su valoración.

#### V-115

##### CIRROSIS BILIAR PRIMARIA Y ENFERMEDADES ASOCIADAS. ESTUDIO RETROSPECTIVO

M. Bécares Lozano, V. Chimpén Ruiz, M. Gómez Munuera, A. Lubombo Kinsay y R. Querol Prieto

Medicina Interna. Hospital Clínico Universitario, Salamanca.

**Objetivos.** Valorar las manifestaciones clínicas y analíticas más frecuentes de la CPB, la respuesta al tratamiento y la asociación con otras enfermedades, principalmente autoinmunes.

**Material y métodos.** Se revisan los pacientes diagnosticados de CPB en nuestro H.C.U. durante los 5 últimos años estableciéndose un protocolo para recogida de datos.

**Resultados.** Se analizaron 12 pacientes, 11 mujeres y 1 hombre con edad media de 67 años. Síntomas y signos: Prurito: 8 (66,7%) Astenia: 11 (91,7%) Ictericia: 8 (66,7%) Coluria: 9 (75%) Hiperpigmentación: 8 (66,7%) Xantomas: 1 (8,3%) -Xantelasmas: 2 (16,7%). Síntomas asociados: -Sequedad de ojos: 8 (66,7%). Pruebas biológicas: Elevación FA y GGT 100% Elevación VSG y el colesterol total 100% Hiperbilirrubinemia directa 100% AMA + 100% (M2 50%) -ANA + 63,64%, Anti Ro-SSA + 18,18% -FR + 18,18% Alt. pruebas tiroideas 8,3% Biopsia hepática: Estadio I: 7 pacientes (58,3%) -Estadio II: 3 pacientes (25%) Estadio III: 1 paciente (8,3%) -Estadio IV: 1 paciente (8,3%). Tratamiento: -Médico: 83,3% (10 pacientes) Trasplante hepático: 16,7% (2 pacientes). Evolución: Osciló entre 5 -20 años (media 8,5 años) con muerte de 1 paciente. Enfermedades asociadas: Síndrome Seco 7 (58,3%), -Litiasis biliar-6 (50%), síndrome de Raynaud 4 (33,33%). -hipotiroidismo 1 (8,3%) patología articular 1 (8,3%)

**Discusión.** La incidencia y manifestaciones más habituales de esta enfermedad son similares a los descritos en la literatura revisada. La mayoría de los pacientes se diagnosticaron en estadios iniciales de la enfermedad. La respuesta al tratamiento sintomático y/o trasplante hepático, fueron similares a los encontrados en la bibliografía consultada. Las enfermedades asociadas a la CPB en nuestros pacientes también son concordantes con los referidos en la literatura.

**Conclusiones.** La CPB es una enfermedad de presunta etiología autoinmune que afecta más a mujeres de edad media. Y dalugar a una colostásis crónica. Cursa con astenia y prurito como manifestaciones más habituales. El patrón bilógico es de colostásis. Los AMA son el marcaor esencial de la enfermedad. El diagnóstico se realiza mediante BIOPSIA hepática El tto. es sintomático en estadios iniciales; trasplante hepático en estadios avanzados. La asociación con

enfermedades autoinmunes es muy habitual y la más frecuente es el Síndrome Seco.

#### V-116

##### PRÓTESIS BILIARES EN PATOLOGÍA ONCOLÓGICA: EXPERIENCIA EN UN HOSPITAL DE SEGUNDO NIVEL

A. Mecina<sup>1</sup>, C. Vicente<sup>1</sup>, J. Castro<sup>2</sup>, N. Ventosa<sup>2</sup>, P. Gurruchaga<sup>3</sup>, F. Gil<sup>1</sup>, S. Plaza<sup>1</sup> y J. Jusdado<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Medicina Interna, <sup>2</sup>Digestivo, <sup>3</sup>Medicina de Familia. Severo Ochoa. Leganés, Madrid.

**Objetivos.** Queremos revisar la experiencia en la colocación de prótesis biliares en este tipo de tumores en nuestro hospital.

**Material y métodos.** Analizamos retrospectivamente las prótesis biliares colocadas a pacientes ingresados en un hospital de 2º nivel con 430 camas que presta atención a más de 400.000 habitantes. El período del estudio fue desde enero de 1995 a agosto del 2005. Se incluyeron todos los pacientes diagnosticados de neoplasia con afectación del árbol biliar a los que se les colocaba una prótesis como tratamiento paliativo. Se excluyeron aquellos pacientes en los que la historia no aportaba información suficiente. Se realizó estudio descriptivo y de supervivencia. La media se expresa con la desviación estándar (DE) y la mediana con el percentil 25-75 (P25-P75). Una  $p < 0,05$  se consideró como significativa.

**Resultados.** Se colocaron 76 prótesis biliares. El 53,2% en pacientes varones. La edad fue de 72,7 años (P25-P75: 59,43-81,90). La causa más frecuente de colocación fue el adenocarcinoma de cabeza de páncreas (41,6%) seguido del colangiocarcinoma (26%). La forma de colocación fue por vía trasparietohepática en el 74,6% de las prótesis y mediante colangiopancreatografía retrógrada endoscópica (CPRE) en el resto. Sólo 1 prótesis de las 19 colocadas mediante CPRE era metálica. El motivo de colocación fue ictericia obstructiva en 69 pacientes (90,8%) y asociada a colangitis en 4 (5,3%). Tras la colocación de la prótesis tan sólo 6 pacientes (7,8%) requirieron cirugía. En 24 prótesis se registraron complicaciones: 11 (de las cuales 2 eran de plástico y 7 una obstrucción biliar tipo I) presentaron disfunción protésica, 10 (2 de plástico) colangitis aguda, 1 prótesis metálica presentó una fistula y otra metálica una obstrucción por el tumor. La probabilidad de disfunción protésica para las prótesis de plástico es del 100% vs el 92,8% de las metálicas que siguen normofuncionantes a los 90 días. A los tres meses, la probabilidad de no haber tenido un episodio de colangitis aguda fue del 35,7% para las prótesis de plástico vs del 71,5% para las metálicas. De 52 pacientes en los que se pudo conocer si habían fallecido, 3 estaban vivos y 49 habían fallecido. El tiempo mediano de supervivencia fue de 122 días (P25-P75: 54-190). Según el tipo de stent, a los 120 días estaban vivos el 60% de los pacientes con prótesis de plástico vs el 40% de prótesis metálica. La causa de fallecimiento más frecuente fue la sepsis (24%), seguida de la colangitis (4%) y la neoplasia de páncreas (3%).

**Discusión.** La forma de colocación de las prótesis biliares más frecuente (74%) fue la vía trasparietohepática pese a que los stent percutáneos tienen mayor mortalidad por complicaciones y son menos eficaces a la hora de aliviar la ictericia que los colocados endoscópicamente. De hecho, la proporción de complicaciones de las prótesis metálicas vs las de plástico en nuestro centro fue de 15% y 11% respectivamente ( $P > 0,05$ ), aunque aparecieron de forma más precoz en las prótesis de plástico. Ésto está influenciado por la infraestructura de nuestro centro con mayor disponibilidad de los radiólogos intervencionistas que de los endoscopistas. La supervivencia a largo plazo fue mayor para los pacientes a los que se les había colocado una prótesis metálica que los que tenían una prótesis de plástico. Estos resultados son acordes con lo revisado en la bibliografía que encuentran que a largo plazo las prótesis metálicas son mejores por menor posibilidad de obstrucción y supervivencias más largas ( $p = 0,02$ ). Sin embargo, las prótesis metálicas son más coste-efectivas en paciente con supervivencia de más de 4-6 meses, mientras que en supervivencias menores, se recomienda el uso de prótesis de plástico.

**Conclusiones.** En nuestro medio, la colocación de prótesis biliares como intención paliativa se está realizando acorde con las recomendaciones actuales, condicionada por la infraestructura de nuestro hospital. No obstante, sería recomendable seleccionar el tipo de pró-

tesis en función de la supervivencia esperada y la situación funcional de los pacientes para conseguir resultados más eficientes.

#### V-117

##### PRÓTESIS ESOFÁGICAS Y COLÓNICAS EN PATOLOGÍA ONCOLÓGICA: EXPERIENCIA EN UN HOSPITAL DE SEGUNDO NIVEL

A. Mecina<sup>1</sup>, C. Vicente<sup>1</sup>, J. Castro<sup>2</sup>, N. Ventosa<sup>2</sup>, P. Lucena<sup>1</sup>, G. Flox<sup>1</sup>, C. Romero<sup>1</sup> y J. Jusdado<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Medicina Interna, <sup>2</sup>Digestivo. Severo Ochoa. Leganés, Madrid.

**Objetivos.** Queremos revisar la experiencia en la colocación de prótesis esofágicas y colónicas en este tipo de tumores en nuestro hospital.

**Material y métodos.** Analizamos retrospectivamente las prótesis colónicas y esofágicas colocadas a pacientes ingresados en un hospital de 2º nivel con 430 camas que presta atención a más de 400.000 habitantes. El período del estudio fue desde Enero de 1995 a Agosto del 2005. Se realizó estudio descriptivo y de supervivencia. La media se expresa con la desviación estándar (DE) y la mediana con el percentil 25-75 (P25-P75). Una  $p < 0,05$  se consideró como significativa.

**Resultados.** Se colocaron 30 prótesis esofágicas, 86,2% en varones. La edad media era 68,8 (DE 19,52) años. La colocación se realizó en 21 neoplasias esofágicas (72,4%), 7 gástricas (24,1%) y una de pulmón (3,4%). La localización de la obstrucción más frecuente fue la cardial (32,1%) y la manifestación clínica más común fue la disfagia (65,5%). La mayoría de las prótesis se colocaron mediante radiología intervencionista (72,4%), 6,9% endoscópicamente y el resto (10,3%) de forma mixta. El tiempo medio de aparición de la bronconeumonía aspirativa en 16 pacientes fue de 109 (DE 52) días, siendo ésta la complicación más frecuente. En 22 pacientes se pudo conocer el estado al final del estudio habiendo fallecido la totalidad de ellos. El tiempo mediano de supervivencia fue de 84 días (P25-P75: 82-32,04). Se colocaron 28 prótesis colónicas, 17 de ellas en hombres (60,7%). La edad media era 70,91 (DE 12,6) años. Quince pacientes de 24 estaban en estadio IV. La localización de la obstrucción fue en 14 (50%) en sigma, rectosigmoidea en 5 (17,9%), colon descendente en 5 (17,9%), recto baja en 3 (10,7%) y unión sigma con el colon descendente en 1 (3,6%). Veintidós (78,6%) se colocaron con técnica mixta (endoscópica e intervencionista) y 5 (17,9%) de forma intervencionista. La mayoría de las prótesis se colocaron por obstrucción intestinal (71,4%) y una prótesis se colocó de forma preventiva. De 27 prótesis tan sólo se fracasó en la colocación de una, consiguiendo solucionar la clínica del paciente en 22 (78,6%). Tres pacientes (10,7%) precisaron colocar más de una prótesis sobre la previa. Catorce pacientes (53,8%) se operaron posterior a la colocación de la prótesis, retirando la prótesis en 10 pacientes (35,7%). El tiempo mediano de supervivencia tras la colocación de la prótesis fue de 142 días (P25-P75: 396 a 31). La complicación más frecuente fue la obstrucción por heces que se dio en dos pacientes sobre 24. Discusión. El éxito técnico alcanzado en las 30 prótesis esofágicas colocadas fue del 96% pero la mejoría clínica se dio sólo en el 57% de los pacientes, muy bajo con respecto al publicado en las series. Creemos que ésto es debido a un sesgo de selección, dado que el beneficio clínico, sólo se registró en 14 pacientes. La complicación más frecuente fue la bronconeumonía aspirativa (37%) acorde con lo publicado hasta el momento. De 28 prótesis colónicas, casi todas (78%) se colocaron mediante técnica mixta al igual que las esofágicas. La mayoría de las prótesis se pusieron por un episodio de obstrucción intestinal y tan sólo una se colocó de forma preventiva. Revisando la bibliografía, no se ha encontrado relación entre la condición clínica del paciente y el grado de estenosis evidenciada por colonoscopia o enema de bario, así como tampoco entre la indicación clínica y los resultados del procedimiento, por lo que se desaconseja el uso de las prótesis de manera profiláctica. El éxito técnico fue del 96% con un éxito clínico del 78% similar a la descrita en la literatura. El 53% de los pacientes se operaron después de colocar la prótesis, con retirada de la misma en 35% de los pacientes.

**Conclusiones.** En pacientes con cáncer de esófago con una situación funcional aceptable y síntomas de disfagia, la colocación de una prótesis metálica, produce una mejoría clínica en la gran mayoría de los casos. El uso de prótesis colónicas tanto como tratamiento paliativo, como descompresivo al acto quirúrgico es altamente eficaz, no así su colocación de forma profiláctica.

**V-118**  
**CÁNCER COLORECTAL. FACTORES PRONÓSTICOS EN UNA SERIE DE 120 PACIENTES**

**R. Daroca Pérez<sup>1</sup>, J. Mosquera Lozano<sup>1</sup>, A. Pascual Irigoyen<sup>1</sup>, E. Millán Estébanez<sup>1</sup>, L. Hurtado Carrillo<sup>1</sup>, M. Bonilla Hernández<sup>1</sup> y B. Cabrerizo Murillas<sup>2</sup>**

<sup>1</sup>Servicio de Medicina Interna, <sup>2</sup>Servicio de Aparato Digestivo. Hospital San Millán. Logroño, La Rioja.

**Objetivos.** Conocer los factores pronósticos de una serie de pacientes diagnosticados de cáncer colorrectal (CCR) en nuestra Comunidad.

**Material y métodos.** Estudio de tipo cohorte histórica. Se analizaron las historias clínicas de los pacientes diagnosticados de CCR en nuestra Comunidad en el año 2000 y su evolución a los 5 años del diagnóstico, realizando un estudio del significado pronóstico de diversas variables.

**Resultados.** Se estudiaron 120 casos de CCR diagnosticados en el año 2000. El 55% fueron varones, con una edad media de 69 ± 12,5 años. No hubo diferencias estadísticamente significativas en cuanto a la supervivencia según edad o sexo o presencia de anemia (Hb < 10). Si fueron factores pronósticos desfavorables el antígeno carcinoembrionario (CEA) > 7 al diagnóstico, estado funcional (ECOG > 1) y estadio. La supervivencia global a los 5 años fue del 35%, y por estadios: 43,8% en el estadio I, 65,7% en el II, 33,3% en el III y 0% en IV. Se analizó el motivo de consulta al diagnóstico como factor pronóstico (Ver tabla). Los pacientes que se diagnosticaron de CCR por presentar un síndrome constitucional tuvieron una supervivencia significativamente menor; en el caso de la anemia ferropénica y la rectorragia hay una tendencia a mayor supervivencia. Los pacientes diagnosticados por anemia ferropénica tendían a hallarse en estadios más precoces.

**Discusión.** La supervivencia se asoció de forma inversa al estadio. La alta mortalidad en el estadio I se debió a mortalidad postoperatoria y a muertes no relacionadas con el cáncer. También se establecieron como factores pronósticos el valor de CEA y el estado funcional.

**Conclusiones.** El pronóstico en nuestra serie de CCR va ligado al estadio, estado funcional, síndrome constitucional como motivo de diagnóstico y CEA preoperatorio elevado. Los pacientes cuya enfermedad se manifiesta con rectorragia o anemia ferropénica muestran tendencia a un mejor pronóstico. Se sugiere el estudio detallado de todos los pacientes con anemia ferropénica.

Tabla 1. Pronóstico según motivo de consulta.

	n	Supervivencia a 5 años (%)	Supervivencia mediana meses	p
Rectorragia	45	34,4	46,8	ns
Dolor abdominal	20	40	24,6	ns
Anemia ferropénica	19	41,2	50,5	ns
Obstrucción	17	26,6	14,1	ns
Síndrome constitucional	12	9,1	6,8	p = 0,04

**V-119**  
**CONTROL DE GLUCEMIA Y MORTALIDAD EN UN SERVICIO DE MEDICINA INTERNA**

**S. Lourenço, J. Figueira Coelho, C. Loureiro, P. Mendonça y A. Murinello**

Medicina I. Hospital de Curry Cabral. Lisboa, Portugal.

**Objetivos.** La asociación entre la hiperglucemia y el riesgo aumentado de mortalidad y complicaciones en los pacientes internados en unidades de cuidados intensivos se ha descrito extensamente. Sin embargo son escasos los estudios incidentes en otros grupos de pacientes hospitalares, como los internados en unidades de Medicina Interna. El presente trabajo se realizó con el objetivo de estudiar el control de la glucemia en los pacientes diabéticos ingresados en nuestra unidad durante el año de 2005 y estudiar la relación con los índices de mortalidad y morbilidad.

**Material y métodos.** Estudio retrospectivo de los procesos de los pacientes ingresados en el 2005 con el diagnóstico de diabetes mellitus. En cada proceso se analizaron: sexo, edad, duración del ingreso, glucemia inicial, glucemia capilar mínima y máxima diarias, media de glucemias registradas y factores de riesgo cardiovascular asociados. Los procesos se han dividido en grupo de fallecidos y grupo de sobrevivientes. Se han comparado los resultados entre dichos grupos.

**Resultados.** De un total de 472 ingresos 97 han sido de pacientes con diabetes mellitus tipo 2 (20,5%), 60,8% pacientes de sexo masculino y 39,2% femenino. No se registró ningún caso de diabetes del tipo 1. La mortalidad total fue del 18,5% (un total de 18 pacientes), lo que supone una media superior a la verificada en nuestro servicio en el mismo período. El análisis de la terapia anterior al ingreso reveló que 19 (19,5%) estaban medicados con insulina, 8 (8,2%) mantenían la glucemia controlada tan solo con medidas dietéticas, mientras que los demás estaban sometidos a terapia con antidiabéticos orales. Durante el tiempo de permanencia en el hospital 14 (14,4%) recibieron insulina a dosis fijas, 47 (48,4%) antidiabéticos orales y el resto insulina de acción rápida (administrada si glucemia superior a los 200 mg/dL). En la admisión 69% de los pacientes se presentaron con hiperglucemia (definida como valor superior al 130 mg/dL), porcentaje que era del 77,7% (14 pacientes) en el grupo de fallecidos (con glucemia media en la admisión de 226,7 mg/dL) y del 67,1% en el grupo que obtuvo el alta (media de 186,7 mg/dL). Durante el internamiento, la glucemia media fue también significativamente más alta en el grupo de los óbitos, con cifras entre 135,7 mg/dL y 452,1 mg/dL (media 225,7 mg/dL), mientras que en el otro grupo se situó entre los 95,1 mg/dL y 299 mg/dL (media 180,8 mg/dL). En general los pacientes fallecidos tenían edad media superior y con más frecuencia enfermedad vascular, mientras que los sobrevivientes tenían más veces hipertensión arterial y dislipidemia. Conclusiones. Los pacientes fallecidos presentaron, tanto en la admisión como durante todo el tiempo de ingreso, glucemia más elevada, por lo que la hiperglucemia se ha comportado como un factor de mal pronóstico.

Tabla 1. Pronóstico según motivo de consulta.

	Pacientes sobrevivientes	Pacientes fallecidos	Total
Nº pacientes (%)	79 (81,4)	18 (18,6)	97
Edad media (años)	72,8	77,2	73,6
Sexo M/F (%)	64,5/35,5	44,5/55,5	60,8/39,2
Hipertensión arterial(%)	70,8	66,7	70,1
Dislipidemia (%)	24,0	16,7	22,7
Enfermedad vascular (%)	40,5	61,1	44,3
Pacientes con hiperglucemia (%)	67,1	77,7	69
Glucemia en admisión(mg/dL)	186,7	226,7	194,8
Glucemia media (mg/dL)	180,8	225,7	189,3

**V-120**  
**DERRAME PLEURAL EN SEGOVIA DURANTE EL AÑO 2005**

**E. Ferreira Pasos, A. Herrero Domingo, J. Moreno Palomares, R. González González, M. Cepeda González, I. León Gaitán, R. Molina Cano y A. Carrero Grass**

Medicina Interna. General de Segovia, Segovia.

**Objetivos.** El derrame pleural es una manifestación de muchas enfermedades: pleurales, pulmonares o sistémicas. El análisis del líquido pleural, obtenido mediante toracocentesis, es una prueba diagnóstica sencilla y de alto rendimiento. Nos proponemos conocer las características de los derrames pleurales de nuestro medio y sus etiologías.

**Material y métodos.** Análisis descriptivo, retrospectivo, de los derrames pleurales estudiados durante el año 2005 en un Hospital secundario de ámbito provincial. Para ello se recogieron los datos referentes a las muestras analizadas en el laboratorio durante ese período, y se revisaron los informes clínicos de cada proceso médico y las his-

torias clínicas de los pacientes. Los datos de laboratorio que se recogieron, en los casos en que estaban realizados, fueron: glucosa, proteínas, LDH, pH, recuento celular, Gram, cultivo, citología y biopsia pleural. Los criterios empleados para la clasificación entre trasudado y exudado fueron los criterios de Ligh.

**Resultados.** Se incluyeron 123 muestras de líquido pleural, correspondientes a 97 pacientes y 100 episodios distintos. La relación hombre-mujer fue de 1: 1. La media de edad fue de 72,7 años con un rango de 18 a 93. Aplicando los criterios de Ligh 25 fueron trasudados, principalmente debidos a insuficiencia cardíaca, y 72 correspondían a exudados, siendo las causas más frecuentes de estos la infecciosa (metaneumónico/empiema) en 18 casos y la etiología neoplásica en otros 18 casos. El origen tumoral más frecuente fue el pulmonar. El resto de las muestras correspondían a una miscelánea de etiologías menos frecuentes como: complicaciones de procesos abdominales (6), descompensación hidrópica en cirróticos (3), tuberculosis (2), origen traumático (2), pericarditis (2) y en 9 ocasiones no se consiguió llegar al diagnóstico. Se realizó tinción de Gram en 52 muestras, observándose cocos Gram positivos en 2, bacilos Gram negativos en otros 2 y flora mixta en 1; en el resto no se observaron gérmenes. El cultivo fue positivo en 10 de los 12 pacientes con empiema, no existiendo ningún germen predominante. Se realizó citología en 46 casos, siendo positiva para células malignas en 12. Se hizo biopsia pleural en 12 casos, encontrándose evidencia de neoplasia en 2 de ellos, granulomas necrotizantes en 1 caso y no necrotizantes en otro; el resto fueron no diagnósticas. En el transcurso de los episodios estudiados fallecieron 12 pacientes, principalmente por neoplasias. El Servicio de procedencia de las muestras fue básicamente Medicina Interna (69), seguido de UCI (13).

**Discusión.** Debido a la circunstancia de nuestro hospital de ser el único en la provincia y recibir todas las patologías e ingresos, permite reflejar con gran fiabilidad las características y las etiologías causantes de derrame pleural en nuestro medio, siendo el Servicio de Medicina Interna el que mayoritariamente recibe y estudia a estos pacientes. Una dificultad encontrada en el análisis de los datos, fue la falta de algunos datos clínicos o analíticos, fundamentales en varias muestras para su clasificación en exudado o trasudado. En determinadas situaciones el análisis del líquido pleural se hace de urgencia, con fines diagnósticos o terapéuticos, y algunas determinaciones como la LDH en nuestro centro no se pueden realizar de urgencia. Según nuestros resultados los derrames pleurales son fundamentalmente exudados y las etiologías que con mayor frecuencia causan derrame pleural son la insuficiencia cardíaca, las infecciones bacterianas y las neoplasias, todas ellas patologías muy prevalentes en la población general.

**Conclusiones.** La clínica y los datos del líquido pleural, obtenidos por toracocentesis, permiten una aproximación diagnóstica en la mayoría de los casos, y en los demás facilitan la exclusión de ciertas etiologías. Por ello, debería existir en nuestros servicios un protocolo sistematizado de estudio de estas muestras.

#### V-121

#### CARACTERÍSTICAS DE LA ANTIBIOTERAPIA EN EL TRATAMIENTO HOSPITALARIO DE LAS NEUMONÍAS ADQUIRIDAS EN LA COMUNIDAD

**M. García Jerez, A. Pardo Cabello, D. Vinuesa García, C. Fernández Roldán, M. Parejo Sánchez, C. Tomás Jiménez, C. López Robles y F. Miras Parra**

*Medicina Interna. H. Clínico San Cecilio, Granada.*

**Objetivos.** Describir el uso de antibióticos en el tratamiento de las neumonías adquiridas en la comunidad ingresadas en nuestro servicio de Medicina Interna; tanto previo a la hospitalización, como su inicio precoz intrahospitalario, el lugar donde se inicia (Servicio de Urgencias Externas/Sala de Medicina Interna), los fármacos más usados y la duración total del tratamiento antibiótico.

**Material y métodos.** Se revisaron 54 historias de pacientes ingresados con diagnóstico de neumonía en la sala de Medicina Interna de nuestro hospital, en el período comprendido entre Septiembre de 2004 y Agosto de 2005. Se excluyeron los pacientes ingresados en UCI, los pacientes con sospecha de neumonía nosocomial y los inmunodeprimidos.

**Resultados.** El 22% de los pacientes estaban recibiendo tratamiento antibiótico en los días previos al ingreso, predominando el uso de

quinolonas fluoradas de última generación (41,7%), sobre betalactámicos (8,3%) o macrólidos (8,3%). El tratamiento antibiótico intrahospitalario comienza en 79,6% de los casos en las primeras 8 horas, iniciándose predominantemente en Servicio de Urgencias Externas (87%). Tras el ingreso se cambia en la sala de Medicina Interna en un 42% de los casos, predominando el uso de levofloxacino (46,3%) sobre amoxicilina-clavulánico (22%) y cefalosporinas de 3ª generación solas o en asociación (7,5%), prolongándose durante una media de 12 días. En el subgrupo de pacientes que vienen de residencia, predomina el uso de amoxicilina-clavulánico (57,3%) sobre levofloxacino (42,7%).

**Discusión.** El inicio del tratamiento antibiótico no debe demorarse más de 8 horas en un enfermo con neumonía, ya que se ha demostrado que ésto aumenta significativamente la letalidad. Ningún motivo (toma de muestras, hacer exámenes, falta de camas...) justifica postponer el tratamiento antibiótico. De nuestra serie, en un 20% de los pacientes se produce un retraso en el inicio del tratamiento, que podría estar en relación con la demora en la atención y realización de pruebas diagnósticas en el Servicio de Urgencias. En el uso de quinolonas como antibiótico previo al ingreso, destacar la utilización de levofloxacino y moxifloxacino con la misma frecuencia. A nivel hospitalario, destaca el uso de levofloxacino de manera mayoritaria, posiblemente motivado por la disponibilidad de una forma de administración intravenosa, lo cual no siempre está justificado (dada su buena biodisponibilidad por vía oral). En nuestros datos, destaca el uso frecuente de amoxicilina clavulánico en el tratamiento de los pacientes ingresados con neumonía en el servicio de Medicina Interna, probablemente por una mayor sospecha de aspiración dadas las peculiaridades de los pacientes (edad avanzada, importante comorbilidad asociada, institucionalización).

**Conclusiones.** En nuestro estudio, en el 79,6% de los pacientes ingresados con el diagnóstico de neumonía adquirida en la comunidad en la sala de Medicina Interna el comienzo del tratamiento antibiótico se realiza en las primeras 8 horas de estancia hospitalaria. Los antibióticos más utilizados tanto de manera previa al ingreso, como durante éste, son las quinolonas. El 22% del total de los pacientes fueron tratados con amoxicilina-clavulánico en la sala de Medicina Interna. Si consideramos únicamente los pacientes institucionalizados en residencias, el porcentaje se eleva al 57,3%.

#### V-122

#### TUMOR NEUROENDOCRINO: LA EXPERIENCIA DE UN SERVICIO DE MEDICINA INTERNA

**Á. Trueba Vicente, P. Guisado Vasco, A. Ruedas López, E. Fernández Cofrades, B. Monge Mailló y J. Fresneda Moreno**

*Medicina Interna. Hospital Ramón y Cajal, Madrid.*

**Objetivos.** El tumor neuroendocrino es una entidad poco frecuente, que aparece en diversas localizaciones de la cresta neural media. En los últimos años hemos observado un aumento en la incidencia de este tipo de tumores, que han presentado una evolución dispar aunque tendente a la diseminación. Aprovechando los últimos casos, decidimos realizar una revisión de la experiencia acumulada en cuanto a las características del paciente, estadio al diagnóstico, el tratamiento recibido o la evolución.

**Material y métodos.** Empleando las bases de datos informatizadas del hospital se realizó una revisión sistemática de los casos diagnosticados en el servicio de medicina interna y los derivados desde otros departamentos entre 1993 y marzo de 2006. Se identificaron 10 casos con primario en las siguientes localizaciones: pancreas (3), rectal (2), pulmonar (2), ganglionar (1), tiroides (1), y sin primario conocido (1).

**Resultados.** En la muestra obtenida no apreciamos diferencia de incidencia entre ambos sexos, siendo la edad media al diagnóstico de unos 51 años. Excepto en uno de los casos, todos presentaban enfermedad diseminada al diagnóstico, siendo el hígado la localización más frecuente. Únicamente en dos casos se desmotró actividad secretora, aislándose insulina y gastrina, aunque no se objetivo un síndrome cardinoide clásico. Al diagnóstico cinco pacientes recibieron tratamiento quirúrgico y tres de ellos recibieron además quimioterapia adyuvante. En el resto de los casos se empleó quimioterapia como primera línea de tratamiento. Los esquemas utilizados fueron estreptozocina y adriamicina en los casos cuya localización primaria



se encontraba en tiroides, páncreas o recto; y cisplatino más etopósido en los casos con localización pulmonar y con primario desconocido. Otros tratamientos empleados fueron la radioterapia cuando hubo afectación pulmonar y el lanteótrido y metiliodobenzilguanidina (I-MIBG) que se emplearon en tres casos con metástasis óseas y en dos ocasiones como adyuvante al tratamiento quimioterápico. En algunas ocasiones para el tratamiento de la metástasis hepáticas se realizó quimioembolización, hepatectomía o trasplante hepático, consiguiéndose control de su afectación hepática al menos durante 12 meses. Calculamos la supervivencia media en unos 4 años, presentando la mayoría una respuesta parcial al tratamiento. Los pacientes con peor evolución fueron aquellos con afectación pulmonar y edad avanzada.

**Discusión.** El tumor neuroendocrino tiene un curso indolente que en ocasiones no se manifiesta hasta que la enfermedad está muy evolucionada, lo que explica que muchos de los casos se diagnostiquen en nuestro servicio. El diagnóstico de las metástasis es más efectivo con gammagrafía con octeótrido y/o SPECT ya que con las técnicas radiológicas habituales puede pasar desapercibido. En los últimos años hemos observado un aumento de los casos que podría estar en relación con el desarrollo de las técnicas inmunohistoquímicas y una mayor atención en el diagnóstico anatomopatológico, que con un aumento real de la incidencia. No hemos observado una modificación de la evolución natural de la enfermedad con ninguno de los tratamientos. Tal vez la cirugía del tumor primario, la quimioembolización y la hepatectomía de las metástasis obtuviera una mayor tasa de supervivencia, aunque se requieren estudios más amplios para corroborar esta hipótesis. Un caso a destacar fue la realización de un trasplante hepático tras presentar metástasis productoras de insulina, que tras seis años de evolución se encuentra en remisión parcial sin recidiva en el injerto.

**Conclusiones.** A pesar de las diversas líneas de tratamiento, tanto quirúrgicas como de quimioterapia, no se ha conseguido modificar el curso natural de la enfermedad. Por ello se debe continuar investigando nuevas líneas terapéuticas. El lanteótrido y la MIBG podrían ayudar tanto al control del dolor óseo y de los síndromes secretores, como al tratamiento coadyuvante para el control de la masa tumoral y retrasar la aparición de nuevas metástasis.

#### V-123 ESTUDIO DE LOS CASOS DE UVEITIS ATENDIDOS EN UN AÑO EN UNA CONSULTA ESPECIALIZADA

C. García García<sup>1</sup>, N. Navarrete Navarrete<sup>1</sup>, F. Jaén Aguilá<sup>1</sup>, C. Hidalgo Tenorio<sup>1</sup>, J. Sabio Sanchez<sup>1</sup>, M. Toribio<sup>2</sup> y J. Jimenez Alonso<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Medicina Interna, <sup>2</sup>Oftalmología. Virgen de las Nieves, Granada.

**Objetivos.** Analizar las características de los enfermos con uveítis de causa desconocida remitidos desde el Servicio de Oftalmología a una Unidad específica atendida por internistas expertos en Enfermedades Infecciosas y Autoinmunes durante un año.

**Material y métodos.** Se estudiaron 17 pacientes con uveítis de causa desconocida derivados desde la Unidad de Uveítis del Servicio de Oftalmología a nuestra Unidad, entre mayo 2005 y mayo 2006. En todos los pacientes se realizaron historia clínica y examen físico protocolizado, analítica de sangre y orina, complemento (C3 y C4), ANAs, ENAs, HLA B51, HLA B27, poblaciones linfocitarias, proteínograma, inmunoglobulinas, ECA, hormonas tiroideas, serologías de sífilis, hepatitis B y C, VIH, toxoplasma, CMV, VEB, Mantoux y radiografía de tórax.

**Resultados.** El 70,5% eran mujeres y el 29,5% hombres. Edad media: 43,8 años. 3 pacientes (18%) tenían uveítis asociada a enfermedad sistémica, 2 a enfermedad de Behçet; en uno de ellos era unilateral, en el otro bilateral y recurrente en ambos; el otro asociada a una enfermedad indeterminada del tejido conectivo. 2 pacientes tenían HLA-B27 positivo sin evidencia de espondiloartritis. En 4 pacientes (24%) la causa fue infecciosa: viral en 2 (*Varicela zóster*, Hepatitis A), bacteriana en 1 (*Rickettsia conorii*) y fúngica en otro (*Cándida* spp). Los 8 casos restantes (47%) fueron uveítis idiopáticas. Todos los episodios agudos remitieron con tratamiento corticoideo tópico, excepto 1 que requirió corticoides orales. En 11 casos (64%) la afectación fue unilateral y en 6 (46%) bilateral. La recurrencia se produjo en el 60% de las uveítis de causa no infecciosa.

**Discusión.** Aproximadamente un 40% de las uveítis se asocian a otras enfermedades y un 50% son idiopáticas. En nuestra serie, la enfermedad de Behçet fue la enfermedad sistémica más frecuente y las infecciones virales (VVZ y VHA) las más frecuentes de las infecciosas. Nuestro porcentaje de uveítis idiopáticas es similar al descrito en la literatura. Las de causa no infecciosa y anteriores deben tratarse con corticoides locales y ciclopéjicos. Si no hay respuesta, y en las posteriores, el tratamiento se realiza con corticoides sistémicos.

**Conclusiones.** Las causas más frecuentes de uveítis en nuestra serie, tras realizar estudio protocolizado durante un año, fueron la enfermedad de Behçet y las infecciones virales. Casi el 50% de las uveítis fueron idiopáticas. Aunque se trata de un estudio de escasa casuística y seguimiento, las conclusiones son similares a las de otras series de estudios bien diseñados.

#### V-124 UTILIDAD DE LOS MÉTODOS DE COMPOSICIÓN CORPORAL EN LA MEDICIÓN DEL ESTADO NUTRICIONAL

I. García Sánchez<sup>1</sup>, C. Pérez de Oteyza<sup>1</sup>, A. Castuera Gil<sup>2</sup>, E. Calvo de La Torre<sup>1</sup>, O. Marín<sup>1</sup>, C. López<sup>1</sup> y M. Villalba<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Medicina Interna D, <sup>2</sup>Medicina Interna I, <sup>3</sup>Medicina Interna II. Hospital General Universitario Gregorio Marañón, Madrid.

**Objetivos.** Evaluar la utilidad de los distintos métodos de composición corporal en la identificación de la desnutrición-obesidad en pacientes hospitalizados en Medicina Interna.

**Material y métodos.** Estudio prospectivo observacional de 136 pacientes ingresados en un servicio de Medicina Interna. Los pacientes fueron clasificados en cuatro grupos según el valor del IMC: 30 pacientes desnutridos (IMC < 20), 46 con IMC normal (20-25), 30 con sobrepeso (IMC = 25-30) y 30 con obesidad (IMC > 30). Se realizó un estudio del estado nutricional por antropometría (pliegue cutáneo tricipital, circunferencia braquial y perímetro de la cintura), determinaciones de laboratorio (linfocitos) y análisis de los componentes corporales (masa grasa, magro y agua corporal total) por impedancia bioeléctrica. Se calculó el índice meta como la impedancia a 50 kHz entre el IMC. Para el análisis estadístico se utilizó el programa SPSS 11.0, comparando los resultados de la valoración nutricional realizada de los cuatro grupos de pacientes; calculándose mediante el análisis con las curvas ROC la sensibilidad y especificidad de cada una de las variables cuantitativas para detectar desnutrición y obesidad en la población del estudio.

**Resultados.** Los pacientes desnutridos del estudio, presentaron un valor medio del pliegue cutáneo tricipital (PCT) de 10,55mm, circunferencia media braquial (CMB) de 20,79 cm y perímetro de la cintura de 78,86 cm. En cambio, en los pacientes obesos, estas medidas antropométricas fueron superiores (p = 0,001): 29,24 mm de PCT, 30,31 cm de CMB y 111,8 cm de perímetro de la cintura. Si comparamos las determinaciones de laboratorio de nuestros pacientes con los valores de referencia del hospital existió desnutrición por criterios de laboratorio entre el 31,6% (linfocitos < 1300) y el 60% (prealbúmina < 200) de la población del estudio, independientemente del valor del IMC. Los pacientes desnutridos presentaron un 20,54% masa grasa de su peso corporal y un 79,45% de magro (58,34% de agua corporal total). En los pacientes con obesidad, el 40% masa grasa de su peso corporal y el 60% de magro (44,38% de agua corporal total). La frecuencia de desnutrición varió desde un 6% (pliegue tricipital < P50) a un 60% (prealbúmina < 200). De la misma forma, la frecuencia de obesidad osciló entre un 22,8% (IMC < 30) y un 74% (% masa grasa > 20). El índice meta mayor de 30, detectó desnutrición con una sensibilidad del 83% y especificidad del 92%. Si este índice es menor de 20 se detecta obesidad con una sensibilidad del 96% y una especificidad del 80%. Con el análisis de las curvas ROC, al comparar la impedancia (índice meta) con los otros métodos de valoración de la desnutrición realizados en el estudio, el índice meta presentó el área bajo la curva más próximo a 1 (0,93). En cambio, para la obesidad, el perímetro de la cintura presentó un área bajo la curva mayor (0,92); en este caso el área del índice meta fue de 0,90.

**Discusión.** En la valoración nutricional, no existe ninguna técnica de referencia para la medición de la composición corporal. En general, el porcentaje de desnutrición por criterios antropométricos (pliegues y circunferencia corporal) es más bajo que si se utilizan otros parámetros, como los de laboratorio o el IMC. Las medidas antropométricas

tricas suelen sobrestimar la masa libre de grasa y en cambio infraestiman la grasa. La impedancia bioeléctrica facilita la medición sencilla y fiable de los distintos componentes corporales.

**Conclusiones.** La prevalencia de desnutrición-obesidad varía según el método y los criterios considerados. El índice meta es un parámetro muy útil para definir desnutrición-obesidad.

#### V-125

##### AUMENTO DEL CONSUMO DE TRANQUILIZANTES EN PACIENTES PLURIPATOLÓGICOS

**R. Fernández Ojeda, F. Guerrero Igea, N. Lara Sires, P. Retamar Gentil, B. Gutierrez Gutiérrez, A. Montilla Burgos, M. Rico Lucena y M. Aguayo Canela**

Medicina Interna A. Hospital Clínico Universitario Virgen Macarena, Sevilla.

**Objetivos.** Analizar el grado de consumo de tranquilizantes en pacientes pluripatológicos en consultas de medicina interna.

**Material y métodos.** Diseño de casos y controles. Casos: pacientes pluripatológicos (con dos o más categorías diagnósticas, según clasificación adoptada por el SAS). Controles: pacientes no pluripatológicos. En ambos se analizó el consumo de tranquilizantes de manera habitual y otras variables generales (consumo diario de fármacos no tranquilizantes, edad, sexo). Estadística: comparación de porcentajes, regresión logística.

**Resultados.** De un total de 200 pacientes, 44 eran pluripatológicos (22%). Los pacientes pluripatológicos presentaron mayor porcentaje de consumo de tranquilizantes (53,5% vs 19,2%,  $p < 0,01$ ), mayor edad ( $68 \pm 11,2$  vs  $60 \pm 15,4$ ,  $p < 0,01$ ) y mayor consumo diario de fármacos no tranquilizantes ( $5,5 \pm 2,6$  vs  $3,7 \pm 2,2$ ,  $p < 0,01$ ). En el estudio de regresión logística multivariante, el consumo de fármacos tranquilizantes (OR = 5, IC 95% 2,2 - 11,4,  $p < 0,01$ ) y el número total diario de fármacos no tranquilizantes (OR = 1,4, IC 95% 1,1 - 1,6,  $p < 0,01$ ) se asoció al paciente pluripatológico, con independencia de edad y sexo.

**Discusión.** Los datos muestran un incremento del consumo de tranquilizantes en los pacientes pluripatológicos, en probable relación con el efecto sumatorio de estrés provocado por sus enfermedades crónicas. Desconocemos si la polimedición pudiera jugar un papel en el consumo de tranquilizantes.

**Conclusiones.** Los resultados indican que en el paciente pluripatológico existe un aumento del consumo de tranquilizantes. Estos enfermos tienen una carga de estrés aumentada, en probable conexión con sus patologías crónicas. Por ello es importante un mayor control sobre las posibles interacciones medicamentosas con otros fármacos y los efectos secundarios de las benzodiazepinas teniendo en cuenta su pluriopatología.

#### V-126

##### PRESENCIA DE ADN DE MYCOBACTERIUM TUBERCULOSIS EN EL LAVADO BRONCOALVEOLAR DE PACIENTES CON SARCOIDOSIS

**P. Tutor-Ureta, S. Mellor-Pita, M. Citores, R. Castejón, A. Noblejas-Mozo, S. Rosado-García, M. Yebra-Bango y J. Vargas**

Medicina Interna. Hospital Universitario Puerta de Hierro, Madrid.

**Objetivos.** La sarcoidosis es una enfermedad sistémica de etiología desconocida, caracterizada por la formación de granulomas epitelioides no caseificantes en los tejidos y órganos afectados. En su origen se han implicado una variedad de agentes infecciosos (bacterias, virus, micobacterias) y no infecciosos (orgánicos e inorgánicos). De entre esta multiplicidad de posibles causas, por su similitud clínica, radiológica y anatomopatológica, han sido las micobacterias, y especialmente el *Mycobacterium tuberculosis* (MBT), los microorganismos más frecuentemente implicados. Con estos antecedentes, tratamos de identificar la presencia de ADN de MBT en muestras de lavado broncoalveolar (LBA) de pacientes con sarcoidosis.

**Material y métodos.** Se extrajo ADN genómico del precipitado celular procedente del lavado broncoalveolar de 22 pacientes que habi-

an sido diagnosticados de sarcoidosis. Todos ellos eran Mantoux negativo y no habían recibido tratamiento previo a su diagnóstico. Se amplificó el ADN de MBT mediante una Nested-PCR, con el fin de identificar la presencia de la secuencia de inserción IS6110, específica de *Mycobacterium tuberculosis complex*. El producto de la amplificación se sometió a electroforesis en gel de agarosa y tinción con bromuro de etidio. Los pacientes se clasificaron de acuerdo con su presentación clínica (8 síndromes de Löfgren), radiológica (seis en estadio I, 12 en estadio II, 4 en estadio III) y su evolución (doce con una evolución favorable) o necesidad o no de tratamiento.

**Resultados.** Se demostró la presencia de ADN de MBT en 9 de 22 pacientes con sarcoidosis (40,9%). Se observó una mayor frecuencia de síndrome de Löfgren, una presentación preferente en estadios radiológicos I o II, una evolución más favorable y una menor necesidad de tratamiento entre los pacientes que no amplificaban el ADN de MCT, aunque estas diferencias no alcanzaron la significación estadística probablemente debido al pequeño número de pacientes en cada grupo.

**Discusión.** La presencia de ADN de MBT en los pacientes con sarcoidosis podría explicar la similitud clínica y anatomopatológica entre ambas enfermedades. La sarcoidosis puede representar una forma de respuesta de un huésped genéticamente predispuesto, a diversos agentes entre los que el MBT podría ser el más grupo más importante. Nuestros resultados preliminares sugieren que la presencia de ADN de MBT en el lavado broncoalveolar de pacientes con sarcoidosis, podría determinar un grupo diferente de pacientes en cuanto a sus manifestaciones clínicas, radiológicas o evolutivas.

**Conclusiones.** El MBT puede estar en el origen de, al menos, algunos casos de sarcoidosis y podría determinar un grupo de pacientes con una peor evolución de su enfermedad.

#### V-127

##### CÁNCER DE PÁNCREAS EN EL ÁREA DE LEÓN: ESTUDIO EPIDEMIOLÓGICO

**M. Bajo Franco<sup>1</sup>, I. de la Iglesia Fanjul<sup>1</sup>, J. López Caleyá<sup>1</sup>, F. Jorquera<sup>2</sup>, M. Sierra Ausín<sup>2</sup>, M. Vázquez del Campo<sup>1</sup> y R. Riera Hortelano<sup>1</sup>**

<sup>1</sup>Medicina Interna, <sup>2</sup>Digestivo. Hospital de León, León.

**Objetivos.** El cáncer de páncreas es una neoplasia de elevada mortalidad cuya incidencia parece estar aumentando en el mundo desarrollado. El objetivo de este estudio es conocer su incidencia en nuestra área sanitaria, su evolución en el tiempo así como factores asociados a su desarrollo.

**Material y métodos.** Se han analizado los casos de cáncer de páncreas recogidos en el Registro de tumores del Hospital de León entre los años 1994 - 2003, revisando también las historias clínicas de todos los pacientes. el Hospital de León atiende un área sanitaria de 331.000 habitantes.

**Resultados.** Entre 1994 y 2003 se registraron 418 casos de cáncer de páncreas. El 47,6% de los casos fueron mujeres. El análisis se hizo por separado en dos quinquenios. En el quinquenio 1994-1998 se diagnosticaron 196 casos y en el quinquenio 1999-2003 se diagnosticaron 222 lo que supuso un incremento del 13,26%. La incidencia bruta del primer quinquenio fue de 11,82 casos por 100.000 habitantes y año, mientras que en el segundo fue de 13,38 casos por 100.000 habitantes y año, siendo ligeramente superior en varones (13,82 vs 12,96). La incidencia ajustada del segundo quinquenio fue de 5,11 casos por 100.000 habitantes y año (6,8 casos para los varones y de 4,4 casos para las mujeres). Solo el 21% de los casos estaban aparentemente localizados en la estadificación preoperatoria. La edad media al diagnóstico ( $71,8 \pm 11,1$  años) fue significativamente más alta en mujeres ( $75,01 \pm 11,07$  años vs  $68,8 \pm 11,5$  años;  $p < 0,0001$ ). El porcentaje de varones que fumaba (70,5) y que bebían (33,3%) fue significativamente superior al de las mujeres (12,7 y 5,9%)  $p < 0,001$ . No hubo diferencias en el porcentaje de diabéticos (varones 30,4%, mujeres 28,4) ni de litíasis (varones 16,7%, mujeres 22,5%).

**Conclusiones.** 1) El cáncer de páncreas esta aumentando en nuestra área sanitaria afectando por igual a hombres y mujeres. 2) El cáncer de páncreas se manifiesta a una edad más precoz en los varones probablemente influenciado por el consumo de tóxicos como el alcohol y el tabaco que funciona como factores promotores.

**V-128**  
**(REDIMI) REGISTRO ESPAÑOL DE DIABETES MELLITUS**  
**TIPO 2 EN MEDICINA INTERNA**

**P. Casado Escribano<sup>1</sup>, P. Conthe Gutiérrez<sup>1</sup>, M. Serrano Ríos<sup>2</sup>, M. Montero<sup>3</sup>, J. García Alegría<sup>4</sup> y E. Gargallo García<sup>1</sup>**

<sup>1</sup>Medicina Interna. H.G.U.Gregorio Marañón, Madrid, <sup>2</sup>Medicina Interna. Hospital Universitario San Carlos. Madrid, <sup>3</sup>Medicina Interna. Hospital de Córdoba. Córdoba, <sup>4</sup>Medicina Interna. Hospital de Costa del Sol. Marbella, Málaga.

**Objetivos.** La Diabetes Mellitus es una entidad de elevada prevalencia que afecta a un elevado porcentaje de los pacientes asistidos por Medicina Interna, con relevantes implicaciones clínicas y pronósticas. El objetivo del presente registro es el de depurar el conocimiento acerca del perfil de paciente diabético que atiende de forma habitual el médico internista y revelar el grado de adecuación diagnóstico y terapéutico en las consultas de medicina interna sobre esta entidad.

**Material y métodos.** Se realiza un estudio epidemiológico, transversal, no controlado, abierto, sobre un conjunto de pacientes ambulatorios definidos por la presencia de diabetes mellitus tipo-2 (DM-2) que sean atendidos en las consultas de medicina interna (una única visita para recogida de datos, sin seguimiento posterior). La estimación de la muestra es de 1650 pacientes (10 pacientes por cada uno de los 165 médicos colaboradores) con una fecha inicial de reclutamiento en abril del 2006, finalizando dicho reclutamiento en Julio del mismo año. El conjunto de datos recogida para cada paciente incluía una serie de apartados (con diversa información en cada uno de ellos); filiación, seguimiento, conocimiento de la DM-2, estado psicosocial, autocuidado y control, factores de riesgo cardiovascular, presencia de enfermedad vascular establecida, otra comorbilidad, exploración física, pruebas complementarias, tratamiento y datos previos.

**Resultados.** Dada la fecha de finalización para la recogida de datos del REDIMI, no se dispone de datos definitivos para al cierre del plazo para el envío de comunicaciones para XXVII Congreso Nacional de la Sociedad Española de Medicina Interna, si bien para la fecha de dicho congreso ya se habrán obtenido datos preliminares.

**Discusión.** Ante tal problema de salud como supone la DM-2, iniciativas como la tomada por el grupo de trabajo de diabetes de la SEMI con el registro REDIMI suponen elementos de gran utilidad para el mejor conocimiento no sólo de esta entidad, sino del perfil particular al que se enfrenta el internista, e igualmente nos ayudará para conocer como es el manejo actual de esta enfermedad por parte de nuestra especialidad, pudiendo así desvelar posibles deficiencias en este área que pudieran ser subsanadas gracias a las actividades formativas de la SEMI.

**Conclusiones.** Si bien en el momento actual todavía no disponemos de los datos, se espera que el registro REDIMI aporte mucha y valiosa información sobre aspectos tan importantes de la DM-2 como son, el perfil de paciente que atendemos en nuestras consultas y valorar nuestro manejo en esta entidad.

**V-129**  
**INFARTO MIGRAÑOSO**

**J. Cabrerizo García<sup>1</sup>, Á. Cecilio Irazola<sup>1</sup>, S. Santos Lasaosa<sup>1</sup>, B. Sierra Bergua<sup>1</sup>, J. Morales Rull<sup>1</sup>, J. Navarro Calzada<sup>1</sup>, Á. Flamarique Pascual<sup>1</sup> y J. Pérez Calvo<sup>1</sup>**

<sup>1</sup>Medicina Interna, <sup>2</sup>Neurología. HCU Lozano Blesa, Zaragoza.

**Objetivos.** Exponer, mediante una serie de casos clínicos, una complicación poco frecuente pero de graves consecuencias de las crisis de migraña, El Infarto Migrañoso.

**Material y métodos.** Pacientes con diagnóstico de Ictus Migrañoso en el Servicio de Neurología del Hospital Clínico Universitario de Zaragoza en el período comprendido entre los años 2001 y 2005. Se trata de un estudio descriptivo de todos los pacientes que durante este período cumplan los criterios diagnósticos de Ictus migrañoso según la International Headache Society (IHS): \*La crisis actual de un paciente con migraña con aura es idéntico a las crisis previas excepto por la duración de uno o más síntomas del aura que persiste más allá de 60 minutos. \*La neuroimagen demuestra un infarto

isquémico en un área congruente. \*No atribuible a otro trastorno. Se ha descartado en todos los casos otra etiología de ictus en paciente joven.

**Resultados.** Sexo Edad Antecedentes Factores RCV Clínica Neuroimagen \*Caso 1. Mujer. 27. Migraña con aura. Cefalea opresiva, foto-fonofobia, inestabilidad visión borrosa en ojo izquierdo, parestesias y torpeza en extremidad superior izquierda. TC: Laguna hipodensa protuberancial \*Caso 2. Mujer. 23. Migraña con aura. Exfumadora y ACO. Cefalea, náuseas, parestesias y hemiparesia atáxica izquierda, diplopia. RMN: Ictus isquémico tálamo-occipital derecho \*Caso 3. Mujer. 44. Migraña con aura. Fumadora. Cefalea occipital y paresia facio-braquiocrural izquierda. TC: Ictus isquémico cápsulo-lenticular derecho \*Caso 4. Mujer. 39. Migraña con aura. Fumadora y ACO. Hemiparesia izquierda. TC: Ictus isquémico silviano derecho \*Caso 5. Mujer. 45. Migraña con aura. Cefalea hemisférica derecha, hemianopsia homónima izquierda, diplopia binocular, parestesias en hemicuerpo izquierdo. RNM: Ictus isquémico en territorio de ACP \*Caso 6. Mujer. 35. Migraña con aura. Tabaquismo y ACO. Hemiparesia facio-braquiocrural derecha, disartria, miosis derecha, obnubilación. RNM: trombosis de la arteria basilar y ACP izquierda ACO: anticonceptivos orales; RCV: riesgo cardiovascular; ACP: arteria cerebral posterior; TC: tomografía computerizada; RNM: resonancia nuclear magnética.

**Discusión.** El infarto migrañoso presenta una incidencia, en ausencia de otros factores de riesgo vascular, de 1.44 por 100.000 habitantes/año. Las complicaciones más frecuentes son déficits visuales, sensitivos y motores (30-60%). Suele ser una lesión de pequeño-moderado tamaño (< 3 cms de diámetro) La localización vertebrobasilar predomina sobre la carotídea (65% frente a 35%). Su patogenia continúa siendo controvertida, aunque se ha visto que el subgrupo de mujeres menores de 45 años con migraña con aura presentan riesgo más elevado, incrementándose en caso de asociación con la ingesta de anovulatorios y tabaquismo.

**Conclusiones.** No existe una relación causa - efecto entre migraña con aura e infarto migrañoso. Se ha visto una mayor incidencia asociados a factores de riesgo cardiovascular como tabaquismo y contracepción hormonal por lo tanto la mayor prevención gira en torno a un buen control de la migraña y factores asociados. La prevención secundaria aún no ha sido establecida recomendándose la misma del infarto cerebral mediante antiagregación plaquetaria.

**V-130**  
**LA ACTIVIDAD SUMERGIDA EN UN SERVICIO DE MEDICINA INTERNA**

**A. Barnosi Marín<sup>1</sup>, B. Cervantes Bonet<sup>1</sup>, J. Montes Romero<sup>1</sup>, F. Díez García<sup>1</sup>, H. Kessel Sardiñas<sup>2</sup>, F. Gamir Ruiz<sup>1</sup>, V. Martínez<sup>1</sup> y G. Gómiz<sup>1</sup>**

<sup>1</sup>Medicina Interna, <sup>2</sup>Unidad de Geriatria. Hospital Torrecárdenas, Almería.

**Objetivos.** La actividad asistencial reconocida y cuantificada realizada por un internista atiende al cuidado de pacientes con enfermedades sistémicas, infecciosas, pluripatológicas, oncológicas terminales... y participa además en una fuerte carga de trabajo asistencial realizado a través de consultas que responden a las necesidades de otros servicios médicos y quirúrgicos. Esta última actividad se realiza de forma no cuantificada y es infravalorada. El objetivo es cuantificar y definir esta actividad de apoyo a los servicios quirúrgicos centrada fundamentalmente en los servicios de Traumatología, Cirugía Vascular y Neurocirugía, desarrollada en un hospital de segundo nivel. **Material y métodos.** Estudio descriptivo del trabajo realizado a través de hojas de consulta realizadas por servicios médicos y quirúrgicos a la especialidad de Medicina Interna durante los primeros cinco meses del año 2006.

**Resultados.** Se realizaron un total de 548 consultas a Medicina Interna. 382 fueron solicitadas por los servicios quirúrgicos (69,7% del total de consultas realizadas); en el 97% de los casos se realizó el seguimiento del paciente hasta el alta hospitalaria; el número de días de seguimiento total fue de 2801, lo que supuso un seguimiento medio por paciente de 7.3 días; el 10,3% de los enfermos valorados fueron trasladados al servicio de M. Interna. 166 consultas fueron solicitadas por otras especialidades medicas (30,3%); el 65% se resolvió en un acto único, siendo necesario el seguimiento del paciente en el 35% de los casos; el número de días de seguimiento

total fue de 124, con una media de seguimiento por paciente de 5 días; el 20% de los pacientes valorados se trasladaron al servicio de Medicina Interna.

**Conclusiones.** Es necesario continuar avanzando en la definición, cuantificación, y reconocimiento de la tarea asistencial de los Servicios de Medicina Interna y muy específicamente en el trabajo realizado en los servicios quirúrgicos, ya que supone una elevada carga de trabajo que está escasamente registrado en la actividad hospitalaria.

**V-131**

**EMBOLISMOS DE COLESTEROL. ¿UNA ENTIDAD INFRAESTIMADA?**

**M. Bajo Franco, I. de la Iglesia Banjul, J. Lopez Caleja, M. Vazquez del Campo, R. Riera Hortelano,**  
Medicina Interna. Hospital de León, León.

**Objetivos.** Conocer la presentación clínica, sexo, edad, factores de riesgo y evolución de 5 casos de embolismos de colesterol (EC) en el Hospital de León.

**Material y métodos.** Se analizó 5 casos de embolismos de colesterol, tras la revisión de historias clínicas en los últimos 5 años.

**Resultados.** Caso 1: 68 años, varón. AP: HTA, arteriopatía periférica. MI: Síndrome coronario agudo, cateterismo a las 36 h, enfermedad de 2 vasos, 1ª diagonal abundante material trombótico, extracción colocación de stent. A los 7 días, livedo reticularis en extremidades inferiores, abdomen y genitales, empeoramiento de la función renal, eosinofilia. Dg: Biopsia cutánea: cristales de colesterol. Caso 2: 73 años, varón. AP: HTA, ACVA. MI: Broncoaspiración 2ª atragantamiento, parada respiratoria, recuperada. A las 48 h dolor en extremidades inferiores, sospecha de trombosis de aorta terminal, cirugía vascular, fracaso multiorgánico y coagulopatía a las 48h. Dg: Necropsia, severa aterosclerosis complicada y ulcerada, EC en bazo, riñones, páncreas, aorta terminal e ilíacas, la intervención vascular pudo contribuir al desprendimiento de EC. Caso 3: 85 años, mujer. AP: HTA, DMNID, AIT. MI: Hematoma subagudo derecho, previo caída por síncope, craneotomía descompresiva, fallo multiorgánico a los 4 días. Dg: Necropsia: aterosclerosis aórtico y toraco-abdominal severa, con abundantes EC en riñones. Caso 4: 69 años varón. AP: HTA, Dislipemia, vasculopatía periférica severa. MI: programado para Cirugía cardíaca (byppas). A las 24h, insuficiencia renal progresiva y fallecimiento. Dg: Necropsia: EC en ambos riñones. Caso 5: 64 años varón. AP: HTA, Dislipemia, hipertrigliceremia. MI: diverticulitis, a los 10 días dolor fosa renal izquierda aumento de creatinina. Dg: angioTAC y gammagrafía renal infartos renales y esplénicos, ECOtrasesofágico: placas de ateroma en aorta torácica y abdominal, dado sus antecedentes la 1ª posibilidad fue EC 2ª a placas de ateroma en aorta abdominal no se demostró por la mejoría del paciente.

**Discusión.** El EC es una entidad infraestimada, producida por la diseminación de émbolos de colesterol a la circulación arterial desde una placa de ateroma ulcerada. Mayor incidencia en varones, edad avanzada y con más de un factor de riesgo cardiovascular, tras manipulaciones arteriales (angioplastias, cirugía vascular y coronaria, arteriografías, tratamientos anticoagulantes y fibrinolíticos) Requiere alta sospecha diagnóstica, generalmente en necropsias. La localización más frecuente aorta abdominal y el órgano más afectado: el riñón y piel de extremidades inferiores. La manifestación: livedo reticularis y deterioro renal. Laboratorio: eosinofilia. Dg: clínica, biopsia cutánea, cristales de colesterol en retina, orina. Generalmente mal pronóstico. Tratamiento: prevención 1ª, dg precoz, retirar fármacos que agraven el cuadro (anticoagulantes, antiplaquetarios, fibrinolíticos), hidratación, dudosa eficacia: corticoides, estatinas, AINES, pentoxifilina (estabilizantes de la placa de ateroma). Hoy día tras el aumento de técnicas de intervencionismo sobre arterias, es una patología que puede estar en aumento, según la bibliografía revisada la incidencia es de 3/100.000 pacientes ingresados en los hospitales.

**Conclusiones.** Ante la triada: lesiones cutáneas + insuficiencia renal de reciente aparición+ factor precipitante debemos sospechar EC. Más frecuentes en varones de edad avanzada, y tras manipulaciones arteriales o tratamientos fibrinolíticos o anticoagulantes.

**V-132**

**DESCRIPCIÓN DE TRES CASOS DE RABDOMIOLISIS COMO PRIMERA MANIFESTACIÓN DE HIPOTIROIDISMO**  
**L. Hurtado Carrillo, M. Moreno Azofra, R. Daroca Pérez, J. Salcedo Aguilar, J. Peña Somovilla, J. Pinilla Moraza y J. Mosquera Lozano**

Servicio de Medicina Interna. Hospital San Millán. Logroño, La Rioja.

**Objetivos.** La rabdomiolisis es una manifestación rara del hipotiroidismo. El objetivo de este trabajo es describir sus características.

**Material y métodos.** Se describen tres casos de rabdomiolisis como primera manifestación de hipotiroidismo diagnosticados en nuestro Servicio de Medicina Interna entre 2001 y 2006.

**Resultados.** Caso 1: Varón de 58 años intervenido quirúrgicamente hace tres años de carcinoma laríngeo con radioterapia (RT) posterior. En tratamiento hipolipemiente. Presenta en las últimas dos semanas astenia y debilidad generalizada. Los datos analíticos se describen en la tabla 1. Fue diagnosticado de Hipotiroidismo Primario por RT. Caso 2: Mujer de 47 años. Trabaja en la limpieza del hogar realizando esfuerzo físico. Presenta en las 2 últimas semanas varios episodios de dolor y calambres musculares en zona escapular, brazo y hemitórax izquierdo. Los datos analíticos se recogen en la tabla 1. Fue diagnosticada de Hipotiroidismo Autoinmune. Caso 3: Varón de 21 años, realiza deporte intensivo. Presenta cuadro de debilidad generalizada con disminución de la fuerza y agarrotamiento muscular durante la semana anterior al ingreso. Los datos analíticos se recogen en la tabla 1. Fue diagnóstico de Hipotiroidismo Autoinmune. Todos los casos fueron tratados con hormona tiroidea, desapareciendo los síntomas y normalizándose las alteraciones analíticas.

**Discusión.** Los síntomas musculares (mialgias, calambres, debilidad, rigidez, etc.), son manifestaciones frecuentes del hipotiroidismo. La rabdomiolisis sintomática con elevación de enzimas musculares es infrecuente y generalmente se asocia a factores precipitantes: ejercicio intenso, fármacos hipolipemiantes o insuficiencia renal crónica. En los 3 casos que describimos la rabdomiolisis es la primera manifestación del hipotiroidismo, presentando elevación importante de la CK. Cabe destacar que los 3 casos se asociaron a un factor desencadenante, la toma de hipolipemiantes en el primer caso y el ejercicio en los dos restantes.

**Conclusiones.** La rabdomiolisis es una forma infrecuente de presentación del hipotiroidismo. Este debe ser tenido en cuenta en el diagnóstico de los casos de rabdomiolisis o alteraciones de las enzimas musculares de etiología desconocida.

Tabla 1. Características analíticas.

	Caso 1	Caso 2	Caso 3
GCK (24-195 U/L)	2.062	2.347	17.26
LDH (230-460 U/L)	698	804	415
GOT (0-40 U/L)	52	86	70
GPT (0-40 U/L)	34	36	114
T4L (0,27-5 ng/ml)	0,06	0,08	< 0,023
TSH (0,9-1,8 mcg/ml)	149,5	> 200	387
Acs. antitiroideos	Negativos	Positivos	Positivos
Diagnóstico	Hipotiroidismo primario	Hipotiroidismo autoinmune	Hipotiroidismo autoinmune

**V-133**

**LA PRESENCIA DE UN SERVICIO DE MEDICINA INTERNA EN LOS SERVICIOS QUIRÚRGICOS: LA MEDICINA PERIOPERATORIA**

**B. Cervantes Bonet<sup>1</sup>, A. Barnosi Marín<sup>1</sup>, F. Gamir Ruiz<sup>1</sup>, H. Kessel Sardiñas<sup>2</sup>, F. Díez García<sup>1</sup>, J. Montes Romero<sup>1</sup>, G. Gómiz<sup>1</sup> y V. Martínez<sup>1</sup>**

<sup>1</sup>Medicina Interna, <sup>2</sup>Unidad de Geriátria. Hospital Torrecárdenas, Almería.

**Objetivos.** El envejecimiento de la población ha hecho que la tendencia a intervenir a pacientes ancianos y pluripatológicos sea crecien-

te. En este contexto, la colaboración de un internista ayuda a simplificar la atención del paciente en condiciones de elevada complejidad, interviniendo en la identificación de los riesgos que incrementan la morbi-mortalidad perioperatoria, estratificando los riesgos, determinando la necesidad de otras evaluaciones e interviniendo directamente en la disminución del riesgo y en sus complicaciones. El objetivo es describir la actividad asistencial realizada por el servicio de Medicina Interna en los servicios quirúrgicos y su repercusión en términos de mortalidad.

**Material y métodos.** Estudio descriptivo sobre la actividad realizada por un equipo de internistas de un hospital de segundo nivel, dedicado a la atención de pacientes ingresados en servicios quirúrgicos (fundamentalmente Traumatología, Cirugía Vasculosa y Neurocirugía), durante los años 2004 (1 año de actividad en Traumatología, 4 meses en C. Vasculosa), 2005 (1 año de actividad en Traumatología, 4.5 meses en C. Vasculosa y Neurocirugía) y 2006 (5 meses de actividad).

**Resultados.** En Traumatología, del total de pacientes ingresados, fueron valorados 140 pacientes (6,2%) en el año 2004, 344 (16,9%) pacientes en el año 2005 y 189 (22%) pacientes en el año 2006; en C. Vasculosa fueron valorados 152 pacientes (32,7%), 164 (34,2%) y 197 (89,1%) en los años 2004, 2005 y 2006 respectivamente; y en Neurocirugía 16 (1,8%) y 46 (10,8%) en los años 2005 y 2006. El porcentaje de pacientes que han sido atendidos por Medicina Perioperatoria del total de pacientes ingresados en los servicios quirúrgicos referidos ha sido del 10,86%, 15,22% y 25,4% respectivamente. La mortalidad global en Traumatología fue del 0,67% en el año 2004, 0,68% en el año 2005 y 1,1% en el año 2006; en C. Vasculosa fue del 5,82%, 3,34% y 1,36% en los años referidos y en Neurocirugía del 2,25% y 2,36% en los años 2005 y 2006.

**Conclusiones.** La presencia de los internistas dedicados a la atención de pacientes quirúrgicos ha ido aumentando a lo largo de los años. Esto refleja la elevada complejidad de éstos pacientes, y refuerza la necesidad de la participación activa del internista en la atención de enfermos en éstos servicios. Esta actividad ha supuesto un descenso importante de la mortalidad en algunos de los servicios quirúrgicos, especialmente en Cirugía Vasculosa.

#### V-134

##### DOLOR ABDOMINAL AGUDO Y SÍNTOMAS NEUROPSIQUIÁTRICOS: LAS PORFIRIAS AGUDAS EXISTEN

Á. Cecilio Irazola<sup>1</sup>, J. Cabrerizo García<sup>1</sup>, B. Sierra Bergua<sup>1</sup>, M. Sánchez Marteles<sup>1</sup>, Á. Cecilio Irazola<sup>1</sup>, J. Morales Rull<sup>1</sup>, F. Gomollón García<sup>2</sup> y J. Pérez Calvo<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Medicina Interna, <sup>2</sup>Digestivo. HCU Lozano Blesa, Zaragoza.

**Objetivos.** Exponer diversas formas de expresión clínica de la porfiria aguda intermitente como etiología poco frecuente de un síndrome muy prevalente, el dolor abdominal agudo.

**Material y métodos.** Revisión de pacientes con estudio positivo de porfirinas en orina en los últimos diez meses en los Servicios de Medicina Interna y Digestivo de un hospital de tercer nivel del Sistema Aragonés de Salud. Resultaron 3 casos con manifestaciones clínicas diversas aunque con un común denominador, el dolor abdominal agudo.

**Resultados.** Mujer de 39 años, portadora de DIU, colecistectomizada por episodios de dolor abdominal atribuidos a litiasis biliar. Acude a Urgencias en varias ocasiones por epigastralgia, fiebre y clínica depresiva; tras recibir diversos antibióticos es ingresada en Ginecología (sospecha de Enfermedad Inflamatoria Pélvica). Tras mala evolución del cuadro, precisando morfínicos para control analgésico, la aparición de un Síndrome de secreción inadecuada de ADH y la discordancia con pruebas complementarias (Rx, ecografías, tránsito intestinal, TC,...) se reciben porfirinas en orina elevadas. La respuesta a Hematina iv fue favorable. El estudio genético muestra mutación R225x del gen Porfobilinógeno deaminasa, confirmando el diagnóstico de Porfiria Aguda Intermitente. Varón, 38 años, VIH estadio C2 con antigua TBC pulmonar, ingresa por 7 días de dolor abdominal difuso, náuseas, vómitos, inestabilidad y pérdida de fuerza en extremidades inferiores, síndrome confusional y fiebre sin foco. Sufre deterioro respiratorio y pseudoobstrucción intestinal severa que precisa ingreso en UCI; con electroneurograma compatible con polirradiculoneuritis axonal difusa e infección respiratoria por pseudomona y candida. En planta, se añade cuadro de Diabetes Insípida.

Descartados otros cuadros neuroendocrinos y ante la clínica digestiva y neurológica, se estudian porfirinas, siendo compatibles con Porfiria Aguda Intermitente. Al alta, el paciente presenta menor paraparesia, aunque persiste. Mujer de 30 años seguida en hematología por policitemia e hipertransaminasemia de probable origen enólico, es ingresada por cuadro de 7 días de dolor abdominal, síndrome febril, infección de vías respiratorias altas, polineuropatía e hipokaliemia. En TC presenta quiste ovárico cuya biopsia descarta malignidad y las porfirinas en orina (en dos estudios diferentes) son positivas para ALA, porfobilinógeno y urobilinógeno. Así, se diagnostica de Porfiria Aguda Intermitente. Se remiten muestras para estudio genético.

**Discusión.** La Porfiria Aguda Intermitente (PAI) es probablemente la porfiria genética más frecuente (1). Su prevalencia se estima en 1-2 casos por 100.000 habitantes en Europa. Está causada por un déficit de porfobilinógeno deaminasa (PBGD), la segunda enzima citosólica de la biosíntesis del grupo Hem, que se transmite de forma autosómica dominante aunque con baja penetrancia. Destaca por la gran variabilidad de sus síntomas, principalmente neuroendocrinos (2). Como se aprecia en nuestra serie, los más frecuentes son el dolor abdominal (85-95% de las ocasiones), afectación del Sistema Nervioso Periférico y clínica psiquiátrica. Los desencadenantes, a menudo banales, suelen ser infecciones menores o consumo de fármacos. El tratamiento consiste en prevenir reagudizaciones y minimizar los síntomas (3). 1. Kappas A. The porphyrias. En: The Metabolic and Molecular Bases of Inherited Disease. 7ª edición, volumen 2. McGraw-Hill, New York 1995. p. 2103. 2. Solis C. Acute intermittent porphyria: studies of the severe homozygous dominant disease. Arch Neurol 2004;61:1764. 3. Anderson KE. Recommendations for the diagnosis and treatment of the acute porphyrias. Ann Intern Med 2005;142:439.

**Conclusiones.** La presencia de un cuadro agudo abdomino-psiconeurológico debe hacernos sospechar una Porfiria Aguda Intermitente, patología de baja prevalencia problemática por estar infradiagnosticada. Es importante el estudio genético para su confirmación diagnóstica y un posible abordaje terapéutico futuro. Es preciso continuar estudiando su fisiopatología de cara a mejorar la atención en los episodios agudos.

#### V-135

##### EL ICTUS EN MANOS DEL INTERNISTA. RESULTADOS COMPARABLES A LAS UNIDADES DE ICTUS

C. Sanclemente Ansó<sup>1</sup>, A. Pedragosa Vall<sup>1</sup>, E. Rovira Pujol<sup>1</sup>, P. Ferràs Carceller<sup>1</sup>, F. Del Molino Sanz<sup>2</sup> y J. Vilaró Pujals<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Medicina Interna, <sup>2</sup>Urgencias de Medicina. Hospital General de Vic, Barcelona.

**Objetivos.** 1). Valorar la atención al ictus en una sala convencional de Medicina Interna. 2). Comparar los resultados con los datos publicados procedentes de las unidades de ictus atendidas por neurólogos.

**Material y métodos.** Se han evaluado 727 pacientes atendidos con el diagnóstico de enfermedad cerebrovascular aguda de enero de 2002 a diciembre de 2003, se recogen variables como: tipo de ictus, gravedad, complicaciones del episodio, factores de riesgo cardiovascular (FRCV), estancia media, destino al alta, mortalidad en la fase aguda, supervivencia a los 3,6 y 12 meses así como déficits neurológicos residuales. También se registraron diversos indicadores de calidad asistencial de la enfermedad cerebrovascular. Para el análisis estadístico se utilizaron las medidas de centralización y dispersión estándar, se utilizó el análisis de la varianza (ANOVA) y la correlación de Pearson mediante un paquete estadístico SPSS.

**Resultados.** De los 727 pacientes ingresaron en el servicio de Medicina Interna 533 (73,3%). Con una edad media de 73 años. La etiología más frecuente fue la aterotrombótica 62,3% seguida de la hemorrágica 15%, indeterminada 12,7% y cardioembólica un 10%. Se realizó TAC craneal al 100% de los pacientes en las primeras 24 h, también se inició antiagregación en el 100% de los pacientes que estaba indicada en las primeras 24 horas. Se realizó ecodoppler de troncos supraaórticos durante el ingreso al 100% de los pacientes en que la exploración comportaba un beneficio quirúrgico o cambio de tratamiento. El perfil lipídico se realizó al 74% de los pacientes y al alta llevaban tratamiento hipolipemiente el 83,6% de éstos. Se obtuvo un control óptimo de la presión arterial en las primeras 24 horas

en el 83% de los pacientes. Las recomendaciones higiénico-dietéticas fueron escasas: un 35,5% para la abstinencia tabáquica, un 43,3% para la dieta y un 37,5% para el ejercicio físico. El 55,6% de los pacientes quedaron con secuelas al alta y el 100% entraron en algún programa rehabilitador. La mortalidad fue del 12,9%, sufrieron progresión neurológica un 14,6% y un 26% complicaciones no neurológicas siendo la más frecuente la infección respiratoria. Se revisó la supervivencia a los 3,6 y 12 meses que fue del: 85,7%, 83,5% y del 81,2% respectivamente. La estancia media fue de 9,8 días para el ictus establecido y de 5,3 días para el accidente vasculocerebral transitorio habiendo mejorado estas estancias en 1 día en el 2005. Tan solo en 2(0,3%) pacientes se cambió el diagnóstico del alta, en su seguimiento en consultas externas de neurología.

**Conclusiones.** 1) La mortalidad fue inferior a otras series, de la misma forma la supervivencia a los 3,6 y 12 meses fue superior al 80%, este dato es comparable o superior a lo publicado en la literatura. 2) Las exploraciones complementarias básicas se realizaron en el tiempo que recomiendan las guías de neurología y de calidad asistencial. 3) No se realizó registro del horario del inicio de los síntomas, test de la deglución ni escalas neurológicas, parámetros que desde febrero de 2005 ya se recogen en la mayoría de nuestros pacientes. El resto de parámetros de calidad se cumplieron en el 100% de los pacientes. 4) Las secuelas neurológicas al alta permanecieron en el 55,6% de los pacientes pero en todos ellos se evaluó cual era el programa rehabilitador más conveniente. 5) La atención protocolizada en estos pacientes y la visión integradora del internista de los diferentes procesos intercurrentes que puede padecer el paciente con ictus hace que la evolución a corto y largo plazo sea comparable a las unidades de ictus.

#### V-136

##### PREVALENCIA DE NEOPLASIAS EN PACIENTES CON SÍNDROME DE SJÖGREN PRIMARIO

**F. Jarilla Fernández, C. Hidalgo Tenorio, M. Sabio García, M. Zamora Pasadas, V. Manzano Gomero y J. Jiménez Alonso**

Medicina Interna. Hospital Universitario Virgen de las Nieves, Granada.

**Objetivos.** En el SS primario se ha detectado y estudiado un aumento en la incidencia de linfomas con respecto a la población general, 6% según las series. Hasta ahora no se ha analizado la prevalencia conjunta de neoplasias, tanto sólidas como hematológicas, en SS. Nuestro objetivo es evaluar la prevalencia de neoplasias sólidas y hematológicas en los pacientes con SS primario pertenecientes a la cohorte de la Unidad de Enfermedades Autoinmunes Sistémicas (UEAS) del Hospital Universitario Virgen de las Nieves de Granada (HUVNG).

**Material y métodos.** Análisis descriptivo, y retrospectivo, de pacientes con SS primario atendidos en la UEAS del HUVNG desde 1986 hasta mayo de 2006. Para el diagnóstico de SS primario empleamos los Criterios Revisados de la Clasificación Internacional para SS (Vitali C, et al. European Study Group on Classification Criteria for Sjogren's Syndrome. Classification criteria for Sjogren's syndrome: a revised version of the European criteria proposed by the American-European Consensus Group. Ann Rheum Dis. 2002Jun;61:554-8). **Resultados.** Desde 1986 hasta 2006 se han diagnosticado y atendido en la UEAS del HUVNG, 32 pacientes con SS primario cuya edad media al diagnóstico fue de 50,25 años (14-80 años). 93% (30/32) mujeres y 7% (2/32) hombres, con una relación mujer: hombre de 9'3: 0'7. 12'5% (4/32) desarrollaron neoplasias, con edad media de 54,5 años; 3/4(75%) mujeres y 1/4 (25%) hombres. 1/4 (25%) fue diagnosticado 21 años después del inicio de SS, y 3/4 (75%), 4 años antes siendo el intervalo de 1-6 años. El tipo de neoplasia fue: 25% (1/4) linfoma B de células grandes, 25% (1/4) mieloma múltiple tipo IgG, 25% (1/4) carcinoma folicular de tiroides y 25% (1/4) carcinoma de mama.

**Conclusiones.** La prevalencia de neoplasias sólidas y hematológicas en nuestra cohorte de pacientes con SS primario fue del 12'5%; los linfomas constituían el 25% de éstas, siendo su prevalencia del 3'12% (1/32) (cercana a la publicada previamente que es aproximadamente 5,8%), y suele preceder en años al diagnóstico de SS.

#### V-137

##### LA RESPUESTA DE LOS PACIENTES CON ENFERMEDAD DE CROHN AL TRATAMIENTO CON AZATIOPRINA PUEDE ESTAR CONDICIONADA POR EL GEN MDR1

**R. Lana<sup>1</sup>, J. Mendoza<sup>2</sup>, A. Lérída<sup>3</sup>, E. Urcelay<sup>4</sup>, C. Martín<sup>4</sup>, E. de la Concha<sup>4</sup> y M. Díaz-Rubio<sup>2</sup>**

<sup>1</sup>Urgencias, <sup>2</sup>Digestivo, <sup>4</sup>Inmunología. Clínico San Carlos, Madrid, <sup>3</sup>Medicina Interna. Viladecans. Viladecans, Barcelona.

**Objetivos.** Investigar la contribución de dos variantes del gen MDR1 (C3435T y G2677T/A) en la respuesta terapéutica a azatioprina en la enfermedad de Crohn (EC).

**Material y métodos.** Se estudió una cohorte de 327 pacientes con EC seguidos regularmente [media: 10 años, rango: 2-47]. Mediante un estudio caso-control se compararon pacientes respondedores a azatioprina frente a no respondedores, con una duración del tratamiento superior a 1 año. Las determinaciones de los polimorfismos del gen MDR1 se realizaron mediante ensayos Taqman, comparándose mediante el estadístico chi-cuadrado.

**Resultados.** 112 pacientes fueron tratados con azatioprina. Se incluyeron 76 pacientes: 42 (55,3%) fueron respondedores y el resto no respondedores. El genotipo 2677\*TT se presentó en 3 (7,1%) respondedores vs. 6 (17,7%) no respondedores (p = 0,3) y el genotipo 3435\*TT en 2 (4,7%) respondedores vs. 6 (17,6%) no respondedores (p = 0,08).

**Conclusiones.** Los resultados de este estudio muestran una frecuencia más alta del genotipo TT en ambos polimorfismos del gen MDR1 (menor expresión intestinal de la glicoproteína P-170) en pacientes con enfermedad de Crohn que no responden al tratamiento con azatioprina. Son necesarios estudios con mayor potencia para confirmar estos hallazgos.

#### V-138

##### UTILIDAD DE LOS MARCADORES TUMORALES EN EL CÁNCER DE PULMÓN EN UN SERVICIO DE MEDICINA INTERNA

**E. Cabral, J. Suriñach, M. Durán, E. Domingo, C. Alemán, J. Recio, J. Alegre y T. Fernandez de Sevilla**

Medicina Interna. Hospital Vall d'Hebrón, Barcelona.

**Objetivos.** Evaluar la utilidad de los marcadores tumorales en las neoplasias de pulmón diagnosticadas en un Servicio de Medicina Interna y su correlación con el diagnóstico histológico.

**Material y métodos.** Se han estudiado 157 pacientes en un Servicio de Medicina Interna del Hospital Universitario Vall d'Hebrón, con el diagnóstico de neoplasia de pulmón, en todos los casos con confirmación anatómopatológica (citología o histología positiva). Se han clasificado según su histología en carcinoma de célula pequeña (CP) o de célula grande (CG). Se han determinado los siguientes MT (valor normal): Antígeno Carcinoembrionario (CEA) (Cea < 5,5 ng/ml), Ca 125 (Ca125 < 35 U/ml), Antígeno de Células Escamosas (SCC < 1,5 ng/ml). Enolasa (Enolasa < 17 ng/ml), Cyfra 21,1 (Cyfra 21,1 < 3 ng/ml).

**Resultados.** Se han incluido 157 pacientes, 148 hombres y 9 mujeres, con una edad media de 64,2 ± 11,3 años. En 100 pacientes (63,7%) la edad era igual o inferior a 70 años y en 57 casos (36,3%) eran mayores de 70 años (36,3%). De los 157 pacientes, 149 (94,9%) estaban relacionados con el tabaco, 92 de ellos eran fumadores activos y 57 eran ex fumadores. Hubo 8 pacientes no fumadores (5,1%). Según la histología, 127 pacientes (80,9%) presentaron CG y 30 pacientes (19,1%) CP. En 14 casos (8,9%) los MT fueron normales: en 13 de 127 CG (10,23%) y en 1 de 30 con CP (3,3%). El CEA estaba elevado en 68 casos (43,3%), 55 CG (43,3%) y 13 CP (43,3%); el CA125 en 81 casos (51,5%), 65 CG (51,2%) 16 CP (53,3%); el SCC en 46 (29,2%) 38 CG (29,9%) y 8 CP (26,6%); la enolasa en 96 (61,1%) 38 CG (29,9%), 23 CP (77,6%); y el cyfra 21,1 en 112 (71,3%) 93 CG (73,2%) y 19 CP (63,3%). En los casos con valores patológicos los valores medios fueron CEA 125 ± 464, CA125: 435 ± 1692, SCC: 8,8 ± 18, Enolasa: 84 ± 178, Cyfra 21,1: 18 ± 42. En los CG los valores medios fueron CEA 148 ± 514, Ca 125: 173 ± 273, SCC: 10,14 ± 20,2, Enolasa: 38 ± 29,1, Cyfra 21,1: 17 ± 41,7. En la CP CEA 25,9 ± 20,3, CA125: 1550 ± 3668, SCC 2,88 ± 1,72, Enolasa 159,6 ± 275,9, Cyfra 21,1: 22,7 ± 48,1. En la diferenciación entre CP y CG no hubo diferencias estadísticamente significativas (d.e.s.) para CEA, CA125, SCC, Cyfra 21,1 y si hubo d.e.s. para la enolasa (p < 0,048).

**Discusión.** El diagnóstico de la neoplasia de pulmón se basa en la confirmación anatomopatológica y aunque los marcadores tumorales se solicitan de forma rutinaria, se les reserva un papel orientativo. En la literatura se acepta la utilidad en el seguimiento de los pacientes que han sido sometidos a distintos tratamientos pero su papel antes de que se realice el diagnóstico no está aceptado. Según nuestros resultados, la enolasa es el único marcador tumoral que presenta un comportamiento diferencial entre las neoplasias de pulmón de célula grande y célula pequeña.

**Conclusiones.** 1). Los MT en el cáncer de pulmón están alterados en un elevado porcentaje, estando por encima de los valores normales hasta en el 91,1% de los pacientes. 2). De los MT en la neoplasia de pulmón, la enolasa es el único marcador tumoral que diferencia las de célula grande y célula pequeña. 3). La medición rutinaria de los MT en el diagnóstico inicial de la neoplasia de pulmón podría ser reevaluada.

### V-139

#### CARACTERÍSTICAS DE LAS INFECCIONES URINARIAS RESUELTAS EN UNA UNIDAD DE CORTA ESTANCIA

R. Lana<sup>1</sup>, J. Mendoza<sup>2</sup>, A. Lérica<sup>3</sup> y J. Gonzalez-Armengol<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Urgencias, <sup>2</sup>Digestivo. Clínico San Carlos, Madrid, <sup>3</sup>Medicina Interna. Viladecans, Barcelona.

**Objetivos.** Describir las características de las IU que son resueltas en una Unidad de Corta Estancia (UCE) integrada en un Servicio de Urgencias.

**Material y métodos.** Estudio descriptivo retrospectivo en el que se analizaron las características de las IU ingresadas en la UCE del Hospital Clínico San Carlos durante 2 meses consecutivos. Se utilizó la base de datos ACCESS 97 y el paquete estadístico SPSS 9.0.

**Resultados.** El 8,9% de los ingresos en la UCE en 2 meses consecutivos fueron IU (58 casos), con una estancia media de 2,07 días. Todas fueron dadas de alta para seguimiento ambulatorio. La distribución por sexos fue 36 mujeres y 22 hombres, con una edad media de 63 años (19-94). Como enfermedades asociadas predisponentes para padecer IU destacaban diabetes mellitus 14 (24%), urotelioma 6(10%), litiasis renal 4(7%), malformación renal 3 (5%). En todos los casos el sedimento de orina fue patológico. La temperatura media fue 38,3 °C. La cifra de leucocitos media fue 15099 y la creatinina 1.21. En 16 casos se realizó ecografía abdominal siendo anormales 10 (2 uropatía obstructiva, 6 dilatación pielocalicial, 1 engrosamiento del urotelio y 1 zona focal de pielonefritis). A 28 enfermos se les extrajeron hemocultivos de los que 7 fueron positivos (4 *E. Coli* multisensible, 2 *E. Coli* resistente a ciprofloxacino y 1 de ellos también a trimetropin sulfametoxazol (TMS), 1 *Pseudomona Aerruginosa*, 1 *Stafilococo Aureus*). De los 42 urocultivos realizados 5 estaban contaminados y 21 eran positivos (7 *E. Coli* multisensible, 12 *E. Coli* resistente [4 a ciprofloxacino, 3 a amoxicilina, 8 a TMS], 1 *Acinetobacter*, 1 *Streptococo Agalactie*). El tratamiento utilizado fue amoxicilina clavulánico 34, ceftriaxona 12, ciprofloxacino 8 y otros 4. Cumplían criterios de pielonefritis 23 enfermos (40%), en el análisis univariante los pacientes con pielonefritis son más jóvenes ( $p < 0,001$ ), presentan una temperatura corporal más alta ( $p = 0,001$ ) y mayor leucocitosis ( $p = 0,025$ ). En el análisis multivariante son variables independientes para padecer pielonefritis la menor edad ( $p = 0,008$ ) y la temperatura más alta ( $p = 0,046$ ).

**Conclusiones.** Las UCE son un lugar idóneo para la resolución de IU que precisen ingreso. Hasta un 46% de las mismas se asocian a enfermedades predisponentes. El principal germen causante de IU en nuestro medio es el *E. Coli* con altas tasas de resistencia. El antibiótico empírico más usado es amoxicilina clavulánico. Los pacientes con pielonefritis suelen ser más jóvenes y con fiebre más alta.

### V-141

#### “QUIÉN TIENE QUÉ”: TIPIFICACIÓN DE LOS INGRESOS EN EL DEPARTAMENTO DE MEDICINA DE UN HOSPITAL COMARCAL

J. Aligué Capsada, C. Morales Coca, O. El Boutrouki, F. Ramos Soria, A. Ferrer Traid, M. Pinazo Delgado y J. Herms Berenguer y J. Marcos Bruguera

Medicina Interna. Fundación Althaia. Manresa, Barcelona.

**Objetivos.** Describir la tipología de los pacientes ingresados en el Departamento de Medicina de nuestro hospital, condicionada por el envejecimiento de nuestra población.

**Material y métodos.** Estudio transversal en el que se recogieron todos los pacientes ingresados en el Departamento de Medicina entre el 21 de noviembre y el 20 de diciembre de 2005, evaluando la edad, sexo, estancia hospitalaria, lugar de procedencia, motivo de ingreso, grado de dependencia (índice de Barthel), comorbilidad (índice de Charlson) y nivel cognitivo (test de Pfeiffer).

**Resultados.** n = 408 (56,8% varones). Edad media 70,1 (IC 68-72). El 59,7% son mayores de 70 años. El 6,6% son nonagenarios. El 80% provienen de domicilio, el 11% de residencia. Estancia media 9,4 días. El 57% ingresa en Medicina Interna. Motivos de ingreso: enfermedades respiratorias (EPOC, sobreinfección respiratoria y neumonía) 123 (30,1%), insuficiencia cardíaca 36 (8,8%), AVC 34 (8,3%), neoplasias 28 (6,8%), cardiopatía isquémica 22 (5,3%), infección urinaria 15 (3,6%). Barthel medio previo al ingreso 81, al alta 78,5. El 28,7% presentaban dependencia leve (61-99) o moderada (41 - 60) previa al ingreso, el 15% dependencia grave (Barthel < 40), el 5% Barthel de 0. Al alta el 27,8% presentaban dependencia leve o moderada, el 15,9% dependencia grave y el 6,3% Barthel de 0. Índice de comorbilidad de Charlson: media de 2,50. Test de Pfeiffer: media de 2,02 errores. El 9,1% fueron éxitos durante el ingreso.

**Discusión.** Los cambios demográficos en nuestra población han determinado un giro en el concepto de hospitalización. Tenemos que preocuparnos por el “qué” tiene una persona, pero es tan o más importante el “quién” lo padece. El envejecimiento comporta un trabajo asistencial de carácter interdisciplinar desde el primer día, con la ayuda de médicos, enfermeras, trabajo social y fisioterapeutas.

**Conclusiones.** El estudio muestra la alta prevalencia de ingresados de edad avanzada y pluripatológicos, así como el mantenimiento de la funcionalidad, reflejando la importancia de potenciar los equipos sanitarios de profesionales preparados y sensibilizados en este tipo de pacientes.

### V-142

#### RELACIÓN ENTRE LA ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL Y LAS VARIANTES DEL GEN NOS2A

J. Mendoza<sup>1</sup>, R. Lana<sup>1</sup>, A. Lérica<sup>3</sup>, C. Martín<sup>4</sup>, E. Urcelay<sup>4</sup>, E. De la Concha<sup>4</sup> y M. Díaz-Rubio<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Digestivo, <sup>2</sup>Urgencias, <sup>4</sup>Inmunología. Clínico San Carlos. Madrid, <sup>3</sup>Medicina Interna. Viladecans, Barcelona.

**Objetivos.** El óxido nítrico (NO) participa en la patogénesis de la enfermedad inflamatoria intestinal (IBD): pequeñas cantidades son beneficiosas en la curación del endotelio. Pero la gran cantidad de NO producida por la isoforma inducible de la sintasa del óxido nítrico incrementa el estrés oxidativo. Esta isoforma tiene una mayor expresión en el colon de los pacientes. Nuestro propósito fue determinar por vez primera la asociación entre variantes del gen NOS2A y susceptibilidad a IBD.

**Material y métodos.** Caso-control: 316 pacientes de enfermedad de Crohn (CD), 323 colitis ulcerosas (UC) y 473 controles. El microsatélite (CCTTT)<sub>n</sub> localizado en la región promotora influye en la regulación de la transcripción. Se estudió también otra inserción de un tetranucleótido y una mutación silente en el exon 10. De acuerdo con estudios previos, los alelos del pentanucleótido se dividieron en cortos (7-12) y largos (> 12).

**Resultados.** La aparición de repeticiones largas en este microsatélite del promotor mostró una tendencia a incrementar el riesgo a UC ( $p = 0,05$ ; OR = 1,32). El otro microsatélite no se asoció y el genotipo CC del tercer polimorfismo aumentó significativamente la predisposición a CD. Las frecuencias haplotípicas estimadas mediante el algoritmo de expectación-maximización evidenció un haplotipo que confiere susceptibilidad a UC ( $p = 0,004$ ; OR = 2,11). No se encontró asociación de los alelos largos en los individuos que no portan este haplotipo.

**Conclusiones.** Nuestros datos sugieren que la asociación de los alelos largos con UC es secundaria a la conferida por el haplotipo de susceptibilidad. Las variantes del gen NOS2A influyen en la predisposición a IBD.

**V-143**  
**ALTERACIONES NEUROPSICOLÓGICAS EN ENFERMEDADES AUTOINMUNES**

**M. Coin-Mejías<sup>1</sup>, J. Callejas-Rubio<sup>2</sup>, N. Ortego-Centeno<sup>2</sup>, M. Peralta-Ramírez<sup>1</sup> y M. Pérez-García<sup>1</sup>**

<sup>1</sup>Psicología. Universidad. Granada, <sup>2</sup>Medicina interna. Universitario S.Cecilio, Granada.

**Objetivos.** Comparar el funcionamiento cognitivo de 4 grupos de pacientes con enfermedades autoinmunes (LES, SAF, esclerodermia y lupus discoide crónico; estos dos últimos son considerados control, por ser enfermedades autoinmunes, pero sin implicación del Sistema Nervioso) y un grupo de controles sanos.

**Material y métodos.** Sujetos: 69 pacientes (15 LES, 11 SAF, 14 Esclerodermias, 18 LDC y 11 sujetos normales) de la Unidad de Enfermedades Autoinmunes Sistémicas del Hospital Clínico San Cecilio (Granada) sometidos a una evaluación neuropsicológica.

**Resultados.** Se han encontrado diferencias significativas en memoria. Análisis a posteriori con el estadístico de Bonferroni indican que los grupos de pacientes LES y SAF son los que presentan peor ejecución cognitiva (tabla 1).

**Discusión.** Los resultados han mostrado la existencia de deterioro en memoria en pacientes con LES y SAF. El funcionamiento neuropsicológico en LES ha sido objeto de numerosos estudios, hallándose deterioros en diversas áreas entre ellas, la memoria. Aunque las causas de dicho deterioro cognitivo no están delimitadas definitivamente, existe evidencia de relación entre la posesión de anticuerpos antifosfolípidos y deterioro cognitivo.

**Conclusiones.** Se corroboran los resultados de investigaciones anteriores que demuestran la existencia de alteraciones neuropsicológicas en el LES. Además, el hecho de que los pacientes con medias más bajas sean los del grupo SAF apoya la hipótesis de la relación entre deterioro cognitivo y anticuerpos antifosfolípidos.

**V-144**  
**RABDOMIOLISIS Y FRACASO RENAL AGUDO: SERIE DE CASOS**

**G. Pérez-Rial, B. Alonso Castañeda, C. García-Blázquez Pérez y J. García-Sánchez**

Medicina Interna. Hospital Universitario 12 de Octubre. Madrid.

**Objetivos.** Conocer perfil epidemiológico, etiología y evolución de la insuficiencia renal aguda secundaria a rabdomiolisis en los pacientes ingresados en un hospital terciario.

**Material y métodos.** Se obtuvo el registro de los pacientes diagnosticados de rabdomiolisis e insuficiencia renal aguda concomitante ingresados en el hospital 12 de Octubre de Madrid en un período de tres años (2003-2005). Se definió como rabdomiolisis la elevación de CPK (Creatin fosfokinasa) mayor de 450 de origen muscular (CPK-MM). Se recogieron las siguientes variables: sexo, edad, etiología, insuficiencia renal previa establecida, cifra máxima de CPK total, grado de insuficiencia renal, necesidad de hemodiálisis, insuficiencia renal al alta y éxitus en el ingreso.

**Resultados.** Durante los años 2003 al 2005, hubo 30 pacientes diagnosticados de rabdomiolisis y fracaso renal agudo de manera simultánea, con 58,46 años de media y predominio del sexo masculino (86,6%). Cuatro casos presentaban diagnóstico de insuficiencia renal crónica. La etiología más frecuente de la rabdomiolisis fue la lesión muscular directa (23,7%), seguida de infecciones (13,2%),

isquemia aguda (10%), alteraciones metabólicas (10%), tóxicos (6,6%), fármacos (6,6%), idiopática (6,6%), alteraciones de la termorregulación (3,3%) y actividad muscular excesiva (3,3%). Los niveles máximos de CPK tuvieron una media de 19504 UI/l (máximo 208000, mínimo 417). El 59,4% presentaron unos niveles de creatinina sérica mayores de 2 mg/dl y dos casos (6,6%), requirieron hemodiálisis. En la evolución fallecieron 8 pacientes (26,4%) y el 19,8% persistieron con insuficiencia renal al alta (creatinina sérica > 1,5 mg/dl).

**Discusión.** Se observa un claro predominio del sexo masculino en los pacientes estudiados cuya causa no queda aclarada por los datos aportados por el presente estudio. La causa más frecuente de fracaso renal agudo por rabdomiolisis es la lesión muscular directa (traumatismos e inmovilización prolongada), que probablemente sea la determinante del pronóstico. A pesar de la búsqueda exhaustiva en la práctica clínica diaria de rabdomiolisis secundaria al uso de estatinas, no hemos encontrado ningún paciente con fracaso renal agudo secundario a esta causa.

**Conclusiones.** La rabdomiolisis es una causa poco frecuente de fracaso renal agudo. Cuando aparece suele ser derivada de lesiones musculares directas en la mayoría de los casos y asocia una gran mortalidad en los casos en que se dan simultáneamente (mayor mortalidad a mayor grado de insuficiencia renal), sin clara asociación con el grado de rabdomiolisis.

**V-145**  
**LA IMPORTANCIA DEL DIAGNÓSTICO ONCOLÓGICO EN MEDICINA INTERNA**

**A. Antolí, P. Miramontes, J. Aláez, N. Cubino, E. Puerto, M. Sánchez, M. García y A. Sánchez**

Medicina Interna I. Complejo Universitario de Salamanca. Salamanca.

**Objetivos.** Ante la cantidad de diagnósticos oncológicos que se realizan en los servicios de Medicina Interna, nos hemos propuesto realizar un estudio retrospectivo para evaluar realmente la importancia de esta patología en nuestra especialidad.

**Material y métodos.** Estudio retrospectivo de 3418 pacientes ingresados en este servicio de Medicina Interna en el periodo 2002-05. Como variables a estudiar se han seleccionado el sexo, diagnóstico previo, origen del tumor primario, pruebas complementarias realizadas, existencia de metástasis y localización, y la posterior derivación del paciente.

**Resultados.** De los 214 pacs con patología tumoral, 126 eran varones y 88 mujeres. La distribución por edades era la siguiente: < 40<sup>a</sup>, 0,53%; 40-50<sup>a</sup>, 5,34%; 50-60<sup>a</sup>, 5,88%; 60-70<sup>a</sup>, 18,39%; 70-80<sup>a</sup>, 28,66%; > 80<sup>a</sup>, 41,17%. No estaban previamente diagnosticados 179 pacs (84%). La estancia media empleada para ello fue de < 5 días en 16,93%, 5-10 días en 38,8% y > 10 días en 50,26%. La localización de los tumores primarios se detalla en el gráfico 1. El número de pruebas diagnósticas se muestra en el gráfico 2. En cuanto a los marcadores tumorales, 38,7% fueron normales. La presencia de metástasis al diagnóstico fue de 53,97%. La localización de las metástasis se indica en el gráfico 3. El destino de los pacientes fue, en un 16,13%, seguido por las consultas de M. Interna; 7,52% en consulta de AP; 5,37% fueron trasladados a otro hospital; derivados a Cirugía un 16,13%; a Oncología el 25,80%; a la Unidad de Paliativos un 12,90%; y fueron éxitus el 16,67%. Ante la imposibilidad de mostrar los gráficos en la sección "Tablas" por falta de caracteres, los datos son los siguientes: Graf. 1: Localización de tumores

Tabla 1. Medias de los grupos en las variables de memoria y análisis Post Hoc. (V-143).

Variable	Media LES LES	Media SAF SAF	Media esclerodermia	Media LDC	Media controles sanos	F (p < 0,005)	Post hoc
Recuerdo total verbal	38	33,5	45,07	45,4	52,8	6,612 (p = 0)	1 = 2 2 < 4,5
Recuerdo corto plazo verbal	41,6	33	46,5	47	51,2	7,288 (p = 0)	1 = 2 2 < 3,4,5
Recuerdo largo plazo verbal	41,6	34,1	46,8	48,5	52	6,220 (p = 0)	1 = 2 2 < 3,4,5
Recuerdo inmediato visual	40,6	37,5	50	49,2	55,3	5,654 (p = 0,001)	1 = 2 2 < 3,4,5
Recuerdo demorado visual	40	35,1	48,7	49,3	55,8	6,725 (p = 0)	1 = 2 2 < 3,4,5
Reconocimiento visual	40,8	44,6	53	44,3	52,2	5,227 (p = 0,001)	1 = 2 2 < 3,4



primarios TOD 27; Gástrcs 25; Pulms 63; Colon-recto 32; Páncs 15; Próstata 14; Mama 7; Cerebral 7; Otros 23. (En "Otros" se incluyen ovario, hepáticos, mesotelioma, colangioma, vesícula biliar y vesicales). Graf. 2: Pruebas complementarias realizadas TAC 146; RNM 9; Eco 64; Gamma-graf 16; Broncoscop 30; Gastroscop 36; Colonos 28; Anat. Pat 52; Mamograf 4. Graf. 3: Localización de metástasis Hepáticas 21%; Pulmonares 9%; Ganglionares 25%; Carc.Peritoneal 13%; Pleurales 11%; Suprarrenales 6%; Otras 15%. ("Otras" incluye cerebrales, pancreáticas, óseas, vesicales o pélvicas). *Discusión.* Valorado este estudio retrospectivo, es posible afirmar que: a) Los servicios de Medicina Interna se implican en el diagnóstico de una importante variedad de patología tumoral. b) El diagnóstico es rápido, sin disponer, en muchas ocasiones, de guías clínicas definidas. c) La aplicación de los medios diagnósticos comparados es idónea en el servicio de Medicina Interna. d) Un porcentaje importante (53,97%), presentan metástasis al ingreso, y un 29,57% no tiene opción terapéutica curativa (16% éxitus y 12,9% son subsidarios de tratamiento paliativo).

#### V-146

### ETIOLOGÍA DE LAS ALTERACIONES EN LAS PRUEBAS HEPÁTICAS EN EL SERVICIO DE MEDICINA INTERNA-DURANTE 3 AÑOS

**L. Mateos Polo, M. Pérez García, E. Puerto Pérez, J. Martín Oterino, P. Miramontes González y A. Sánchez Rodríguez**

Medicina Interna. Hospital Universitario de Salamanca. Salamanca.

*Objetivos.* Estudio clínico epidemiológico de los pacientes ingresados en el Servicio de Medicina Interna-I, durante 3 años, con alteración de las pruebas de función hepática. Se analiza la edad media, la distribución por sexos, el motivo de consulta, la valoración de las pruebas diagnósticas realizadas, la etiología de las enfermedades, la tasa de reingresos y de éxitus.

*Material y métodos.* El Servicio de Medicina Interna-I cuenta con una dotación física de 49 camas instaladas. Durante estos 3 años se han realizado 3.365 ingresos. Se realizó una búsqueda en nuestra base informatizada de los casos que presentaban al ingreso un aumento de AST y de ALT mayor de 60 y/o mayor de 100 UI de los enzimas de colestasis. De los 170 casos que cumplían nuestros criterios de búsqueda, se desecharon 20 por no tener realizados ecografía abdominal y/o TAC abdominal y/o estudio de autoinmunidad (ANA, ASMA, AMA, LKM, etc) y/o perfil férrico y/o hormonas tiroideas y/o serología completa (virus C, virus B, citomegalovirus, Epstein-Barr, coxiella, toxoplasma, etc) y/o estudio genético de la hemocromatosis. El estadio de la cirrosis se clasificó según Child-Pugh, según la suma de 5 parámetros.

*Resultados.* De los 150 casos que cumplían los requisitos del estudio, el 69,8% fueron varones con una edad media de 68.6 (15-90), siendo ésta en las mujeres de 44.5 años. El motivo de consulta fue de edemas y/o aumento del perímetro abdominal en el 43,9%, seguida de ictericia y dolor abdominal en el 22,7% y de encefalopatía en el 20,6%. La hemorragia digestiva alta fue el motivo de ingreso en el 11,1%, seguida de la fiebre, convulsiones y prurito. Se agruparon los diagnósticos en las siguientes categorías: ENOLISMO (39%) con 27 cirrosis grado C de Child, 10 en grado B, 6 hepatitis aguda alcohólica, y 7 esteatohepatitis. LITIÁSICAS (35%), INFECCIOSAS (15%) con 9 hepatitis crónica por virus C, 8 por virus B, 3 por tuberculosis, 3 (CMV, EVB, y varicela). AUTOINMUNE (7,3%) 6 por vasculitis, 3 por cirrosis biliares primarias, 2 por hepatitis crónica autoinmune tipo I. METABÓLICAS en el 6% (incluyendo la esteatohepatitis no etílica) 5 hemocromatosis y 4 esteatohepatitis. TUMORALES en el 6% (3 hepatocarcinomas y colangiocarcinomas) TÓXICO-MEDICAMENTOSAS (2%) una por setas, y 2 por tratamiento tuberculostático. La ecografía abdominal practicada en todos los casos fue diagnóstica en el 98% de las hepatopatías enólicas en relación a la presencia de hipertensión portal y en el 66,6% de las lesiones sólidas mayores de 3 cm. La gastroscopia durante las primeras 24 horas del ingreso demostró la lesión sangrante en el 77% de los casos. La CPRE se realizó en el 100% de las colestasis asociadas a litiasis. Se realizaron 5 biopsias hepáticas mediante ecografía y/o TAC, en aquellos casos en los que las pruebas serológicas, las de autoinmunidad y la negativa de la ingesta enólica obligaba a descartar

ta esta entidad, especialmente en mujeres. La tasa de reingresos (considerados a aquellos menos de 1mes) fue del 22% en todas las cirrosis estadio C. La tasa de éxitus se situó en el 15%, correspondiendo a los tumorales y los grados avanzados de encefalopatía hepática en sujetos mayores de 80 años.

*Conclusiones.* En nuestra casuística la alteración de las pruebas hepáticas está relacionada con la presencia de algún grado de enolismo crónico y/o agudo en los varones mayores de 65 años. La colestasis litiasica en mujeres mayores de 65 años es la segunda causa, y a distancia se posicionan las enfermedades de etiología infecciosa, fundamentalmente las hepatitis agudas por virus C, todas en portadores del VIH. Sorprende la escasez de hepatitis tóxico-medicamentosas, probablemente por el mejor conocimiento y el control riguroso ambulatorio de los tratamientos hepatotóxicos. Entre las pruebas de imagen realizadas, la ecografía es el método, mejor y más barato para confirmar los datos clínicos de la exploración física. La CPRE, en nuestra serie se constituye como la exploración endoscópica terapéutica más útil en todos los casos de colestasis asociada a litiasis con resolución completa de la misma y en el diagnóstico de las obstrucciones tumorales. La biopsia hepática, realizada en pocos casos, confirmó en el 100% el diagnóstico de presunción.

#### V-147

### EPOC: CAUSAS DE FALLECIMIENTO Y CARACTERÍSTICAS DE LOS FALLECIDOS

**J. Oruesagasti, I. Zamarreño, J. Benavente, E. Ceciaga, A. Maiz, M. Bustinduy, H. Azkune, F. García, E. Zubillaga, E. Sánchez y G. Zubillaga y J. Vivanco**

Medicina Interna. Hospital Donostia. Guipúzcoa.

*Objetivos.* 1. Analizar la causa del fallecimiento en pacientes diagnosticados de EPOC 2. Valorar el deterioro general de cada paciente (escala de Charlson) en el momento de la muerte. 3. Factores de riesgo o características predominantes de los fallecidos (sexo, edad). 4. Estancia media en último ingreso 5. Comparar las características de los fallecidos con los no fallecidos.

*Material y métodos.* Estudio retrospectivo (2004-2005) con datos obtenidos de las bases de datos del Archivo del Hospital Donostia. Revisando historia clínica e informes de ingreso y fallecimiento de 18 pacientes diagnosticados de EPOC tabulamos los parámetros a estudiar en hoja de cálculo excel, analizamos datos y obtenemos los resultados. Comparación de pacientes diagnosticados de EPOC FALLECIDOS (18) con NO FALLECIDOS (253) durante su ingreso (analizados en el estudio de 293 pacientes titulado "EPOC: calidad de tto hospitalario y al alta").

*Resultados.* Causa de fallecimiento prevalente: INSUFICIENCIA RESPIRATORIA debida a AGUDIZACIÓN DE EPOC (16 de 18): distintos motivos, la más prevalente: infección respiratoria. Otras causas: carcinoma pulmonar. Otras causas no pulmonares: insuficiencia cardíaca y shock cardiogénico, necrosis intestinal, sepsis y fracaso multiorgánico. -Sexo: mayoría varones (14 de 18) Edad: mayoría entre 70 y 86 años (1 de 55 y otro de 68). Edad media = 76.11 AÑOS Escala de Charlson: entre 6-12 (1 con 3). Media = 8. - Estancia media en el último ingreso: 11.6 DÍAS

*Discusión.* Causa principal de fallecimiento en EPOC: agudización de su patología de base respiratoria. Causa prevalente: sobreinfección. Otras causas: necrosis intestinal, sepsis y fracaso multiorgánico, insuficiencia cardíaca y shock cardiogénico. Se comparan los resultados con pacientes ingresados en este hospital diagnosticados de EPOC y no fallecidos. Edad media de fallecidos: 76.11; NO FALLECIDOS edad media en el servicio de Medicina Interna: 76.11; Neumología: 70.3 teniendo en cuenta que la mayoría de los fallecidos son de MI podemos decir que no hay diferencias significativas. -Sexo: la mayoría de los pacientes son varones tanto fallecidos como no fallecidos Escala de Charlson: media de los fallecidos 8.16; Comparándola con las medias de MI: 8.25; y Neumología. 5.84 y teniendo en cuenta que la mayoría de los pacientes fallecidos son de Medicina Interna podemos decir que no hay diferencias. Estancia media de los fallecidos: 11.6 comparándola con la estancia media del servicio de MI de este hospital: 8.6 podemos decir que no es mayor.

*Conclusiones.* Causa principal de fallecimiento en EPOC: agudización de su patología de base respiratoria. Causa prevalente: sobreinfección. Otras causas: necrosis intestinal, sepsis y fracaso multiorgánico, insuficiencia cardíaca y shock cardiogénico. -Sexo: varones -

Edad: 76,11 años (no mayores que los no fallecidos) -Escala de Charlson: 8.16 (no mayor que los no fallecidos) -Estancia media durante el último ingreso: 11,6 DÍAS (menor que la media general del servicio de MI).

#### V-148

##### ANÁLISIS DE PREVALENCIA DE PACIENTES ONCOLÓGICOS EN SITUACIÓN DE ENFERMEDAD TERMINAL

**M. Sancho Zamora, R. Muñoz Pérez, M. Martínez García, I. Coca Prieto, M. Martínez Prieto, C. Gallego Luque, E. Martínez Litago y M. Molina Robles**

Medicina Interna. Santa Bárbara. Puertollano, Ciudad Real.

**Objetivos.** Actualmente las estimaciones del nº de pacientes terminales se hacen con los criterios de la Cartera de Servicios del antiguo INSALUD, que lo hacía en 2 por 1.000 habitantes sobre población de Tarjeta Sanitaria. El Área Sanitaria de Puertollano contaba a finales de 2005 con una población de 80.766 personas (datos de Población de Tarjeta Sanitaria a 31-XII-2005), lo que hace estimar en 162 los pacientes terminales al año en dicha Área. Para corroborar estos datos con el objetivo de realizar una propuesta de organización de un recurso asistencial de Cuidados Paliativos en nuestra Área Sanitaria, hemos querido analizar la situación actual de prevalencia en su hospital de referencia, de pacientes con enfermedad en situación de terminalidad susceptibles de cuidados paliativos.

**Material y métodos.** Realizamos un estudio que comprende el primer cuatrimestre del año 2005 y se ha llevado a cabo en dos fases: La primera prospectiva: En ella se han ido revisando cada día, desde el 1 de enero hasta el 30 de abril, las historias clínicas de todos los pacientes adultos que ingresaban en el Servicio de Medicina Interna, registrándose aquellos que, de acuerdo con los criterios de la O.M.S. y de la Sociedad Española de Cuidados Paliativos, debían ser considerados pacientes con enfermedad en situación terminal. De todos estos pacientes, se seleccionaron únicamente aquellos con enfermedades oncológicas, debido a que es en éstas más fácilmente posible pronosticar la supervivencia. No se tomaron en consideración, por tanto, los que presentaban enfermedades como insuficiencia específica orgánica (renal, cardíaca, hepática, pulmonar,...), enfermedades de motoneurona, SIDA o demencias aunque cumplieran con los criterios definitivos arriba mencionados. En una segunda fase, se revisaron los informes de alta de todos los pacientes del Servicio durante ese período. Se seleccionaron aquellos que se habían tomado en consideración en la primera fase y se añadieron aquellos que fueron diagnosticados durante el ingreso de enfermedad oncológica en situación terminal. De todos ellos se tomaron datos referentes a: Edad, sexo, localización primaria del tumor, días de estancia y destino y tipo de alta.

**Resultados.** En el período analizado ingresaron 30 pacientes en situación de enfermedad terminal, 19 hombres (63,4%) con edad media de 70 años, y 11 mujeres (36,6%), con edad media de 78 años que tuvieron una estancia media de 10,1 días (rango: 1-25). Fallecieron 10 de ellos durante el ingreso (33,3%); el resto se remitió a consultas externas (26,7%) o a su MAP (40%). Los tumores más frecuentemente diagnosticados fueron el broncogénico en hombres (26%), y colon y SNC en mujeres (18% cada uno). En ese cuatrimestre, ingresaron otros 9 pacientes con mala situación clínica que, tras el oportuno estudio fueron diagnosticados de enfermedad oncológica en situación terminal; 6 se remitieron a consultas externas o a Atención Primaria para seguimiento y 3 fallecieron en planta. Otros 12 pacientes más fueron diagnosticados de enfermedad oncológica diseminada y remitidos a Consultas de Oncología para valorar Quimioterapia paliativa.

**Discusión.** En el período analizado hubo de media 3,3 pacientes con diagnóstico de "enfermedad oncológica terminal" ingresados cada día, falleciendo en la planta por este motivo una media de 3 pacientes al mes. Extrapolando los datos de este cuatrimestre al conjunto del año tendríamos alrededor de 150 pacientes ingresados con enfermedad oncológica en situación de terminalidad o que podrían beneficiarse de una atención integral como la que propone la Medicina Paliativa.

**Conclusiones.** La estimación de pacientes oncológicos terminales ingresados al año solamente en nuestro Servicio es ya similar a la obtenida con los criterios de la Cartera de Servicios del antiguo INSALUD para toda el Área Sanitaria, que incluye todos los procesos patológicos que pueden llevar a una situación de terminalidad.

Quedaría por analizar la prevalencia de pacientes ingresados en los servicios quirúrgicos del hospital y de aquellos en situación de terminalidad por enfermedades no oncológicas.

#### V-149

##### EXPOSICIÓN AL HUMO DE LEÑA EN EL DOMICILIO: UN FACTOR DE RIESGO EN ESPAÑA PARA LA OBSTRUCCIÓN CRÓNICA DEL FLUJO AÉREO.

**J. Villar García<sup>1</sup>, J. Garcés Jarque<sup>1</sup>, M. Domínguez Álvarez<sup>2</sup>, M. Orriols Caba<sup>1</sup>, R. Güerri Fernández<sup>1</sup>, A. Ramírez Sarmiento<sup>2</sup>, J. García-Aymerich<sup>3</sup> y M. Orozco Levi<sup>2</sup>**

<sup>1</sup>M. Interna, <sup>2</sup>Neumología, <sup>3</sup>IMIM. Hospital del Mar. Barcelona.

**Objetivos.** La cocina de leña y la cocina "económica" han sido utilizadas en años pasados en España. Inclusive, este tipo de cocinas continúa utilizándose en algunas áreas rurales del país, las cuales concentran un 22% (8,8 millones de habitantes) del total de la población española censada. El OBJETIVO de la presente investigación fue evaluar si la exposición al humo de leña también constituye es un factor de riesgo para la aparición de enfermedad respiratoria crónica en la población originaria de España

**Material y métodos.** Se realizó una investigación epidemiológica de tipo casos-contrroles incluyendo los años 2000-2003. La definición de caso fue la de mujer de 50 años o más, que había requerido algún ingreso por agudización de enfermedad pulmonar crónica (limitación crónica del flujo aéreo, bronquitis crónica o enfisema). Se excluyeron aquellas pacientes con diagnóstico de asma bronquial, bronquiectasias, secuelas post-TBC, o pluriopatología respiratoria. La definición de control fue la de mujer, apareada por edad con los casos, a quien en el mismo período de estudio se le practicaron pruebas de funcionalismo respiratorio en nuestro hospital y que mostraran criterios de normalidad funcional. Las pacientes fueron interrogadas con un cuestionario epidemiológico validado (ATS) que investiga la exposición a distintos factores de riesgo respiratorio. Para el análisis del riesgo e interacciones entre diferentes variables se calculó la odds-ratio (OR) tanto cruda como ajustada. La generación del modelo se obtuvo mediante regresión logística múltiple teniendo en cuenta edad, y tabaquismo para ajustar por interacciones y factores de confusión.

**Resultados.** El antecedente de exposición domiciliar al humo de leña tiene una alta prevalencia en mujeres españolas (92% en casos vs. 72% en controles). Sin embargo, la duración de la exposición ha sido mucho mayor en los casos ( $21 \pm 18$  vs.  $12 \pm 11$  años en controles,  $p < 0,01$ ). Esta exposición se asocia a un elevado riesgo (más de 4 veces) de padecer limitación crónica grave del flujo aéreo (OR = 4.35,  $p = 0,007$ ). La edad interactúa con el incremento del riesgo, probablemente al justificar más tiempo de exposición. Sin embargo, el incremento del riesgo asociado al humo de leña se mantiene independiente al ajustar el modelo por variables de tabaquismo activo, tabaquismo pasivo o edad. La función pulmonar de los casos en situación basal se asocia a hipoxemia e hipercapnia, y Dlco relativamente preservada, sugiriendo un patrón de bronquitis crónica más que de enfisema.

**Conclusiones.** En mujeres de nuestro medio, el antecedente de exposición a humo de leña en el domicilio se asocia a un elevado riesgo de limitación crónica y grave del flujo aéreo. El riesgo es independiente del tabaquismo (activo o pasivo). En consecuencia, los autores enfatizamos la importancia de incluir en el algoritmo diagnóstico el probable antecedente de exposición a humo de leña en mujeres de origen español y que presenten patología respiratoria obstructiva crónica.

#### V-150

##### VALORACIÓN DEL MIEDO EN EL ÁMBITO FÍSICO-FUNCIONAL DE LOS PACIENTES INGRESADOS EN MEDICINA INTERNA

**I. Quiles Torregrosa<sup>1</sup>, M. Díaz Cuevas<sup>2</sup>, R. Alafaro Soler<sup>3</sup>, R. Gómez González<sup>1</sup> y J. Merino Sánchez<sup>2</sup>**

<sup>1</sup>Unidad Hospitalización a Domicilio. Hospital General Universitario. Alicante, <sup>2</sup>Servicio Medicina Interna, <sup>3</sup>Servicio de Urgencias. H.G.U. San Juan, Alicante.

**Objetivos.** Valorar los miedos en la esfera físico-funcional en los pacientes ingresados en el Servicio de Medicina Interna, así como

Tabla 1. Miedos. Ambito fisico-funcional. (V-150).

Miedos	%	Sexo Varón (OR) IC; p	Católico-practicante	BZD	Compañero fallecido	Nº fármacos
Dependencia	73.8					
Perder control	57.1		0.04 (0.004-0.3); p = 0,005	0.029 (0.003-0.32); p = 0,004		
Dolor físico	47.6	4.9 (1.3-18.4); p = 0,02				
ES fármacos mentalmente	40.5				3.67 (0.9-13.5); p = 0,05	
ES fármacos físicamente	35.0					0.74 (0.5-1.0); p = 0,05

ciertos factores relacionados (edad, sexo, motivo de ingreso, hasta 34 variables).

**Material y métodos.** Para la valoración del miedo se aplica el protocolo de P. Arranz y cols. modificado, que valora la esfera fisico-funcional en cinco apartados. Estudio descriptivo-observacional realizado en enfermos ingresados en el Servicio de Medicina Interna del Hospital General Universitario de San Juan de Alicante.

**Resultados.** N = 42 pacientes. 54,8% mujeres, edad media global 73.69 ± 14.55 años, casados 38,1%, con hijos 73,8%, 97,6% católicos, 36,6% católico-practicantes. Número de enfermedades por paciente previas al ingreso 2.40 ± 2.09, índice de Barthel (ABVD) 90.95 ± 19.51, índice de comorbilidad de Charlson de 2.17 ± 2.04. Toma fármacos/paciente 4.76 ± 3.39, antecedentes de RAF 11,9%, 60% leve. Se categorizan los motivos de ingreso según la CIE 9M. Presenta dolor físico 31%, EVA 2.02 ± 2.83. Estancia 10.93 ± 6.06 días. Los resultados fueron los expuestos en la tabla 1.

**Discusión.** La enfermedad es una situación de riesgo que genera no sólo cambios físicos o funcionales, sino alteraciones en el equilibrio psicológico y repercusiones sociales; su mejor abordaje es el biopsicosocial, por lo que es conveniente conocer la importancia de los miedos en el enfermo. El miedo a la pérdida de independencia fue el contenido más prevalente (73,8%), sin asociarse a ningún factor de los 34 estudiados. El siguiente fue el miedo a perder el control de la situación actual (57,1%), que se asocia en el análisis bivariante (AB) y multivariante (AM) a ser católico practicante y tomar benzodiacepinas (BZD). El miedo al dolor físico aparece en un 47,6% de los enfermos y es mayor en los varones (AB). Le sigue el miedo a los efectos secundarios (ES) de los fármacos que afecta la esfera cognitiva, lo que se asocia con tener el compañero/a fallecido/a. Fue menor el miedo a los ES de los fármacos en la esfera física, que se asocia en el AB a la edad, cuidador principal, número de ingresos previos y el número de fármacos que toman, único que se mantiene en el AM.

**Conclusiones.** El miedo es una emoción muy prevalente en los enfermos ingresados en Medicina Interna: especialmente el miedo a perder la independencia. Ser católico practicante o tomar BZD protegen frente al miedo a perder el control de la situación. Hay mayor temor a los efectos secundarios por fármacos que afectan funciones cognitivas que físicas, lo que se relaciona con haber fallecido su compañero/a y el menor número de fármacos a tomar, respectivamente.

**V-151**  
**IMPACTO DE LA POBLACION INMIGRANTE CON PATOLOGÍA CARDÍACA EN UN HOSPITAL TERCIARIO**  
**E. Refoyo Salicio<sup>2</sup>, J. Troya García<sup>1</sup>, A. Moreno Rodríguez<sup>1</sup>, A. Blanco Jarava<sup>1</sup>, M. Diaz Sotero<sup>1</sup>, C. Pangua Méndez<sup>3</sup>, V. Cano Llorente<sup>1</sup> y M. Salas Cabañas<sup>1</sup>**

<sup>1</sup>Medicina Interna, <sup>2</sup>Cardiología, <sup>3</sup>Oncología. Virgen de la Salud. Toledo.

**Objetivos.** Conocer el impacto de la patología cardíaca en este grupo poblacional, analizando los países de procedencia, datos epidemiológicos, diagnósticos realizados y "tipología" de las patologías estudiadas. **Material y métodos.** Estudio retrospectivo descriptivo de los pacientes inmigrantes atendidos con afecciones cardíacas o relacionadas en Hospital de Toledo desde 01/01/2003 hasta 01/05/2005 (28 meses).

**Resultados.** Se atendieron un total de 2985 inmigrantes, de los cuales 185 (6,2%), precisaron ingreso hospitalario. De estos últimos, 111 (60%) eran varones. En el 64,8% de los casos (120), la edad fue inferior a 5 años; con un intervalo entre 1 mes y 45 años. Los países de procedencia se ubicaban con claro predominio en América del Sur con 75 casos (40,5%), seguido de Marruecos con 40 casos (22%) y otros países africanos 38 casos (20,5%). Las patologías analizadas fueron: malformaciones congénitas en 149 pacientes (80,5%), cardiopatía isquémica en 14 casos (7,6%), mio-pericarditis en 9 casos (4,9%), patología valvular reumática en 8 casos (4,3%), endocarditis en 3 casos (1,6%), y patología aórtica aguda en 2 casos (1%). El diagnóstico ecocardiográfico se realizó en 161 pacientes (87%).

**Discusión.** En el año 2003 el número de extranjeros residentes en España, según el padrón, era 2.672.596, (6,26% de la población). En Castilla La Mancha, sólo el 3,91% son extranjeros frente a la población autóctona. Las condiciones sociolaborales de los inmigrantes, junto con situaciones de marginación, hacinamiento y pobreza, condicionan la presencia de enfermedades cardíacas importadas o adaptativas. El coste socio-sanitario de esta situación, así como los recursos empleados han supuesto una importante alarma entre las Autoridades Sanitarias.

**Conclusiones.** La Cardiopatía Congénita es el motivo de ingreso más prevalente en este grupo poblacional. La patología valvular e infecciosa cobra especial interés, en estrecha relación con sus características epidemiológicas. Surgen así nuevos retos socio-sanitarios, para resolver un problema cada vez más emergente.

**V-152**  
**INFLUENCIA DE LOS MIEDOS EN EL ÁMBITO DE RELACION DE LOS PACIENTES INGRESADOS EN MEDICINA INTERNA**

**M. Diaz Cuevas<sup>1</sup>, I. Quiles Torregrosa<sup>2</sup>, R. Alfaro 3, J. Alcober Pérez<sup>2</sup> y J. Merino Sánchez<sup>1</sup>**

<sup>1</sup>Servicio Medicina Interna, <sup>2</sup>Servicio de Urgencias. Hospital General Universitario San Juan. Alicante, <sup>3</sup>Unidad de Hospitalización d Domicilio. Hospital General Universitario Alicante. Alicante.

**Objetivos.** Valorar los miedos en la esfera relacional en los pacientes ingresados en el Servicio de Medicina Interna, así como ciertos factores relacionados (edad, sexo, motivo de ingreso, ...hasta 34 variables).

**Material y métodos.** Para la valoración del miedo se aplica el protocolo de P. Arranz y cols. modificado, que valora la esfera relacional en cuatro apartados. Estudio descriptivo-observacional realizado en enfermos ingresados en el Servicio de Medicina Interna del HGUSJ de Alicante.

**Resultados.** N = 42 pacientes. 54,8% mujeres, edad media global 73.69 ± 14.55 años, casados 38,1%, con hijos 73,8%, 97,6% católicos, 36,6% católico-practicantes. Número de enfermedades por paciente previas al ingreso 2,40 ± 2,09, índice de Barthel (ABVD) 90,95 ± 19,51, índice de comorbilidad de Charlson de 2,17 ± 2,04. Toma fármacos/paciente 4,76 ± 3,39, antecedentes de RAF 11,9%, 60% leve. Se categorizan los motivos de ingreso según la CIE 9M. Presenta dolor físico 31%, EVA 2,02 ± 2,83. Estancia 10,93 ± 6,06 días.

Tabla 1. Miedos. Ámbito relacional (V-152).

Miedos	%	Nº hermanos (or[ic] p)	Ingresos previos	Ansiedad	Sexo varón	Católico-practicante
Perder la comunicación	73.8					
Institucionalización	57.1				8.59 (1.33-55.49); p = 0,02	
Imposibilidad de cuidados por la familia	52.4	1.69 (1.1-2.6); p = 0,01	0.60 (0.3-1.0); p = 0,05	16.3 (2.4-110.8); p = 0,004		
Errores sanitarios con uno mismo	40.5					0.20 (0.04-0.89); p = 0,03

**Discusión.** La enfermedad es una situación de riesgo que genera no sólo cambios físicos o funcionales, sino alteraciones en el equilibrio psicológico y repercusiones sociales; su mejor abordaje es el biopsicosocial, por lo que es conveniente conocer la importancia de los miedos en el enfermo. El miedo a la pérdida de comunicación fue el miedo más prevalente (73,8%), sin asociarse a ninguno de los factores estudiados. El siguiente fue el miedo a la institucionalización no deseada (57,1%), que se asocia en el análisis bivariante (AB) con tener hijos, mayor número de hijos, hermanos, hermanos fallecidos, nº de ingresos previos y sexo masculino, único que se mantiene en el análisis multivariable (AM). El miedo a la imposibilidad de ser cuidado por la familia aparece en el 52,4%, relacionándose en el AB con el > nº de hijos, > nº hermanos, < nº ingresos previos y la ansiedad, único que se mantiene en el AM. El menos prevalente (40,5%) fue el miedo a los errores que puedan cometer con uno, lo que se relaciona en el AB con el < nº de ingresos previos y el ser católico practicante, único en el AM.

**Conclusiones.** El miedo en el ámbito de relación es muy prevalente en el enfermo ingresado en Medicina Interna; especialmente el miedo a perder la capacidad de comunicar. Le sigue el miedo a la institucionalización, sobre todo en los hombres. Los pacientes con puntuaciones altas de ansiedad temen más la posibilidad de no ser cuidados por su familia. Los católicos practicantes temen menos los errores que puedan cometer con uno.

### V-153

#### ¿SE HACE INTERVENCIÓN MÍNIMA SOBRE EL TABAQUISMO EN UN SERVICIO DE URGENCIAS HOSPITALARIAS?

J. Luengo Álvarez<sup>1</sup>, M. Martín Martín<sup>1</sup>, F. Ruiz Llanos<sup>1</sup>, G. Fernández Zapata<sup>2</sup>, A. Marcos<sup>3</sup>, J. Riesco Miranda<sup>2</sup>, J. Saponi Cortés<sup>1</sup> y N. Pacheco Gómez<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Medicina Interna, <sup>2</sup>Neumología, <sup>3</sup>Urgencias. San Pedro de Alcántara. Cáceres.

**Objetivos.** Valorar si se hace intervención mínima sobre el tabaquismo en los pacientes que acuden a un servicio de Urgencias hospitalario.

**Material y métodos.** Se realiza estudio retrospectivo mediante revisión aleatoria de los informes de alta correspondientes a los 2 últimos años y se valoran un total de 10 ítems referidos a datos epidemiológicos (edad y sexo), clínicos (motivo de consulta, diagnóstico al alta y necesidad de ingreso) y tabaquismo (antecedentes, situación actual, intensidad de consumo y actitud terapéutica). Los resultados se almacenan en una base de datos dbase y se realiza estudio estadístico mediante programa informático.

**Resultados.** Se evalúan un total de 1.050 informes, que corresponden a 514 varones (49%) y 536 mujeres (51%), con una edad media de 54 años. El antecedente de tabaquismo se recoge en 596 casos (57% del total); en éstos, nos encontramos con 229 fumadores activos (38%), 100 exfumadores (16%) y 267 no fumadores (44%). No se cuantifica la intensidad de consumo en ningún caso. El consejo antitabaco tan sólo es recogido en 2 informes de alta y no encontramos ningún paciente con ninguna indicación terapéutica o derivación específica para el tratamiento del tabaquismo.

**Discusión.** El tabaquismo es la principal causa de mortalidad prevenible conocida. La actitud de un fumador ante el abandono del tabaco puede estar influenciada por su historia natural de salud-enfermedad. El planteamiento de este estudio se debe a que el papel de los servicios de Urgencias y su influencia sobre el cese tabáquico no está bien conocido. En nuestro estudio encontramos que en el servicio de

Urgencias de nuestro hospital no estamos realizando intervención mínima sobre el tabaquismo de forma correcta, ya que hasta un 43% de los pacientes no es interrogado sobre el antecedente de tabaquismo y el consejo antitabaco se realiza de forma aislada.

**Conclusiones.** 1). El 43% de los pacientes que acuden a nuestro servicio de Urgencias no son interrogados sobre el antecedente de tabaquismo. 2). El consejo antitabaco es utilizado de forma aislada. 3). La intervención sobre el tabaquismo en nuestro servicio de Urgencias es escasa y deseablemente mejorable. 4). Entre todos tenemos que intentar mejorar estos resultados.

Tabla 1.

	Nº	Cálculo de intensidad de consumo (paquetes-año)	Consejo antitabaco
Fumadores	229	-	2
Exfumadores	100	-	-
No fumadores	267	-	-
Total	596	-	2

### V-154

#### ¿ES IMPORTANTE EL MIEDO EN EL ÁMBITO EXISTENCIAL EN LOS PACIENTES INGRESADOS EN MEDICINA INTERNA?

I. Quiles Torregrosa<sup>1</sup>, R. Alfaro Soler<sup>2</sup>, M. Díaz Cuevas<sup>3</sup>, P. Llorens Soriano<sup>4</sup> y J. Merino Sánchez<sup>3</sup>

<sup>1</sup>UHD, <sup>2</sup>S.Urgencias. HGUA. Alicante, <sup>3</sup>S.Urgencias, <sup>3</sup>S.Medicina Interna. HGU San Juan. Alicante.

**Objetivos.** Valorar los miedos en la esfera existencial en los pacientes ingresados en el Servicio de Medicina Interna, así como los factores relacionados.

**Material y métodos.** Para la valoración del miedo se aplica el protocolo de P. Arranz y cols. modificado. Estudio descriptivo-observacional realizado en enfermos ingresados en el Serv. de Med. Interna del HGUSJ de Alicante.

**Resultados.** N = 42 pacientes. 54,8% mujeres, edad media global 73.69 ± 14.55 años, casados 38,1%, con hijos 73,8%, 97,6% católicos, 36,6% católico-practicantes. Número de enfermedades por paciente previas al ingreso 2.40 ± 2.09, índice de Barthel3 (ABVD) 90,95 ± 19,51, índice de comorbilidad de Charlson4 de 2,17 ± 2,04. Toma fármacos/paciente 4,76 ± 3,39, antecedentes de RAF 11,9%, 60% leve. Se categorizan los motivos de ingreso según la CIE 9M. Presenta dolor físico 31%, EVA 2,02 ± 2,83. Estancia 10,93 ± 6,06 días.

**Discusión.** La enfermedad es una situación de riesgo; su mejor abordaje es el biopsicosocial, por lo que es conveniente conocer la importancia de los miedos en el enfermo. El miedo es una "perturbación angustiada del ánimo por un riesgo o daño real o imaginario". El miedo al futuro lo sufren el 57,1%, asociándose en el análisis bivariante (AB) con el > nº de hermanos, > nº hermanos fallecidos, tomar BZD, residir en el domicilio y tener > EVA dolor; no así en el análisis multivariable (AM). El miedo a la incurabilidad de la enfermedad por parte de los facultativos se da 57,1% de los enfermos, lo que se relaciona en el AB con el > nº de hermanos y la > estancia; no en el AM. El miedo a la incurabilidad de la enfermedad se da en el

Tabla 1. Miedos. Ámbito existencial (V-154).

Miedos. Ámbito existencial	%	Ansiedad OR (IC): p	EVA dolor	H. fallecidos	Nº hijos
Al futuro	57.1				
A la incurabilidad por los facultativos	57.1				
A la incurabilidad de la enfermedad	54.8				1.34 (1.0-1.8); p = 0,04
A la soledad no deseada	45.2		1.44 (1.0-2.0); p = 0,03	14.2 (1.1-181.8); p = 0,04	
A perder el lugar en la sociedad	35.0				
Ser juzgado	23.8	8.57 (0.9-81.2); p = 0,05			
A la muerte	23.8				

54,8%, asociado sólo con el > nº de hijos en el AB. El miedo a la soledad, 45,2% se asocia en el AB con > edad, > nº de hijos, < grado de conocimiento de la enfermedad, > EVA y tener hijos fallecidos, estos dos últimos también en el AM. El 35% de los enfermos teme perder el lugar en la sociedad, no hay factores asociados. Miedo a ser juzgado (23,8%) se asocia con dos factores de protección: vivir en el domicilio y tomar BZD, y con dos de riesgo: > EVA dolor y la ansiedad (única en el AM). El miedo a la muerte (23,8%) es el menos prevalente junto con el anterior y se asocia en el AB con > edad, > RAF, tener hijos fallecidos.

**Conclusiones.** El miedo existencial relacionado con el ingreso hospitalario es muy alto en Med. Interna. Los más prevalentes son el miedo al futuro y a que la enfermedad sea incurable, especialmente si los médicos se perciben como poco competentes y se tiene mayor número de hijos. Se teme más a la soledad si se tiene dolor y si se ha perdido hijos. La ansiedad aumenta el miedo a ser juzgado. Sorprende que el miedo a la muerte sea el menos prevalente.

### V-155

#### EL DÍA A DÍA DE UN INTERNISTA EN UN HOSPITAL QUIRÚRGICO

**M. Requena Pou, F. Báñez Sánchez, G. Duro Ruiz, S. Bermudo Conde, S. Reyes Pozo, M. Almenara Escribano, M. Manjón Rodríguez y D. Carrillo Ortiz**  
Medicina Interna. Complejo Hospitalario de Jaén. Jaén.

**Objetivos.** Describir el trabajo realizado por un internista consultor en un hospital quirúrgico de tercer nivel.

**Material y métodos.** Para ello analizamos la labor de un internista durante un período de un mes y medio, en un hospital quirúrgico en el que se ubican los Servicios de: Traumatología (50% de las camas), Neurocirugía (12,5% de las camas), Otorrinolaringología (12,5% de las camas), Psiquiatría (25% de las camas) y Cirugía Oral y Maxilofacial (que sólo tiene asignada 4 camas). Dicha labor consiste en atender las interconsultas de los Servicios anteriormente citados. De los pacientes atendidos se recogieron los siguientes datos: edad, sexo, Servicio que realizaba la interconsulta, días que transcurrían desde el ingreso hasta la realización de la interconsulta, y si habían precisado seguimiento o por el contrario se daban de alta en el día.  
**Resultados.** Se atendieron un total de 114 pacientes, de los cuales 57 eran hombres y 57 mujeres. La edad media global era de 65,86 ± 18,59 años, y analizada por sexos de 60,96 ± 17,65 años en los hombres y de 70,77 ± 18,36 años en las mujeres. El Servicio en el que más pacientes se atendieron fue Traumatología, un 66, 6% del total, seguido de Psiquiatría, Neurocirugía y Otorrinolaringología, un 10,5% de los pacientes respectivamente, y por último Cirugía Oral y Maxilofacial un 1,7% de los pacientes atendidos. La media de los días transcurridos desde el ingreso a la realización de la interconsulta fue de 8,58 días con un máximo de 48 días, un mínimo en el día del ingreso y una mediana de 4 días. Sólo un 20% de los problemas médicos que presentaban los pacientes fueron resueltos en el día, el resto precisó seguimiento durante 10 días aproximadamente de media, un máximo de 71 días y una mediana de 6 días.

**Discusión.** Los datos obtenidos reflejan la importancia de la figura de un internista consultor en este tipo de Hospitales, no sólo en la

atención de los problemas médicos puntuales que surgen sino también en el seguimiento de este tipo de pacientes, mayoritariamente ancianos, con patología asociada y debilitados por la agresión que produce el acto quirúrgico. Traumatología es el Servicio que más precisa del seguimiento por Medicina Interna (más del 60% de los pacientes atendidos) entre otras cosas por que es el que más atiende. Muchas veces se tarda demasiado en consultar (8,58 días de media) lo cual nos lleva a pensar, que en determinadas ocasiones y en caso de pluripatología asociada, sería necesaria una valoración previa al acto quirúrgico por parte de Medicina Interna.

**Conclusiones.** Resaltar la importancia del papel realizado por un internista consultor en este tipo de Hospitales. Destacar un seguimiento medio de los pacientes similar al del Servicio de Medicina Interna, sumándosele a la patología médica, la quirúrgica que motivó el ingreso. Y considerar en determinadas ocasiones una valoración por Medicina Interna previa al acto quirúrgico.

### V-156

#### HIPERALDOSTERONISMO PRIMARIO: ENFOQUE DEL DIAGNÓSTICO

**J. Navarro Calzada, J. Morales Rull, B. Sierra Bergua, A. Flamarique Pascual, J. Cabrerizo García, J. Valle Puey, M. Torralba Cabeza y J. Pérez Calvo**  
Medicina Interna. HCU Lozano Blesa. Zaragoza.

**Objetivos.** Tras realizar la revisión de 5 casos de hiperaldosteronismo primario (HALD 1º) en nuestro servicio pretendemos incidir en el esquema diagnóstico más adecuado en el momento actual.

**Material y métodos.** Se revisaron cinco casos de hiperaldosteronismo primario de nuestro servicio recogiendo: edad de diagnóstico de hipertensión arterial (HTA), edad de diagnóstico de HALD 1º, tensión arterial media al ingreso, potasio sérico, cociente aldosterona (ALD)/actividad de renina plasmática (ARP), las pruebas diagnósticas realizadas y el tratamiento con que se controlaron las cifras de tensión arterial.

**Resultados.** Todos los pacientes fueron estudiados por HTA refractaria al tratamiento excepto uno que ingreso por emergencia hipertensiva con hemorragia protuberancial. La hipopotasemia estuvo presente en todas las ocasiones lo que ayudo a la sospecha clínica. En los casos recogidos más antiguos se realizaron pruebas diagnósticas que no aportaron más datos al diagnóstico realizado con el cociente ALD/ARP, la tomografía computerizada (TC) y, en los casos necesarios el test de infusión salina o del captopril. La respuesta al tratamiento con espirolactona en los casos indicados fue satisfactoria con buen control de las cifras tensionales, pero fue necesario retirarlo en un caso por efectos secundarios (impotencia, ginecomastia). Dos de los pacientes precisaron tratamiento coadyuvante y, solo un caso fue tratado con cirugía de las suprarrenales necesitando posteriormente para el control de HTA de nifedipino oral.

**Discusión.** Parece existir una tendencia a la simplificación del diagnóstico de esta entidad que en ocasiones es muy dificultosa. La utilización del cociente ALD/ARP y sus puntos de corte estudiada en series amplias puede ayudar a etiquetar los casos de HALD 1º sin tener que recurrir a pruebas más invasivas. Junto con las técnicas de imagen (TC o resonancia magnética) y con los test de infusión salina,

Tabla 1. Enfoque diagnóstico de HALD (V-156).

Edad diag. HALD 1º	Edad diag. HTA	TA al ingreso	Potasio sérico	Cociente ALD/ARP	TC	Otras pruebas realizadas	Tratamiento
46	40	154/95	2.7	100	Hiperplasia suprarrenal bilateral	Test de inhibición Gammagrafía con I-Colesterol	Espironolactona 150 mg
49	39	181/105	3.0	62	Hiperplasia suprarrenal bilateral	Test de inhibición Gammagrafía con I-Colesterol	Espironolactona 100 mg
55	49	190/110	3.0	203	Nódulo suprarrenal derecho Hiperplasia suprarrenal bilateral	Gammagrafía con I-Colesterol Cateterismo Art. suprarrenales	Suprarrenalectomía dcha. Espiron. 100 mg + Amlodipin + Carvedilol
50	30	170/100	2.93	147			
54	52	170/95	2.6	32	Hiperplasia suprar. izda.	Test del captopril	Espiron. 200 mg + Carvedilol

fludrocortisona o captopril, son las pruebas básicas para el diagnóstico de esta entidad en la actualidad clínica.

**Conclusiones.** Debemos intentar aplicar las evidencias disponibles para el manejo diagnóstico del HALD 1º evitando pruebas invasivas.

**V-157**

**VALORACIÓN DE LA FIBRILACIÓN AURICULAR EN UNA CONSULTA RÁPIDA DE MEDICINA INTERNA**

**E. Ramírez Ortiz, M. Romero Jiménez, E. García González, A. Benavente Fernández, J. Ramos-Clemente Romero, Y. Abu el Wafa Vaca, M. Del Castillo Madrigal y A. Barrios Merino**

Medicina Interna. Infanta Elena. Huelva.

**Objetivos.** Introducción: La fibrilación auricular (FA) es la arritmia más frecuente. Aunque presenta una gran morbimortalidad, cada vez es mejor conocido que la FA es la causa principal de episodios embólicos, su abordaje y tratamiento todavía no son satisfactorios. **Objetivo.** Hasta ahora los casos de FA atendidos en el Servicio de Urgencias derivaban en su mayoría a un ingreso hospitalario, lo que conllevaba unos recursos sanitarios excesivos. Una Consulta Rápida de Medicina Interna (CRMI) se puede considerar una alternativa al ingreso. El objetivo de este estudio es valorar la eficiencia de una CRMI para el diagnóstico y tratamiento de los casos con FA derivados del Servicio de Urgencias, con el fin de maximizar los beneficios, pero minimizando los recursos (humanos, materiales y financieros) en un Hospital Comarcal.

**Material y métodos.** Se realizó un estudio descriptivo retrospectivo de los pacientes derivados del Servicio de Urgencias a una CRMI de nuestro Hospital en el último trimestre del año 2005.

**Resultados.** La población objeto de estudio fueron 12 pacientes con un primer episodio de FA controlado en el Servicio de Urgencias. El 50% de la población eran mujeres, y el 50% restante fueron hombres. La edad media fue de 63 años. En el 100% de los casos se realizó una Ecocardiografía en un tiempo inferior a 5 días. Con cuyo resultado, y junto al análisis de los antecedentes personales y factores de riesgo cardiovascular, se llegó al diagnóstico etiológico y al tratamiento en un tiempo inferior a 7 días.

**Discusión.** En un 70 al 80% de los pacientes la FA se asocia con enfermedad cardíaca orgánica. Esta arritmia se caracteriza por presentarse en pacientes de mayor edad (generalmente mayores de 65 años), con diabetes mellitus, hipertensión arterial, insuficiencia cardíaca y enfermedad valvular (principalmente valvulopatía mitral). Otros marcadores son las miocardiopatías y la obesidad. Desde el punto de vista ecocardiográfico son predictores de FA la dilatación de la aurícula izquierda, la función ventricular disminuida y la hipertrofia ventricular izquierda. Para llegar al diagnóstico etiológico de la FA, instaurar el tratamiento de control de la arritmia, (bien mediante cardioversión, o bien mediante control de la frecuencia cardíaca), y para indicar anticoagulación en los casos necesarios, es preciso conocer los antecedentes personales, los factores de riesgo cardiovascular y los datos que nos aporta la ecocardiografía.

**Conclusiones.** La CRMI ha demostrado ser una alternativa eficiente frente al ingreso hospitalario en aquellos episodios agudos de FA que

son controlados en Urgencias, ya que ofrece una respuesta de diagnóstico y tratamiento similar al que se llega tras el ingreso, pero minimizando los recursos hospitalarios y ofreciendo un mejor servicio al paciente.

**V-158**

**RELACIÓN ENTRE ARTRITIS GOTOSA Y OTROS FACTORES EPIDEMIOLÓGICOS**

**E. Aznar Villacampa<sup>1</sup>, R. Grande Ladrón de Guevara<sup>2</sup>, C. Toyas Miazza<sup>3</sup>, L. Murillo Jaso<sup>2</sup>, F. Ruiz Ruiz<sup>3</sup>, B. Vela Iglesia<sup>4</sup>, T. Rubio Ovanos<sup>3</sup> y F. Escolar Castello<sup>5</sup>**

<sup>1</sup>Reumatología, <sup>2</sup>Oncología, <sup>3</sup>Medicina Interna, <sup>4</sup>Reidente Medicina Familia y Comunitaria, <sup>5</sup>Jefe de Servicio de Medicina Interna. Reina Sofia. Tudela, Navarra.

**Objetivos.** La gota es una enfermedad que presenta una prevalencia de 0,3-0,5%. La manifestación clínica es en forma de episodios inflamatorios habitualmente monoarticulares y recurrentes, que suelen ser intensos y autolimitados. **Objetivo:** valorar la prevalencia existente entre los pacientes que presentan clínica de gota y sus factores epidemiológicos (edad, sexo, hipertensión, hiperuricemia, hipercolesterolemia, diabetes mellitas, actividad física) respecto a la población general.

**Material y métodos.** Estudio retrospectivo y descriptivo de 30 pacientes diagnosticados de gota, en relación con factores socio-epidemiológicos asociados. Se evalúa la existencia de hipertensión (cifras de TA > 140/90), diabetes mellitas (glicemias > 140 mg/dl en ayunas), hipercolesterolemia (> 250 mg/dl), hiperuricemia (varones > 7 mg/dl, mujeres > 6 mg/dl) y actividad física (activa y sedentaria)

**Resultados.** La edad media de los pacientes estudiados resultó ser 54 años, con un claro predominio del sexo masculino (90%). El 93% (28 pacientes) presentaban hiperuricemia, el 40% (12 pacientes) tenían hipercolesterolemia de forma asociada, 5 pacientes (17%) eran hipertensos, 4 pacientes (13%) resultaron ser diabéticos y el 46% (14 pacientes) hacían una actividad laboral que requiera esfuerzo físico.

**Conclusiones.** Comparando la prevalencia de los factores epidemiológicos en nuestra serie respecto a la población general, se observa mayor prevalencia de hipercolesterolemia y diabetes.

**V-159**

**CONSUMO DE MEDICAMENTOS DE 100 PACIENTES INGRESADOS EN EL ÁREA DE OBSERVACIÓN DE URGENCIAS POR ENFERMEDADES MÉDICAS**

**M. Domingo Soriano<sup>1</sup>, C. Miret Mas<sup>1</sup>, S. Ledesma Serrano<sup>1</sup>, A. Marqués Vilallonga<sup>2</sup>, G. De la Red Bellvis<sup>1</sup>, A. Smithson Amat<sup>1</sup> y M. Nolla Salas<sup>1</sup>**

<sup>1</sup>Urgencias. Fundación de l'Esperit Sant. Santa Coloma de Gramenet. Barcelona, <sup>2</sup>Urgencias. Hospital Germans Trias i Pujol. Badalona, Barcelona.

**Objetivos.** Estudiar el perfil de consumo de medicamentos de los pacientes que ingresan en un Área de Observación de Urgencias

(AOU) y la relación con el número de diagnósticos activos y la edad. **Material y métodos.** Estudio prospectivo de revisión de datos de 100 pacientes ingresados por enfermedades médicas en un AOU entre junio-septiembre del 2005 y de febrero-abril del 2006. Se revisan los medicamentos que aportan del domicilio y se actualizan los diagnósticos activos y el tratamiento. Se registra la edad, el sexo y el destino al alta del AOU, las enfermedades activas y se detallan los medicamentos genéricos que se distribuyen por grupos terapéuticos. Finalmente se realiza un análisis estadístico de diagnósticos, edad y medicamentos.

**Resultados.** De los 100 pacientes, 63 son mujeres y 37 hombres, con una edad media de 71,73 años (rango 32-94). 31 pacientes ingresan en la planta de MI y 69 causan alta al domicilio. Tras la revisión de los medicamentos se realizan 388 modificaciones en las historias: Se añaden 116 diagnósticos y se suprimen 8, tras lo cual suman 473: 75 hipertensión arterial, 67 cardiopatías, 37 neumopatías, 36 diabetes mellitus, 28 neuropatías y una miscelánea de 230 diagnósticos. El total de medicamentos, tras añadir 137 que no constaban y retirar 50 ya suspendidos, fue de 724 (promedio de 7,24) y la distribución por grupos terapéuticos es la siguiente: Aparato cardiovascular: 82 pacientes con 203 (28%); Aparato respiratorio: 37 pacientes con 80 (11%); Psicótropos: 43 pacientes con 62 (8,5%); Analgésicos-antiinflamatorios: 38 pacientes con 56 (7,7%); Antiagregantes y anticoagulantes: 49 pacientes con 53 (7,3%); Aparato digestivo: 45 pacientes con 51 (7%), Antidiabéticos: 36 pacientes con 51 (7%), Vitaminas-oligoelementos: 25 pacientes con 35 (4,8%); Hipolipemiantes: 29 pacientes con 29 (4,8%) y finalmente un grupo de miscelánea de 94 medicamentos (13%). El análisis estadístico evidencia la relación entre el número de diagnósticos con la edad y el mayor consumo de medicamentos, incrementándose progresivamente su número desde un promedio de 4 hasta 12,33 al aumentar el de diagnósticos desde 1 a 9.

**Discusión.** La mayoría de pacientes que ingresan por enfermedades médicas son de edad avanzada con pluripatología y polifarmacia. Dado que en ocasiones ni los diagnósticos activos ni la medicación actual de la historia clínica son exactos, se constata que la revisión de los medicamentos que aportan los pacientes del domicilio ayuda a actualizar los y por tanto contribuye a identificar reacciones adversas a medicamentos, a instaurar algunos tratamientos preventivos, a detectar ciertas interacciones medicamentosas, sobredosificaciones, etc. así como a evitar el efecto cascada y los medicamentos de escaso poder terapéutico. Todo esto permite mejorar las prescripciones y recomendaciones al alta.

**Conclusiones.** El estudio del perfil de consumo de medicamentos establece una relación entre el número de diagnósticos activos y la edad. También se comprueba la alta prevalencia de enfermedades y de medicación cardiovasculares. La revisión de los medicamentos que los pacientes aportan de su domicilio mejora la historia clínica y la prescripción al alta, así como la detección de efectos adversos a los medicamentos. Esta práctica con referencia en el informe de alta debe formar parte del método de trabajo no sólo en las áreas de Urgencias sino en el resto de unidades de atención como parte integrante del Programa de Garantía de Calidad.

#### V-160

##### ESTUDIO EPIDEMIOLÓGICO DEL CÁNCER COLORRECTAL EN LA COMARCA DE VERÍN, OURENSE (2003-2005)

A. Chamorro Fernández<sup>1</sup>, E. González Vázquez<sup>1</sup>, C. Almohalla Álvarez<sup>1</sup>, M. Marcos Martín<sup>2</sup>, A. Poza<sup>3</sup>, E. Valeiras<sup>3</sup> y V. Mosquera<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Medicina Interna, <sup>2</sup>Cirugía. Fundación Hospital de Verín. Ourense, <sup>3</sup>Medicina Interna II. Hospital Universitario de Salamanca. Salamanca.

**Objetivos.** El cáncer colorrectal ocupa el segundo lugar en incidencia y mortalidad entre las neoplasias que se padecen en los países occidentales tanto en varones como en mujeres, detrás de los cánceres de pulmón y mama respectivamente. Sin embargo la variabilidad geográfica es evidente en diferentes estudios poblacionales incluso dentro de España. Valorar las diferencias interpoblacionales en lo referente a factores de riesgo, clínica de inicio, tratamiento realizado y mortalidad dentro de una misma área hospitalaria como es la que abarca un Hospital comarcal de 80 camas que atiende una población de aproximadamente 30.000 habitantes.

**Material y métodos.** Estudio retrospectivo de todos los casos de cáncer colorrectal ingresados en nuestro hospital en el período que abarca desde 1 de enero del 2003 al 31 de diciembre del 2005. Se seleccionaron 69 casos de los cuales se recogieron entre otros, la edad, sexo, municipios de origen, factores de riesgo, clínica de inicio, estadio al diagnóstico, tratamiento realizado, tiempo de demora en la intervención quirúrgica y mortalidad. El análisis estadístico se realizó mediante SPSS v 13.0.

**Resultados.** Desde un punto de vista descriptivo, la edad media fue de 70,68 años (rango: 51-85). Un 60,9% fueron varones, el 76,8% de casos fueron diagnosticados en el servicio de Cirugía. La incidencia acumulada anual de la comarca fue durante este período de 75,32 casos/100.000 habitantes, destacando los municipios de Castrelo do Val (213,45 casos/100.000 habitantes) Vilardevós (165,46 casos/100.000 habitantes) y Cualedro (121,21 casos/100.000 habitantes). De los antecedentes personales destaca: 10% pólipos sincrónicos colorrectales, tabaquismo 18,8%, alcoholismo 20,3%. Como síntomas al diagnóstico: síndrome anémico 21,7%, síndrome constitucional: 33,3%, suboclusión intestinal: 17,4%, alteraciones del tránsito 31,9%, dolor abdominal 27,5%, hematoquecia 40,6%. El 20,3% presentaron tacto rectal patológico. El 66,7% fueron diagnosticados por colonoscopia. De los 12 pacientes diagnosticados por ecografía abdominal o TC, el 50% correspondían a estadios D de Dukes. El diagnóstico fue casual en el 8,7% de los casos. El estadio predominante al diagnóstico: B (27,5%) y D(26,1%). El tratamiento recibido por los pacientes fue en un 82,6% cirugía, 37,7% quimioterapia y 18,8% radioterápico. Un 20,3% recibió tratamiento paliativo. El tiempo de espera quirúrgico desde el diagnóstico fue inferior a 15 días en el 49,3% de los casos. La mortalidad global del estudio fue del 55,1%. Desde un punto de vista analítico, lo más destacable es que los pacientes con diagnóstico casual presentan suboclusión intestinal de forma significativa (p = 0,007). Así mismo las alteraciones del tránsito se asociaron con una mayor mortalidad (p = 0,044). En el análisis multivariante, la variable relacionada estadísticamente con la supervivencia de forma independiente fue el estadio al diagnóstico A y B (OR: 7,94-2,33-27. p = 0,001).<sup>3</sup>

**Conclusiones.** La incidencia acumulada anual (75,32 casos/100.000 habitantes) en nuestro estudio es superior a la media nacional (58,12 casos/100.000 habitantes), en algunos ayuntamientos casi cuadruplica dicha media. El tiempo de espera quirúrgico en menos de 15 días desde el diagnóstico fue en torno al 50% de los casos, teniendo en cuenta que algunos casos precisaron radioterapia preoperatoria. Los hallazgos analíticos son similares a otros estudios realizados, sin embargo cabe resaltar que el diagnóstico casual se asoció de forma significativa con la presencia de suboclusión intestinal al inicio del diagnóstico. Los estadios A y B se asociaron de forma independiente con mayor supervivencia.

#### V-161

##### TIROIDITIS SUBBAGUDA COMO CAUSA DE FIEBRE

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

Medicina Interna. Hospital Clínico Universitario. Santiago de Compostela, La Coruña.

**Objetivos.** La tiroiditis subaguda de De Quervain (TDQ) es un cuadro relativamente infrecuente. Hemos revisado los casos de TDQ diagnosticados en nuestra Unidad para conocer sus características.

**Material y métodos.** Se revisaron los diagnósticos en los informes de alta de los pacientes ingresados en la Unidad de Estancia Corta del Servicio de Medicina Interna durante el período comprendido entre abril de 1995 y junio de 2006. Este servicio atiende un área sanitaria de aproximadamente 500.000 personas. Se registraron los casos de TDQ, variables demográficas (edad, sexo, estancia media) y exploraciones complementarias realizadas.

**Resultados.** Durante el período de estudio ingresaron un total de 11.606 pacientes, de los cuales 5 (dos varones y tres mujeres) se diagnosticaron de TDQ (0,04%). Todos los casos se confirmaron mediante punción biopsia tiroidea. La edad media fue de 46 años y la estancia media fue de 10 ± 3 días. Todos los ingresos procedían del Servicio de Urgencias, y en ninguno de los casos la sospecha diagnóstica inicial fue de TDQ. Todos los pacientes referían dolor cervical o en la garganta y tres de ellos habían recibido tratamiento antibiótico previo por sospecha de faringoamigdalitis. Todos los

pacientes habían ingresado para estudio de un síndrome febril "sin foco". A la exploración física todos los pacientes presentaban un tiroides aumentado de tamaño y doloroso a la palpación. Respecto a las pruebas de función tiroidea todos presentaban hipertiroidismo. En tres pacientes se realizó una gammagrafía con Galio67 (demostrando aumento de captación en tiroides) y en otros dos se realizó una gammagrafía tiroidea con Tc99 (demostrando ausencia de captación en tiroides). En tres pacientes se controló el cuadro con AINES, mientras que dos casos precisaron dosis bajas de esteroides. **Discusión.** La tiroiditis subaguda de De Quervain (TDQ) aparece con frecuencia tras un cuadro infeccioso de vías respiratorias altas, acompañada de malestar general y mialgias y se ha relacionado con diferentes virus (Coxsackie, ECHOvirus, adenovirus...). Clínicamente el paciente suele presentar fiebre y dolor en la garganta o irradiado a mandíbula. La exploración física se caracteriza por un tiroides aumentado de tamaño en la mayoría de los casos y doloroso a la palpación. Analíticamente suele existir leucocitosis y elevación de la VSG. Respecto a las pruebas de función tiroidea, clásicamente la TDQ evoluciona en tres fases. En una fase inicial que puede durar entre 2 y 6 semanas, los pacientes presentan un cuadro de hipertiroidismo, resultado de la infiltración de la glándula por células gigantes multinucleadas con formación de granulomas. En esta fase la gammagrafía tiroidea muestra típicamente una ausencia de captación. A la inversa, una gammagrafía con Ga67 revela un aumento de fijación del trazador a nivel tiroideo, resultado del proceso inflamatorio. A continuación se produce una fase intermedia hipotiroidea y finalmente, al ceder la enfermedad las hormonas tiroideas se normalizan. La punción biopsia tiroidea demuestra la destrucción del parénquima, con infiltración de los folículos por células gigantes multinucleadas, con formación de granulomas y fenómenos de coloidofagia. La escasa expresividad clínica de la TDQ, unida a la presencia de fiebre y síntomas consuntivos (sudoración, pérdida de peso) pueden llevar a que inicialmente estos pacientes se etiqueten como síndromes febriles "sin foco" provocando la realización de exploraciones complementarias innecesarias y/o retrasos en el diagnóstico. **Conclusiones.** La TDQ es infrecuente en nuestro medio. La TDQ debe considerarse entre las causas de fiebre "sin foco". Es necesario un alto índice de sospecha para evitar la realización de exploraciones innecesarias.

**V-162**  
**ENFERMEDAD DE FABRY EN LA MUJER: RESULTADOS DE FOS (FABRY OUTCOME SURVEY) EN ESPAÑA**  
**M. López Rodríguez<sup>1</sup>, F. Barbado Hernández<sup>1</sup>, J. Gómez Cerezo<sup>1</sup>, B. Pagán Muñoz<sup>1</sup>, M. Estébanez Muñoz<sup>1</sup>, M. Barba Romero<sup>1</sup>, G. Pintos Morell<sup>1</sup> y J. Vázquez Rodríguez<sup>1</sup>**

<sup>1</sup>Medicina Interna. Hospital Universitario La Paz. Madrid,  
<sup>2</sup>Medicina Interna. Hospital General Universitario. Albacete,  
<sup>3</sup>Coordinador Nacional FOS España. German Trias i Puyol. Badalona, Barcelona.

**Objetivos.** La enfermedad de Fabry (EF) es una enfermedad de depósito lisosomal rara y grave. Se debe a un defecto genético, con herencia ligada al cromosoma-X, y que origina el déficit de un enzima, la galactosidasa A. Recientemente se ha observado que las mujeres no sólo son portadoras de la enfermedad, sino que también pueden padecerla, en grado variable de severidad. El objetivo de este trabajo es describir el perfil epidemiológico y grado de afectación en la enfermedad de Fabry, en el sexo femenino en España. **Material y métodos.** Fabry Outcome Survey (FOS) es una base de datos europea, para pacientes con EF, que estén recibiendo o sean

candidatos a recibirlo, tratamiento de sustitución enzimático, con agalsidasa-. Se analizaron los datos de 23 mujeres, recogidos desde marzo de 2001 a abril de 2005, con una media de edad de 38 años (DE  $\pm$  14,74 años).

**Resultados.** La media de edad de inicio de los síntomas fue de 22,4 años (DE:  $\pm$  12,64); en más del 50% el inicio fue multisintomático. Desde que comenzaron los síntomas, hasta que se llegó al diagnóstico, hubo una demora de 9 años (DE:  $\pm$  10,23 años). Las afectaciones más frecuentes fueron: dolor neuropático, córnea verticillata, alteraciones en el sedimento urinario, artromialgias. Los niveles de galactosidasa A medidos fueron del 34,43% del valor normal (DE:  $\pm$  22,48).

**Discusión.** La EF tiene también en las mujeres una demora notable en el diagnóstico, probablemente por los diagnósticos previos erróneos. Además, la menor frecuencia de angioqueratomas que en los varones, hace que el diagnóstico sea aún más difícil.

**Conclusiones.** La EF en la mujer tiene una expresividad clínico-biológica multisistémica. Las mujeres no son únicamente portadoras sino que también son enfermas, predominando las formas clínicas moderadas.

**V-163**  
**RELACIÓN DEL ÍNDICE DE COMORBILIDAD DE CHARLSON Y LA CLASIFICACIÓN DE PACIENTE PLURIPATOLÓGICO SEGÚN EL PROCESO ASISTENCIAL INTEGRADO EN ANDALUCÍA**

**A. Prados Gallardo, B. Gutiérrez Gutiérrez, A. Montilla Burgos, M. Rico Lucena, J. Serrano Carrillo de Albornoz, R. Fernández Ojeda, E. Peral Gutiérrez de Ceballos y M. Camacho Fernández**

Medicina Interna A. U. Virgen Macarena, Sevilla.

**Objetivos.** Evaluar la actual clasificación descrita en el Proceso Asistencial Integrado (PAI) de la Consejería de Salud de la Junta de Andalucía "Atención al Paciente Pluripatológico", en función de la escala de comorbilidad de Charlson, un índice de amplio uso en la valoración clínica de la "carga de enfermedad".

**Material y métodos.** El PAI "Atención al Paciente Pluripatológico" reconoce 14 procesos crónicos agrupados en 7 categorías para identificar y clasificar a estos pacientes. Por nuestra parte se han analizado la totalidad de las altas hospitalarias de los meses de abril a junio de 2006 de nuestro servicio de medicina interna (N = 557), seleccionando aquellos pacientes que cumplen criterios de "Paciente Pluripatológico" (> = 2 enfermedades crónicas de al menos dos categorías distintas de las especificadas en el PAI). En estos se ha calculado el I. de Charlson en el ingreso hospitalario, como una variable cuantitativa discreta. Presentamos una estadística descriptiva global y por estratos, clasificando a los pacientes pluripatológicos según el nº acumulado de categorías que incluyen sus enfermedades.

**Resultados.** Se identificaron 159 pacientes "pluripatológicos" (el 28,55% de nuestras altas), la mayoría de los cuales acumulaban 2, 3 o 4 categorías de las tabuladas en el PAI (excluimos del análisis final un "outlier", con 5 procesos acumulados). En esta muestra la edad media fue de 75,29 años (rango entre 30 y 95), con predominio de varones (el 65,8%). La EM de los ingresos hospitalarios analizados fue de 12,54 días (rango entre 1 y 71 días) y la tasa de letalidad intrahospitalaria fue de un 8,2%. El I. de Charlson arrojó una mediana de 4 (rango entre 1 y 10). El análisis por estratos de clasificación se muestra en la tabla.

**Discusión.** Los datos de nuestro estudio apoyan la validez de criterio convergente de la tabla de categorías diagnósticas del PAI "Atención al Paciente Pluripatológico", en el sentido esperado de que a más categorías acumuladas corresponde una mayor carga de comorbilidad medida por el I. de Charlson, aun siendo la primera una escala aditiva simple y la segunda un instrumento con asignaciones de peso a

Tabla 1. Características de los diferentes estratos según el número de categorías acumuladas del PAI pluripatológico (V-163).

Nº de categorías acumuladas	Estrato 1 (dos)	Estrato 2 (tres)	Estrato 3 (cuatro)
Nº de pacientes (% del total)	108 (68,4%)	44 (27,8%)	6 (3,8%)
Edad media (rango)	74.15 (30-95)	74.48 (58-92)	79.50 (74-88)
Mediana del I. Charlson (rango)	3 (1-9)	4.5 (2-9)	6.5 (4-10)
Estandar media (rango)	11.44 (1-32)	15.16 (1-71)	13.17 (1-32)
Mortalidad intrahosp. (%)	6,5%	6,8%	50%



cada proceso o enfermedad sobreañadido. Se observa que los pacientes pluripatológicos, conforme tienen mayor número de categorías clínicas, muestran una prolongación de las estancias hospitalarias en los ingresos y una tasa creciente de mortalidad intrahospitalaria. Hemos detectado una gran variabilidad en el I. de Charlson dentro de cada uno de los estratos construidos, que no creemos sea debido exclusivamente al tamaño muestral, lo que apoyaría el empleo de escalas de evaluación funcional adicionales al I. de Charlson.

**Conclusiones.** El nº de categorías clínicas definitorias de pacientes pluripatológicos según lo establecido en el Proceso Asistencial Integrado que se está implantando en Andalucía, se relaciona con la comorbilidad definida por el índice de Charlson, asociándose a una mayor letalidad hospitalaria y una más prolongada estancia por ingreso.

#### V-164

##### HIPO EN PACIENTES EN CUIDADOS PALIATIVOS

**I. Villamil Cajota, C. Martínez Rey y M. Rodríguez Framil**  
Medicina Interna. Hospital Clínico Universitario. Santiago de Compostela, A Coruña.

**Objetivos.** Aunque se trata de un proceso benigno y frecuente, el hipo puede resultar patológico si se convierte en persistente o intratable. Dada su escasa frecuencia existe poca información de los cuadros persistentes y su trascendencia clínica. Presentamos una serie de casos relacionados con patología maligna registrados en nuestro Centro.

**Material y métodos.** Se realizó el estudio descriptivo de los pacientes ingresados en el Hospital Clínico de Santiago de Compostela con el diagnóstico de hipo entre enero de 1998 y mayo de 2005, seleccionando aquellos con patología terminal a tratamiento sintomático, realizándose seguimiento durante al menos 6 meses.

**Resultados.** Se identificaron 24 pacientes ingresados por hipo en este período. De ellos 9 casos (37,5%) se relacionaban con patología maligna, 8 varones (89%) de edades entre 47 y 91 años. El origen más frecuente del hipo fue el aparato digestivo: tumor primario gástrico (3 casos), esófago (1), páncreas (1), colorectal (2). Además 1 paciente presentaba adenocarcinoma de próstata y otro un carcinoma microcítico de pulmón. En todos los casos la neoplasia se encontraba en estadio avanzado a tratamiento paliativo. Otros 2 pacientes presentaban antecedentes de neoplasia maligna (mieloma múltiple en 1 caso y adenocarcinomas de próstata y colon en el otro) pero ambos se encontraban en remisión en el momento del ingreso por lo que no se les pudo atribuir ser la causa del hipo. La duración media del ingreso fue de 10 días (rango 3-20 días), falleciendo durante el seguimiento todos los pacientes, y el 61% en los 3 primeros meses.

**Discusión.** Aunque el hipo es un fenómeno habitual y generalmente banal, los episodios de hipo recurrentes o mantenidos más de 24-48 horas puede ser un signo de patología severa y puede constituir un serio problema para el paciente ya que interfiere funciones básicas como la alimentación y el sueño. El hipo mantenido se asocia con frecuencia a pluripatología, en muchos casos neoplasias avanzadas, por lo que en estos casos el control de síntomas es esencial. El tubo digestivo es el origen más frecuente. Se asocia generalmente a mal pronóstico a corto plazo condicionado por la patología de base.

**Conclusiones.** El hipo es un fenómeno que afecta de manera universal a todos los individuos en algún momento de su vida, pero su aparición persistente continúa siendo un fenómeno poco conocido, asociándose con frecuencia a procesos con pronóstico grave. Parece además relacionarse con una muy baja supervivencia a corto plazo, de acuerdo con nuestros datos. Por ello ha de tenerse en cuenta en la optimización de los cuidados de estos enfermos.

#### V-165

**EXPERIENCIA CON MICOFENOLATO MOFETILO EN TRATAMIENTO A LARGO PLAZO EN DOS PACIENTES CON INSUFICIENCIA RENAL CRÓNICA SECUNDARIA A GLOMERULONEFRITIS LÚPICA PROLIFERATIVA DIFUSA TIPO IV**  
**G. Pérez Vázquez<sup>1</sup>, L. Mouronval Morales<sup>1</sup>, L. García Aragón<sup>1</sup>, E. Iglesia Quirós<sup>1</sup> y A. Gascón Mariño<sup>2</sup>**

<sup>1</sup>Medicina Interna, <sup>2</sup>Nefrología. Hospital Obispo Polanc, Teruel.

**Objetivos.** Descripción de dos casos de insuficiencia renal crónica por glomerulonefritis lúpica proliferativa difusa tipo IV tratados de forma ininterrumpida con micofenolato mofetilo (MFM) durante un período de tiempo superior a 5 años.

**Material y métodos.** Se exponen dos casos clínicos de mujeres con nefropatía lúpica, de 37 y 63 años, tratadas a largo plazo con MFM. **Resultados.** Caso A: mujer de 37 años en la actualidad y diagnosticada de lupus eritematoso sistémico (LES) en 1985 con biopsia renal compatible con glomerulonefritis segmentaria y focal. Hasta 1995 siguió tratamiento con prednisona y ocasionalmente azatioprina. Ante deterioro progresivo de la función renal con creatinina plasmática (Crp) de 1.5 mg/dl, aclaramiento de creatinina (Clcr) 43.5 ml/min y proteinuria de 4.37 g/día, se realiza nueva biopsia renal con diagnóstico de glomerulonefritis lúpica proliferativa difusa tipo IV. En julio de 1995 se inició tratamiento con ciclofosfamida y prednisona oral, después de la infusión intravenosa de 3 bolos de 1 g de 6-metilprednisolona. En febrero de 1996 la función renal había mejorado con Crp de 1.1 mg/dl, Clcr 48.0 ml/min y proteinuria de 1.29 g/día. Se suspendió la ciclofosfamida y se mantuvo tratamiento con prednisona oral con dosis que oscilaron entre 5 a 15 mg/día. En diciembre de 1998, ante un nuevo deterioro de la función renal con Crp de 2.5 mg/dl, Clcr 19.8 ml/min y proteinuria 0.63 g/día se inició tratamiento con MFM a la dosis de 750 mg /12 horas (h) y prednisona 15 mg/día. La dosis de prednisona se redujo progresivamente hasta 5 mg/día y se mantuvo el MFM 750 mg/12h hasta agosto del año 2000, que se redujo a 500 mg/12h, cuando presentaba Crp 2.6 mg/dl, Clcr 20.6 ml/min y microalbuminuria 90 mg/l. En marzo de 2003 con Crp 2.1 mg/dl, Clcr 20.8 ml/min y proteinuria de 0.57 g/día, se redujo la dosis de MFM a 250 mg/12h. En mayo de 2004 ante inicio de brote lúpico se subió la dosis a 750 mg/12h, con Crp 2.7 mg/dl, Clcr 16.8 ml/min y proteinuria 0.78 g/día. En diciembre de 2005 y tras 7 años de tratamiento ininterrumpido con MFM y diferentes dosis que han oscilado entre 250 a 750 mg/12h, la paciente mantenía Crp 2.5 mg/dl, Clcr 19.2 ml/min y proteinuria 0.66 g/día. Caso B: Mujer de 63 años en la actualidad y diagnosticada en otro Hospital de LES en 1978. Diagnóstico por biopsia renal de glomerulonefritis lúpica proliferativa difusa tipo IV. Ha recibido distintas pautas de tratamientos inmunosupresores, incluida ciclofosfamida, durante la evolución de su enfermedad. En agosto de 2000 ingresa en nuestro Hospital en oliguria con Crp de 5.1 mg/dl y proteinuria de 7.5 g/día. Fue preciso tratar con hemodiálisis durante un mes y se iniciaron dosis altas de corticoides. En enero de 2001 con Crp 1.6 mg/dl, Clcr 40.5 ml/min y proteinuria de 4.45 g/día se inició tratamiento con MFM 750 mg/12h y prednisona 10 mg/día. En junio de 2003 se redujo la dosis de MFM a 500 mg/12h con Crp 1.1 mg/dl, Clcr 65.5 ml/min, microalbuminuria 20 mg/l. En septiembre de 2004 se redujo la dosis de MFM a 250 mg/12h que sigue en mayo 2006 con Crp 1.2 mg/dl, Clcr 59.1 ml/min, microalbuminuria 42.9 mg/l.

**Discusión.** En los últimos años el MFM se está consolidando como una alternativa terapéutica a la ciclofosfamida y a la azatioprina en los pacientes con nefropatía lúpica. El MFM es un inmunosupresor potente y bien tolerado, con una experiencia contrastada en los pacientes trasplantados renales. Un dato interesante que nos aporta la evolución de la paciente A es que en casos con Clcr inferior a 30 ml/min el MFM permite frenar el deterioro de la función renal a largo plazo. En la mayoría de los estudios publicados se incluyen pacientes con Clcr superior a 30 ml/min.

**Conclusiones.** En pacientes con Nefropatía lúpica el MFM es una opción terapéutica eficaz a largo plazo, incluso en pacientes con insuficiencia renal crónica avanzada.

#### V-166

##### ESTUDIO DEL PERFIL DE ANTICOAGULACIÓN DE LOS PACIENTES INGRESADOS EN UN SERVICIO DE MEDICINA INTERNA

**V. Navarro Pérez<sup>1</sup>, F. Jódar Morente<sup>1</sup>, S. Bermudo<sup>1</sup>, M. Requena<sup>1</sup>, J. Trujillo<sup>1</sup>, M. Almenara<sup>1</sup>, N. Marín<sup>1</sup> y A. Fajardo<sup>2</sup>**

<sup>1</sup>Medicina Interna, <sup>2</sup>Cardiología. Complejo Hospitalario, Jaen.

**Objetivos.** Conocer el perfil de anticoagulación en nuestro medio, diferencias entre si el control se realiza directamente en medio hospitalario o en centro de salud, nº de fármacos y aquellos potencialmente interfirientes, ingesta de alcohol y repercusión de estos factores en el INR.

**Material y métodos.** Análisis del perfil de 60 pacientes ingresados en planta de forma consecutiva por cualquier motivo, con anticoagu-

lación oral al menos tres meses antes, mediante formulario de recogida de datos y entrevista personal. Estadística descriptiva para el análisis de los datos.

**Resultados.** Edad media 70,8, mujer 33 (55%), AC por FA 47 (78,3%), por prótesis cardíaca 11 (18,3%), otros 2 (3,3%). Fármacos 4,75/paciente (FA 4,68 y prótesis 5,27) INR medio 2,66 (1,4-4,8) (2,49 por FA y 3,43 por prótesis) sin diferencias significativas por edad y sexo. Control: Hematología 33 (55%), Centro de Salud 27 (45%): sin diferencias significativas en cuanto edad, sexo y% de prótesis INR en Hematología: 2,53 vs 2,81 en Cs, sin diferencias significativas Por FA: 2,43 vs 2,58 Prótesis 3,08 vs 3,86, son significativos INR desviados: 22 (36,7%). 40,4% en pacientes con FA vs 27,8% por prótesis (no significativo) 30,3% de controlados en Hematología vs 44,4% en Centro de Salud (n.significativo) Desvío de INR: 0,48 (-0,6 a 1,8), 0,49 por FA vs 0,43 por prótesis. 0,48 Hematología vs 0,47 Centro de Salud (no significativo) INR alto: 8 en FA (17%) y 3 en prótesis (27,3%). INR bajo: 11 en FA (23,4%) y 0 en prótesis Históricos desviados: 46,5% de anticoagulación por FA y 44,8 por prótesis. Ningún control desviado 5 (8,3%). Todos desviados 3 (3,3%) Fármacos potencialmente interferentes: 28 pacientes (46,7%) (42,6% de anticoagulados por FA vs 57,1% por prótesis). 0,5 Fármacos /paciente (0,47 en AC por Fa vs 0,64 por prótesis, p n.s) Fármacos potencialmente interferentes: 16 de sexo masculino (59,3%) vs 12 femenino (36,4%) (p: 0,07) INR con fármacos interferentes: 2,84 vs 2,49 (Fa 2,63 vs 2,39 y prótesis 3,57 vs 3,2) No significativo Confesaron toma de alcohol 7 (11,7%) todos varones (p: 0,002) ninguno anticoagulado por prótesis. INR si alcohol 2,19 vs 2,72 (p,0,017) (sexo masculino 2,19 vs 2,81 p: 0,02). **Conclusiones.** 1) Alto nº de pacientes con control de INR en Centro de Salud 2) Es alto el% de controles fuera de rango, mayor en AC por FA y en controlados en Centro de salud, aunque sin diferencias significativas 3) Bajo% de pacientes con todos los controles en rango 4) Alto nº con toma de fármacos potencialmente interferentes (mayor en varones) con INR más alto 5) INR en pacientes que toman alcohol es significativamente más bajo.

#### V-168 PERSPECTIVA ACTUAL DE LOS RESIDENTES EN MATERIA DE INVESTIGACIÓN

**P. Ryan<sup>1</sup>, L. Martín<sup>1</sup>, T. Fernández<sup>1</sup>, F. de la Calle<sup>1</sup>, J. Fraile<sup>1</sup>, B. Alonso<sup>2</sup>, B. Cortés<sup>3</sup> y C. Recarte<sup>1</sup>**

<sup>1</sup>Medicina Interna. Gregorio Marañón, Madrid. <sup>2</sup>Medicina Interna. Dr. Negrín. Las Palmas, Gran Canaria. <sup>3</sup>Medicina Interna. Reina Sofía, Córdoba.

**Objetivos.** Con motivo de los resultados presentados en el último Congreso Internacional de Medicina Interna en relación con la escasa dedicación a la investigación por parte de los residentes, decidimos conocer más a fondo las actividades llevadas a cabo por estos en materia de investigación.

**Material y métodos.** Desde el grupo de trabajo de residentes de medicina interna (GTRMI) de la SEMI se distribuyó una encuesta a través de internet para conocer la situación actual de los residentes en labores de investigación. La encuesta, anónima, se componía de 30 preguntas que abordaban temas referentes a: conocimientos de idiomas, informática, bases de datos y paquetes estadísticos; aspectos relacionados con el doctorado; métodos de actualización además de participación en estudios y publicaciones.

**Resultados.** El número de encuestados fue de 170 residentes la mayoría de ellos procedentes de hospitales grandes y medianos. Con respecto a los conocimientos de inglés e informática más de un 50% tenían nivel medio. La mitad de los encuestados dedican menos de dos horas de estudio al día considerándolo la mayoría de ellos tiempo insuficiente. Más del 25% de los residentes no dedica nada de tiempo a la investigación y del 75% restante lo hacen entre un 5 y 10%. De los 170 encuestados, 124 habían realizado los cursos de doctorado, 95 la suficiencia investigadora y 34 la tesis doctoral. De los residentes mayores (R4 y R5), el 33% ha leído la tesis. El 46,1% y el 64,1% tienen conocimientos de paquetes estadísticos y manejo de bases de datos respectivamente. Aproximadamente la mitad de los residentes están suscritos a alguna revista científica entre las que destacan: New England Journal of Medicine (14,1%), La Revista Clínica Española (13,5%), Medicine (13,5%) y Medicina Clínica (8,2%). La media de artículos leídos por semana se sitúa entre 1 y 2.

Los residentes utilizan internet como medio de actualización de conocimientos en un 58,8% de los casos y el resto se distribuye por igual entre libros, revistas y práctica diaria. De los 170 residentes, 76 han publicado en alguna revista científica, 45 de ellos como primer autor. El 58,8% participan activamente en algún estudio. Menos de la mitad de los encuestados han recibido a lo largo de su residencia algún curso sobre metodología de investigación, a pesar de que 9 de cada 10 les gustaría recibirlo. Los encuestados refieren no estar supervisados en sus tareas de investigación y el noventa por ciento desearía tener más tiempo para ello.

**Discusión.** De los resultados de esta encuesta se vuelve a demostrar la escasa participación del residente en materias de investigación. Datos bastante sorprendentes si tenemos en cuenta los objetivos del programa de formación MIR. La mayoría de los residentes coinciden en la excesiva carga asistencial del día a día. Otro aspecto a destacar es la poca supervisión del residente, reclamando más atención. Todo lo anterior puede condicionar que menos de la cuarta parte de los encuestados haya leído la tesis. También destacar el amplio uso de internet como medio de actualización. Creemos que sería necesario mayor formación, motivación, supervisión y dedicación hacia el residente en proyectos de investigación; de modo que estos lleguen a ser algún día objetivos principales de la formación MIR.

#### V-169 ANÁLISIS DE LOS PACIENTES REMITIDOS A CONSULTA DE UNIDAD DE PACIENTES CON PLURIPATOLOGÍA EN CUANTO A LA INCIDENCIA DE CÁNCER Y FACTORES RELACIONADOS

**A. Moreno Fernández, V. Gracia Lorenzo, M. Odriozola Grijalva, B. Otero Perpiñá, J. Rodríguez López y J. Medina Asensio**

Unidad de Pacientes con Pluripatología. Hospital 12 de Octubre, Madrid.

**Objetivos.** Determinar la incidencia de cáncer, en pacientes remitidos a consultas externas de UPPAMI, desde Urgencias o Centros de Salud del programa de coordinación, examinando las características epidemiológicas, factores relacionados además del tiempo hasta el diagnóstico y los recursos empleados.

**Material y métodos.** Estudio retrospectivo descriptivo. Se empleó como fuente el registro de pacientes de consultas entre diciembre 2004 y mayo 2006, remitidos para descartar neoplasia, procediéndose a la búsqueda bajo este epígrafe. Datos obtenidos desde la base de datos de la Unidad (Filemaker.Pro) y realizándose el análisis estadístico con el programa R-Sigma.

**Resultados.** De los 78 pacientes estudiados, en 53 (68%) se confirmó una neoplasia maligna. La edad media fue 69,08 años (64,81-73,34). El 60,38% eran varones frente al 39,62% mujeres. El 43,39% de los pacientes con cáncer era o había sido fumador, el 28% eran bebedores moderados y el 45,28% tenía antecedentes de cáncer. Analizada también la presencia de anemia, el 47,17% (25) la presentaba. 16 eran microcíticas y 9 macrocíticas. Dentro de los cánceres hallados 25 casos fueron de digestivos, 9 pulmonares, 1 hematológico y 18 casos de otros tipos. Dentro del grupo de cáncer pulmonar se evidenció que todos eran varones fumadores. En cuanto a las pruebas realizadas al 24,53% se le realizó gastroscopia, broncoscopia al 22,64%, colonoscopia al 18,87% y TAC al 86,79%. La media de semanas hasta el diagnóstico fue de 2,74 (2,16-3,32), con una media de consultas hasta diagnóstico de 1,5 (1,31-1,69). Para concluir el estudio no se precisó el ingreso en el 60,38% (32 pacientes). Recibieron tratamiento quirúrgico 17 pacientes (32,08%) con un tiempo de espera hasta la cirugía de 8,23 semanas (4,68-11,78).

**Discusión.** De los pacientes remitidos a consultas para descartar cáncer el 68% tenía una neoplasia maligna. Dentro de esta cohorte se evidencia la media relativamente elevada de edad de esta población, con un importante peso de los cánceres de origen digestivo, los más frecuentemente hallados y los de mayor edad media, con una diferencia significativa con el resto de los grupos, también se aprecia la relevancia del sexo masculino y el consumo de tabaco en el cáncer de pulmón. En casi un 50% de los casos los pacientes exhibían anemia con una diferencia significativa favorable a la anemia microcítica. La prueba diagnóstica más empleada fue la tomografía axial, seguida de la gastroscopia, la broncoscopia y la colonoscopia, reivindicando el uso extendido de las pruebas de imagen para el diagnós-

tico de los tumores sólidos. Se ha podido llegar al diagnóstico en 32 casos evitando estos ingresos con una media de tiempo hasta el diagnóstico ha sido de 2.74 semanas. Todos los pacientes recibieron tratamiento posteriormente bien quirúrgico (32,08%) con un tiempo medio hasta la cirugía entorno a 8 semanas. El resto de pacientes fue remitido al servicio de Oncología bien para tratamiento activo bien para derivación a Unidades de Cuidados Paliativos.

**Conclusiones.** La población que se remite desde urgencias y los centros de salud para descartar malignidad, presenta una alta incidencia de tumores malignos. Se aprecia una edad media elevada, siendo el subtipo más frecuente el cáncer digestivo y el que presenta mayor edad. La anemia más frecuente fue la microcítica y la prueba diagnóstica más realizada fue el TAC. El estudio a través de consultas permite un diagnóstico en un corto plazo de tiempo además de un bajo consumo de consultas sucesivas para completar el proceso diagnóstico y ahorro de ingresos innecesarios. Además junto con programas especiales de coordinación con cirugía y oncología se consigue reducción del tiempo para el diagnóstico y tratamiento, mejorando ya no sólo la atención sino el pronóstico.

#### V-170

##### **RABDOMIOLISIS: ESTUDIO DESCRIPTIVO DE 105 CASOS**

**I. González Cuello, E. González Escoda, F. López García, F. Amorós Martínez, R. Hernández Ros, J. García García, I. Pacheco Tenza y M. Santa-Olalla**

*Medicina Interna. Hospital Vega Baja. Orihuela, Alicante.*

**Objetivos.** Conocer la incidencia, factores de riesgo, causas y complicaciones de la rabdomiolisis en un hospital comarcal.

**Material y métodos.** Estudio retrospectivo con revisión de las historias clínicas de pacientes diagnosticados de rabdomiolisis confirmados por estudio analítico, desde enero de 1997 hasta abril de 2006.

**Resultados.** El número total de pacientes diagnosticados de rabdomiolisis fue de 105 (77 varones y 28 mujeres) y la edad media de su presentación fue de 51 años (rango: 15-87 años). 35 pacientes (33%) eran de otras nacionalidades. Entre las posibles causas de rabdomiolisis destacan: tóxicos (alcohol, cocaína, heroína y herbicidas organofosforados): 30 casos (28,5%); infecciones 30 (28,5%); traumatismos 24 (22,8%); convulsiones y agitación por delirium 18 (17%); coma 10 (9,5%); ejercicio intenso 10 (9,5%); tratamiento con estatinas 8 (7,6%) e hipertermia 4 (3,8%). Se produjo insuficiencia renal en el 23% de los casos. Solamente un paciente falleció por insuficiencia renal secundaria a la rabdomiolisis; en el resto de casos la recuperación de la función renal fue completa. 6 pacientes fallecieron en relación con la enfermedad de base precipitante de la rabdomiolisis.

**Discusión.** Las causas más frecuentes del síndrome de rabdomiolisis descritas en la literatura coinciden con las encontradas en nuestro medio. Las situaciones que con más frecuencia producen fracaso renal agudo en el contexto de una rabdomiolisis, descritas en la literatura, son convulsiones, traumatismo, sepsis, heroína y alcohol. Coinciden con las causas encontradas en nuestra serie, en las que las 3 más frecuentes son las infecciosas, traumáticas y alcohol. En general, se dice que el pronóstico de un enfermo con rabdomiolisis está relacionado con la presencia de insuficiencia renal aguda. En nuestro estudio, sólo 1 paciente con insuficiencia renal aguda falleció y el resto recuperó la función renal al alta.

**Conclusiones.** Ante un fracaso renal agudo no explicado en el contexto de una infección o intoxicación enólica recomendamos realizar la determinación de los niveles séricos de CPK, ya que la clínica del proceso desencadenante puede enmascarar la clínica típica de un síndrome de rabdomiolisis - En los pacientes que sobreviven a un episodio agudo de rabdomiolisis, suele recuperarse la función renal de forma completa en la mayoría de los casos, como ocurrió en nuestra serie.

#### V-171

##### **CIERRE DEL FORAMEN OVAL PERMEABLE TRAS ICTUS CRIPTOGÉNICO**

**M. Ortas, B. Ordoñez, C. Bergua, I. De la Puerta, J. Ruiz, P. Portero y A. Peleato**

*Cardiología. Clínico Universitario Lozano Blesa, Zaragoza.*

**Objetivos.** Conocer el resultado y la evolución clínica de pacientes jóvenes sometidos a cierre percutáneo de un foramen oval permeable mediante dispositivo Amplatzer, tras sufrir un ictus criptogénico.

**Material y métodos.** Estudiamos 9 pacientes jóvenes (menos de 55 años) ingresados en nuestro hospital tras sufrir un ictus criptogénico y con estudio positivo para persistencia de foramen oval permeable. A todos ellos, se les realizó un cierre percutáneo de dicho foramen oval con dispositivo Amplatzer en nuestra unidad de Hemodinámica durante los últimos 4 años. Se analizaron características epidemiológicas de los pacientes y también aspectos del procedimiento percutáneo. Por último, se telefoneó a todos los pacientes con el propósito de conocer su evolución clínica posterior.

**Resultados.** De los 9 pacientes, 5 eran mujeres. La edad media fue de 38 años. Los motivos del cierre de dicho foramen oval permeable fueron: ictus criptogénico en el 44,4% de los casos, embolismos arteriales en el 44,4% y ataques isquémicos transitorios en el 11,1%. Tan solo el 22,2% de los casos tenía algún factor de riesgo cardiovascular como hipertensión, diabetes o dislipemia. En el 66,6% el foramen oval permeable se asoció a aneurisma del septo interatrial y en estos casos, la clínica neurológica más frecuente fue la existencia de un ictus previo. En ningún caso hubo complicaciones durante el procedimiento con el cierre Amplatzer, ni inmediatamente después. Posteriormente, todos fueron tratados con doble antiagregación (AAS a dosis bajas y clopidogrel) durante un periodo de 3 a 6 meses, tiempo necesario para la epitelización del dispositivo. Tras ponernos en contacto con los pacientes mediante llamada telefónica, como mínimo 1 año después del cierre, todos se encontraban asintomáticos, sin nuevos episodios isquémicos neurológicos ni otro tipo de eventos.

**Conclusiones.** El cierre percutáneo del foramen oval permeable mediante dispositivo Amplatzer parece un procedimiento seguro en nuestro medio, a corto y medio plazo, en pacientes jóvenes que han sufrido un ictus criptogénico.

#### V-172

##### **DIFERENCIAS ENTRE HOMBRES Y MUJERES EN LA PRESENTACIÓN CLÍNICA DE SAHS**

**M. Morejón Huerta<sup>1</sup>, D. Morchón<sup>1</sup> y F. del Campo<sup>2</sup>**

*<sup>1</sup>Medicina Interna, <sup>2</sup>Neumología. Hospital Río Hortera, Valladolid.*

**Objetivos.** El Síndrome de Apnea-Hipopnea del Sueño (SAHS) es una entidad frecuente cuya prevalencia es del 4% en varones de mediana edad y 2% en mujeres. Los distintos estudios que encontramos en la literatura médica hacen referencia a estos porcentajes; sin embargo, no encontramos datos sobre la existencia de diferencias en relación a la presentación clínica del SAHS entre los dos sexos. El objetivo de nuestro estudio es determinar si existen estas diferencias.

**Material y métodos.** Se incluyen 320 pacientes diagnosticados de SAHS, distribuidos por sexo, 41 eran mujeres y 279 hombres. Los datos fueron obtenidos de las historias clínicas y de los estudios de poligrafía-polisomnografía respiratoria del sueño.

**Resultados.** Las mujeres refieren más frecuentemente dificultad para iniciar sueño (27% vs 83%), hipersomnia (67,9 mujeres y 82,6 varones,  $p < 0,059$ ), se despertaban más frecuentemente (100% vs 79%,  $p < 0,05$ ), mayor irritabilidad (50% mujeres vs 35% hombres,  $p < 0,05$ ), depresión (100% vs 45%,  $p < 0,05$ ), no se encontraron diferencias con respecto a cefalea matutina ni sensación de no descanso, mayor toma de hipnóticos (20% mujeres vs 6% hombres,  $p < 0,002$ ), no diferencia presencia de apneas ni disnea. No diferencias con respecto a HTA, diabetes, encontrándose diferencias significativas con respecto a problemas tiroideos.

**Conclusiones.** Sólo hay diferencias entre los sexos en la saturación de O<sub>2</sub> media y mínima. No hubo diferencias en cuanto a obesidad, severidad del SAHS ni en la escala de Epworth. En cuanto a la clínica, las mujeres presentan mayor prevalencia de insomnio de conciliación, depresión y trastornos tiroideos.

#### V-173

##### **DETECCIÓN DE COCAÍNA EN ORINA EN PORTADORES INTESTINALES DE DROGAS**

**M. Villalba García<sup>1</sup>, C. López González-Cobos<sup>1</sup>, M. Gómez Antúnez<sup>2</sup>, E. Vilalta Castell<sup>1</sup>, O. Marín Casajus<sup>1</sup>, R. Salomón Pérez<sup>1</sup>, A. Muñio Miguez<sup>2</sup> y C. Pérez de Oteyza<sup>1</sup>**

*<sup>1</sup>Medicina Interna D, <sup>2</sup>Medicina Interna 2A, Gregorio Marañón. Madrid.*

**Objetivos.** Valoración de la detección de cocaína en orina en los pacientes portadores de paquetes intestinales de droga (SBP), así

como sus factores predictivos. Analizamos la sensibilidad de un método de enzimoimmunoanálisis para la detección de cocaína y sus metabolitos (benzoylecgonina) en orina en pacientes que habían ingerido paquetes de cocaína.

**Material y métodos.** Estudiamos 445 pacientes que habían ingerido paquetes de droga como intento de contrabando recibidos en el servicio de urgencias de nuestro hospital procedentes del aeropuerto de Madrid (Barajas). A 313 pacientes se les realizó test para la detección de cocaína en orina (método de enzimoimmunoanálisis CEDIA DAU cocaine). Se compararon los datos demográficos, clínicos, analíticos, de evolución y complicaciones en relación con la determinación positiva de cocaína (grupo A) y la determinación negativa (grupo B).

**Resultados.** Los pacientes del grupo A tienen una edad media de 32 años respecto a los 34 del grupo B ( $p < 0,05$ ), 87% de los pacientes del grupo A eran varones frente a los 77% del grupo B ( $p < 0,05$ ), 46% de los pacientes procedían de Colombia y 35% del resto de Sudamérica en el grupo A (65% y 12% respectivamente en el grupo B). El número de bolas ingeridas fue de 79 en el grupo B y de 73 en el grupo A. No hubo diferencias en la clínica al ingreso (dolor abdominal, vómitos, cefalea, rectorragia, etc) ni en la determinación de TA ni frecuencia cardíaca en ambos grupos. La existencia de fiebre fue de 7% en el grupo A y de 2% en el B ( $p < 0,05$ ). Presentó mayor número de leucocitos el grupo A (11.192 vs 10.261,  $p < 0,05$ ). En cuanto a la evolución de los pacientes, la intoxicación se presentó en 6% vs. 0,5% ( $p < 0,01$ ), la obstrucción 7% vs. 2% ( $p < 0,1$ ), la rotura 6% vs. 1% ( $p < 0,05$ ), la rabdomiolisis 6% vs. 2% ( $p < 0,1$ ). Precisarón tratamiento quirúrgico un 8% de los pacientes del grupo A frente al 1% de los del grupo B ( $p < 0,01$ ). Existió solo un caso de fallecimiento entre los pacientes del grupo A. El valor predictivo positivo de la presencia de tóxicos en orina en cuanto a la aparición de complicaciones fue del 14% y el valor predictivo negativo del 94%.

**Discusión.** Se ha sugerido que la presencia de metabolitos de cocaína y otras drogas en orina podría ser un método útil para la detección de complicaciones en los pacientes portadores de paquetes de droga intestinales. Por la baja frecuencia de complicaciones su principal utilidad puede ser en identificar un grupo de pacientes de bajo riesgo, más que para predecir la aparición de complicaciones.

**Conclusiones.** La medición de cocaína en orina o sus metabolitos por medio de enzimoimmunoanálisis en nuestra experiencia parece ser un test rápido y simple cuya positividad se asocia a una mayor frecuencia de complicaciones, en especial de intoxicación y de obstrucción y por ende de la necesidad de intervención quirúrgica en los pacientes portadores de paquetes de droga intestinales. No obstante por la baja frecuencia de complicaciones, la utilidad práctica de su determinación parece escasa.

#### V-174

#### PERFIL DE LOS PACIENTES VALORADOS POR MEDICINA INTERNA EN UN CENTRO DE ALTA RESOLUCIÓN DE ESPECIALIDADES (CARE)

S. Domingo González<sup>1</sup>, F. Martos Pérez<sup>1</sup>, M. Martín Escalante<sup>1</sup>, L. Hidalgo Rojas<sup>1</sup>, J. De la Torre Lima<sup>1</sup>, B. Maturana Ramos<sup>2</sup> y J. García Alegría<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Medicina Interna, <sup>2</sup>Informática. Costa del Sol. Marbella, Málaga.

**Objetivos.** Analizar las características de los pacientes valorados en la consulta de Medicina Interna (MI) de un CARE en sus primeros meses de apertura

**Material y métodos.** Estudio prospectivo de visitas consecutivas a consulta de MI del CARE de Mijas, dependiente del Hospital Costa del Sol, durante un período de 4 meses, entre 1 de marzo y 30 de junio de 2006. Se recogieron los datos de forma prospectiva a través de un formulario electrónico generador de una historia clínica informática. Se analizó la procedencia de los pacientes (atención primaria, urgencias, interconsultas y altas hospitalarias recientes de MI), porcentaje primeras visitas y revisiones, sexo, edad, comorbilidad asociada, expresada como porcentaje de pacientes con hipertensión (HTA), diabetes mellitus (DM), hiperlipemia, ictus previo (AVC), enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC), fibrilación auricular (FA), insuficiencia renal (IR), hepatopatía, y hábitos tóxicos. Se registraron motivos de consulta y destino de los pacientes.

**Resultados.** En el período de estudio fueron incluidas 1.100 visitas, 444 primeras visitas y 656 revisiones. De las 444 primeras visitas, 60,6% procedían de atención primaria, 17,7% de consultas de otras especialidades (cirugía, otorrino y digestivo fueron las que más remitieron), 12% de urgencias y sólo 8,3% de ingresos de planta de MI. El 60% eran mujeres y edad media de 53,9 años (56 años varones y 52 mujeres). Las comorbilidades registradas fueron: 36,7% HTA, 22,3% DM, 23,9% hiperlipemia, 8,3% ACV previo, 6,8% EPOC, 5% FA, 1,6% IR y 2,5% hepatopatía. El 24% eran fumadores y el 7% ingerían alcohol en exceso. Las patologías más frecuentes remitidas fueron: neurológica 32,5%, de los que 12,2% cefaleas, endocrina 24,1%, cardiovascular 19,1%, patología osteoarticular o conectivopatías o cuadros autoinmunes o su sospecha 7,8%. Sólo 5 de los 444 fueron remitidos por patología infecciosa o su sospecha (2 neumonías recientes, 1 mononucleosis y 2 síndromes febriles sin foco). El destino de los pacientes tras la consulta fue: alta en la primera visita en el 20,5% de los pacientes, alta entre primera y segunda visita en el 26,3%. El porcentaje de altas en primera visita fue sensiblemente inferior en los pacientes remitidos desde urgencias 8% y 14%, u otros especialistas 16,9% y 17,5% que los de altas de planta 22,2% y 27,8%, o atención primaria 23,8% y 30,7% respectivamente. El porcentaje más frecuente de pacientes que se dieron de alta precozmente fueron la enfermedad de Alzheimer 50%, la cefalea no migrañosa 32,4% y los nódulos tiroideos 14,3%. El 21,7% de las revisiones fueron dados de alta

**Discusión.** El CARE es un nuevo modelo de asistencia sanitaria que aproxima la atención del paciente por diversas especialidades, entre ellas la MI. El porcentaje de altas en primera visita podría haber sido mayor si se hubiera introducido el acto único para algunas patologías, sobre todo la cefalea y la patología tiroidea. La escasez de enfermos infecciosos remitidos, indica la necesidad de una consulta de cita preferente, que permita revisiones precoces de infecciones valoradas en el servicio de urgencias. La baja proporción de cuadros generales, como síndrome constitucional o fiebre de origen desconocido, hace sospechar que estos pacientes están utilizando otra vía de diagnóstico, probablemente las urgencias del hospital, generando ingresos que podrían ser evitados si se dispusiera de una consulta ágil

**Conclusiones.** La mayoría de pacientes valorados en consulta del CARE proceden de Atención Primaria. Las patologías más frecuentes evaluadas fueron neurológicas, endocrinas y cardiovasculares, destacando la cefalea y la patología tiroidea. El porcentaje de altas fue elevado a expensas de las cefaleas no migrañosas, las demencias y el hipotiroidismo. Por todo ello, la consulta de MI en el CARE tiene una alta capacidad de resolución. La asistencia de patología tan diversa mantiene a la especialidad como referente. Sería necesario incrementar la accesibilidad desde Atención Primaria o servicios de Urgencias para los pacientes con cuadros constitucionales y síndromes febriles ofertando una consulta preferente.

#### V-175

#### CÁNCER DE COLON EN EL ÁREA DE SALUD DE SORIA. PERÍODO 2000-2004

C. Moreno Dolado<sup>1</sup> y V. del Villar Sordo<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Unidad de Urgencias. Hospital Santos Reyes. Aranda de Duero, Burgos. <sup>2</sup>Medicina Interna. Hospital Santa Bárbara, Soria.

**Objetivos.** El cáncer colorrectal (CCR) es una neoplasia frecuente en nuestro medio. Supone la segunda neoplasia en hombres y en mujeres, tras el cáncer de pulmón y de mama, respectivamente. En conjunto representa la segunda causa de muerte por cáncer. En nuestro medio se requiere un estudio del cáncer de colon durante un período reciente, para establecer los datos epidemiológicos, clínicos, terapéuticos, evolutivos y de supervivencia actuales en nuestro entorno de trabajo del Área de Salud de Soria y medir si existen estrategias de cribado. Los Objetivos del estudio son: Describir las características epidemiológicas y clínicas de los pacientes con cáncer colon (CC) (exceptuando recto y ano). Determinar el tratamiento empleado, su evolución y supervivencia. Verificar estrategias de cribado utilizadas. Realizar ajuste de tasas.

**Material y métodos.** Se trata de un estudio observacional, descriptivo, transversal de prevalencia. Período 2000-2004. Son criterios de inclusión: pacientes, con residencia habitual en nuestra área de salud, diagnosticados y tratados de CC durante el período 2000-2004. Análisis estadístico: se han calculado las tasas de incidencia

anual de cáncer de colon. El ajuste de tasas se realizó por el método directo, usando como población estándar de referencia la población europea propuesta por Naciones Unidas en 1990. Las variables cualitativas y cuantitativas se agruparon en categoría o clases procediéndose a determinar su distribución de frecuencias. El análisis descriptivo de las variables cuantitativas se realizó mediante medidas de centralización, dispersión y formas, se completó el análisis con estudio inferencial comparativo.

**Resultados.** En el período 2000-2004 las tasas brutas de incidencia en la provincia de Soria del cáncer de colon y sigma fue de 31,39/100000 y la tasa ajustada 18,29/100000 en ambos sexos. Por sexos la tasa bruta: 34,02/100000 en hombres y 29,78 en mujeres y la ajustada: 18,82 /100000 para mujeres y 16,99 para los hombres. Es más frecuente en varones (53,4%). La localización recto-sigma (33,6%), siendo menor en colon ascendente (15,1%), ciego (17,1%), colon descendente (13,7%), colon transverso (6,2%), ángulo hepático (7,5%) y ángulo esplénico (6,8%). La mayoría de los pacientes en el momento del diagnóstico son diagnosticados en estadio B (32,9%) o C2 (20,5%) y del total de casos, en el período 2000-2004, viven un 62,4%.

**Discusión.** La incidencia varía en función de la edad (Winawer SJ. 1997), observándose un incremento notable a partir de los 50 años. La supervivencia del CCR ha mejorado en los últimos años (Ahlquist DA 2003) (Piñol V. 2004). La genética molecular en el CCR y los tratamientos individuales acordes con la genética tumoral llegarán a ser una realidad, pero no se debe olvidar que un mejor screening (individualizado) y programas de prevención podrían ser de alta efectividad. La educación debe ser una prioridad. La cirugía cualificada y la realización de un tratamiento multidisciplinar basado en evidencia permitirá una optimización del manejo de los pacientes.

**Conclusiones.** El grupo de edad con más incidencia es el de 75 a 79 años. La localización recto-sigma supone el 33,6%. No se ha podido establecer relación entre tabaquismo, dislipemia, obesidad y cáncer de colon. La mayoría no recibieron radioterapia, un 45,2% recibieron quimioterapia y el 90,4% cirugía y un 27,4% tratamiento paliativo. El tipo predominante es el adenocarcinoma. En el momento del diagnóstico están en estadio B de Dukes: 32,9% y C2: 20,5%. Actualmente, de los casos incluidos en el estudio, viven un 62,4%, con una media del tiempo de supervivencia entre 13 y 18 meses un 16,4% y mayor de 48 meses un 11%. Durante el período estudiado no se ha utilizado ningún tipo de estrategia de cribado. Las tasas brutas y ajustadas pueden observarse en resultados.

#### V-176

### ESTUDIO PROSPECTIVO CLÍNICO-EPIDEMIOLÓGICO DE 143 NEOPLASIAS DE PULMÓN. ANÁLISIS DE LA SUPERVIVENCIA Y PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS

**M. Durán, J. Suriñach, E. Domingo, E. Cabral, C. Alemán, J. Recio y T. Fernández de Sevilla**

*M. Interna. Vall d'Hebron, Barcelona.*

**Objetivos.** 1) Conocer el perfil clínico y epidemiológico de los pacientes diagnosticados de cáncer de pulmón en un servicio de medicina interna. Estudiar las variables: estado funcional, comorbilidad, nivel cognitivo, estado nutricional y extensión de la enfermedad. 2) Analizar los principales métodos diagnósticos, la estancia hospitalaria media y la derivación tras el diagnóstico. 3) Conocer el tratamiento recibido y la supervivencia al año tras el diagnóstico.

**Material y métodos.** Todos los pacientes ingresados en un servicio de medicina interna diagnosticados de neoplasia pulmonar en un período comprendido entre mayo 2001 y diciembre del 2004, con confirmación histológica. Se ha estudiado en cada paciente: edad, sexo, signos y síntomas, estado funcional (escala de Karnofsky (KPS) y la Eastern Cooperative Oncology Group (ECOG)), estado nutricional, nivel cognitivo (Mini Mental), comorbilidad (escala de Charlson), tipo histológico y extensión de la enfermedad (clasificación TNM). Se han analizado las exploraciones complementarias realizadas: analítica, técnicas de imagen no invasivas (radiografía simple, tomografía computerizada, ecografía, gammagrafía, resonancia magnética nuclear y otras) e invasivas (fibrobroncoscopia), los procedimientos diagnósticos y su rendimiento: citología, punción aspiración aguja fina (PAAF), biopsia y pieza quirúrgica, así como la estancia hospitalaria media y la derivación tras el alta a consultas externas (CCEE) o traslado a planta (oncología, otros servicios, paliativos). Se

ha hecho un seguimiento de 12 meses a todos los pacientes tras el diagnóstico, analizando el tratamiento recibido y la supervivencia al año.

**Resultados.** 143 pacientes diagnosticados. 134 (93,7%) hombres y 9 (6,3%) mujeres. Edad media 65 ± 12 años. 132 (92,3%) fumadores o exfumadores. 78 (54,5%) fumadores activos. Los motivos de consulta son pérdida de peso 63 (44,1%) pacientes, astenia 60 (42%), anorexia 55 (38,5%), dolor óseo 34 (23,8%), tos 29 (20,3%), disnea 29 (20,3%) y dolor pleurítico 28 (19,6%). En la exploración física el signo más frecuente es hepatomegalia 37 (25,9%) y focalidad neurológica 19 (13,3%). Tipos histológicos: célula grande 115 (80,4%), célula pequeña 23 (16,1%), mesotelioma 4 (2,8%). 78 (54,5%) de los pacientes con metástasis a distancia. Estado funcional: 113 (79%) pacientes con karnofsky superior o igual a 70. Comorbilidad: 110 (76,9%) Charlson 0-1. Nivel cognitivo: 25 ± 4. Estado nutricional: índice masa corporal 24,4 ± 4,5, colesterol 178 ± 47 mg/dl, albumina 3,4 ± 0,5 g/dl. Para establecer el diagnóstico de extensión se requiere la realización de tomografía computerizada torácica en 139 (97,2%) y fibrobroncoscopia en 65 (45,5%) pacientes. El diagnóstico anatomopatológico se establece por biopsia en 48 (33,6%) pacientes, punción aspiración con aguja fina (PAAF) 55 (38,5%), citología 37 (25,9%), y pieza quirúrgica 3 (2,1%). La estancia hospitalaria media es de 15 días. Al alta, 98 (68,5%) derivados a consultas externas (CCEE) de oncología, y 21 (14,7%) trasladados al servicio de oncología. Han recibido tratamiento activo 108 (75,5%) pacientes. La supervivencia al año es de 48 (33,6%) pacientes. Se desconoce la supervivencia en 5 (3,5%) pacientes. Del total de fallecidos, 59 (65,6%) fallecen en los primeros seis meses.

**Conclusiones.** 1) El perfil del paciente diagnosticado de cáncer de pulmón es un varón de 65 años, con estrecha relación al tabaquismo, que consulta por síndrome constitucional y con hepatomegalia como hallazgo más relevante en la exploración física. El tipo histológico más frecuente es la célula grande. La enfermedad se encuentra diseminada pero los pacientes tienen un estado funcional conservado, baja comorbilidad, y correcto estado nutricional y nivel cognitivo. 2) La estancia hospitalaria media es de 15 días, y tras el diagnóstico en su mayoría son derivados a CCEE. La tomografía computerizada es la exploración complementaria más utilizada en el diagnóstico de extensión de la enfermedad. Las técnicas citológicas (PAAF y citologías) permiten el diagnóstico anatomopatológico del tumor primario en más de la mitad de los casos. 3) Un número muy elevado de enfermos reciben tratamiento activo, pero la supervivencia al año es de un tercio de los pacientes, concentrándose la mortalidad en los primeros 6 meses.

#### V-177

### TEST DE DISFAGIA DE BURKE. UTILIDAD EN LA PATOLOGÍA VASCULAR CEREBRAL EN UN HOSPITAL DE SEGUNDO NIVEL

**M. Gorbig Romeu<sup>1</sup>, L. Reig Puig<sup>2</sup>, P. Maho Soha<sup>3</sup>, M. Martín Baranera<sup>4</sup>, E. de Prado<sup>1</sup> y S. Veiga<sup>1</sup>**

<sup>1</sup>Medicina Interna, <sup>2</sup>Neurología, <sup>3</sup>Unidad de Epidemiología.

*Hospital General de L'Hospitalet, <sup>2</sup>UFIS Geriatria. Hospital Sociosanitari de l'hospitalet. L'Hospitalet de Llobregat, Barcelona.*

**Objetivos.** Estudiar la utilidad del Test de Burke para el estudio de la disfagia en pacientes ingresados con patología vascular cerebral aguda (ECVA) en nuestro Centro. Describir la correlación entre la positividad en el test y algunas complicaciones durante el ingreso como son la presencia de fiebre o infección respiratoria.

**Material y métodos.** En los primeros 3 meses del año 2003 se recogieron un grupo de pacientes afectados de ECVA y que había sido ingresados en la Unidad de Neurología o Medicina Interna de nuestro Centro. Fueron excluidos del estudio los pacientes en coma, pacientes incapaces de colaborar en la prueba por agitación o deterioro cerebral crónico grave y los pacientes con lesiones traqueales (traqueotomía previa, etc). En los pacientes se practicó la prueba de disfagia de Burke que consiste en la colocación del paciente a 45° y la administración por el lado bucal no pléjico de bolos de agua de 5 cc hasta un total de 50 cc. La aparición de tos, estridor o ronquera en más de dos bolos dan la prueba como positiva. Se intentó la rea-

lización de la prueba en las primeras 72 horas. La realización de la prueba fue independiente de la colocación o no de SNG.

**Resultados.** Durante el período estudiado se realizó el test a 54 pacientes afectos de ECVA. El 53,7% fueron hombres, la edad media fue de 75,241 ( $\pm$  10,05 años)(min: 47, max: 94) ( $<$  65 años, 14,8%). El 88,9% presentaban ECVA isquémico. 9 pacientes ya eran portadores de SNG en el momento de la prueba (16,7%). Se recogió la presencia de fiebre en 19 pacientes (36,5%) y de infección respiratoria en 12 (23,1%). En el momento del alta tenían déficit neurológico, 38 pacientes (71,7%). 32 (60,4%) pacientes volvieron al domicilio y 18 (34%) fueron derivados a rehabilitación. 3 pacientes (5,6%) fallecieron. El resultado del test fue positivo en 19 pacientes (35,2%). El test se realizó el primer día en el 13%, segundo día 33% y 3 día en el 14,8%, es decir en un 63% se realizó en las primeras 72 horas. La correlación entre la presencia de fiebre y test de Burke positivo mostró una  $p = 0,0014$  y la presencia de infección respiratoria y test de Burke positivo mostró una  $p = 0,011$ .

**Discusión.** La disfagia es un signo frecuente en las fases iniciales del EVC. Algunos estudios estiman hasta en un 60% la incidencia si bien, después de las primeras 72 horas, la incidencia baja rápidamente hasta quedar alrededor de un 20%. La presentación de fiebre en las primeras horas del ECVA es un signo de mal pronóstico que debe ser evitado. La identificación precoz de los pacientes en riesgo de broncoaspiración es una prioridad en esta patología. La realización del test de Burke para el estudio de la disfagia en este grupo de pacientes ha mostrado una correlación importante con la presencia de fiebre e infección respiratoria. Por otra parte resulta un test de realización sencilla y rápida.

**Conclusiones.** 1) En nuestro grupo el 35,2% de los pacientes presentaban disfagia en el momento de realizar el test. 2) El 36,5% de los pacientes presentaron fiebre y el 23,1% infección respiratoria durante el curso de un ECVA. 3) El test de Disfagia de Burke resulta una herramienta útil para la detección de pacientes con ECVA en riesgo de broncoaspiración en urgencias y en planta.

**V-178  
HOSPITAL DE DÍA MÉDICO DEL HOSPITAL GENERAL DE CIUDAD REAL**

**M. Mañas, D. Bellido, M. Sidahi, A. Ruiz, N. Ruiz, J. Gijón, E. Lagos y E. López**

Medicina Interna. Hospital General, Ciudad Real.

**Objetivos.** Describir la actividad asistencial de un hospital de día médico de nueva creación.

**Material y métodos.** Se describen de forma retrospectiva los tratamientos y pruebas diagnóstico-terapéuticas realizadas en el Hospital de día médico del Hospital General de Ciudad Real durante los tres primeros meses de actividad (marzo-mayo de 2006). Dicha unidad está formada por dos facultativos especialistas en Medicina Interna, dos enfermeros y un auxiliar de enfermería. Dispone de doce sillones y dos camas donde se administran tratamientos de lunes a viernes en horario de mañana.

**Resultados.** En los tres primeros meses de actividad se han atendido 191 pacientes. De ellos 125 (65,4%) eran mujeres. Todos ellos fueron remitidos desde consulta por distintas especialidades médico-quirúrgicas: Medicina Interna, Nefrología, Reumatología, Neurología, Neumología, Digestivo, Endocrino, Oftalmología, Cirugía Vascul. Los tratamientos administrados y las pruebas diagnóstico-terapéuticas realizadas se recogen en la tabla 1.

**Discusión.** El Hospital de día médico es una Unidad asistencial dedicada a la administración de tratamientos complejos que no precisen ingreso hospitalario. Sus objetivos son mejorar la calidad asistencial con el mejor uso de los recursos, reducir el coste y la estancia hospitalaria y mejorar el bienestar del paciente. Este tipo de unidades se caracterizan sobre todo por precisar una actividad programada y favorecer la actividad interdisciplinaria ya que en los mismos coinciden pacientes remitidos desde múltiples servicios. En nuestro caso, el horario de funcionamiento es matutino. Durante el mismo se realizan prestaciones tanto diagnósticas como terapéuticas. En estos primeros tres meses de funcionamiento se han tratado 191 pacientes con muy buenos resultados tanto a nivel terapéutico como de satisfacción personal ya que se han evitado realizar el ingreso hospitalario con lo que ello conlleva de mejora en la calidad de vida.

**Conclusiones.** El hospital de día médico permite la administración de distintos tratamientos intravenosos y la realización de diversas técnicas sin necesidad de hospitalización. Esto resulta muy beneficioso, tanto a nivel sanitario ya que el coste es menor como para el paciente que no requiere hospitalización.

Tabla 1. Tratamientos y pruebas realizadas.

Tratamientos	Nº pacientes
Toxina botulinica	63 (33%)
Anti-tnf iv y sc	43 (22,5%)
Hierro iv	29 (15,2%)
Corticoides iv	22 (11,5%)
Antibióticos iv	8 (4,2%)
Inmunoglobulinas iv	5 (2,6%)
Ciclofosfamida iv	4 (2%)
Prostaglandinas iv	3 (1,6%)
Pruebas diagnosticas	
Puncion lumbar	10 (5,2%)
Sobrecarga oral de glucosa	3 (1,6%)
Prueba de la sed	1 (0,5%)

**V-179  
RELACIÓN ENTRE EL FILTRADO GLOMERULAR Y LA EXCRECIÓN URINARIA DE ALBÚMINA MEDIDA POR DIFERENTES MÉTODOS**

**M. Fabiá Valls<sup>1</sup>, J. Martín-Escudero<sup>2</sup>, F. Simal<sup>2</sup>,**

**S. 3, A. Dueñas<sup>2</sup>, F. Mena<sup>2</sup>, F. Chaves<sup>1</sup> y J. Redón<sup>1</sup>**

1Unidad de Hipertensión. Medicina Interna. Hospital Clínico Universitario. Valencia. 2Medicina Interna. Hospital Rio Hortera, Valladolid. 3Departamento de Farmacología Clínica. Hospital Universitario de Groningen. Groningen, Holanda.

**Objetivos.** Existe albúmina en orina que no es detectada por los métodos inmunorreactivos utilizados habitualmente. Esta albúmina no inmunorreactiva está suscitando cada vez mayor atención, aunque su prevalencia y su significado no se conocen todavía en profundidad. El objetivo de este estudio fue analizar la excreción urinaria de albúmina, tanto inmunorreactiva (AIR) como la no inmunorreactiva (ANIR), y su relación con el filtrado glomerular (FG) en una población general.

**Material y métodos.** 1.331 sujetos [edad media 54(19), 663 mujeres, PAS/PAD 130 (21)/79 (10) mmHg, FG 92 (23) ml/min/1.73 m<sup>2</sup>, IMC 26 (4), glucemia basal 92 (20)] seleccionados de una población de estudio procedente de Valladolid (España) fueron incluidos en el estudio. Se recogieron los parámetros clínicos y analíticos necesarios para determinar el FG calculado siguiendo la fórmula del MDRD simplificada. Los pacientes se clasificaron en 4 grupos en función de la tasa de FG (superior a 90, de 60 a 90, de 45 a 60 e inferior a 45). La excreción urinaria de albúmina (EUA), en muestras de orina de 24 horas y corregida por la excreción de creatinina, se midió mediante inmunonefelometría (Instituto Behring) que detecta únicamente la albúmina inmunorreactiva y mediante un sistema Hewlett Packard HPLC (AusAm Biotechnologies T, Nueva York) calculando tanto la AIR como la ANIR. Se analizó la excreción de AIR y ANIR y la diferencia entre ambas en cada uno de los subgrupos establecidos en función del FG.

**Resultados.** La cantidad de ANIR detectada es mayor que la de AIR en cada uno de los subgrupos analizados en el rango de FG  $>$  60 ml/min/1,73 m<sup>2</sup>. La albúmina total (AIR y ANIR) aumenta linealmente al descenso de FG, con coeficientes de correlación superiores a los obtenidos con la AIR y la ANIR por separado ( $R = -0,128$ ,  $R = -0,123$  y  $R = -0,096$  respectivamente). La proporción entre ANIR y AIR no difiere de manera estadísticamente significativa entre los distintos grupos de FG.

**Conclusiones.** La medida de la EUA mediante HPLC puede identificar más precozmente que los métodos inmunoquímicos utilizados habitualmente a los pacientes con excreción urinaria de albúmina anormalmente elevada. Se precisan estudios prospectivos para dilu-

cidar la utilidad clínica de la albúmina no inmunorreactiva y para entender su significado biológico.

#### V-180

##### DESPISTAJE CLÍNICO Y ESTUDIO GENÉTICO MOLECULAR DE PACIENTES CON SOSPECHA DE CÁNCER DE COLON HEREDITARIO NO POLIPÓSICO (CCHNP)

**B. Monge Mailló, E. Fernández-Cofrades, D. Sánchez-Mateos, F. Ferrere González, J. Fresneda Moreno, M. Muro Fernández y J. Calleja López**

Medicina Interna. Ramón y Cajal, Madrid.

**Objetivos.** Por su alta incidencia (22.000 casos/año) y mortalidad (2ª causa de muerte por cáncer) el CCR (cáncer colorrectal) se ha convertido en un problema de salud pública en España. Hasta en un 25% existen antecedentes familiares. En este contexto el internista debe estar familiarizado con el despistaje de pacientes de alto riesgo de CCHNP y con los programas de cribado.

**Material y métodos.** Estudio de 4 casos probando con sospecha clínica de CCHNP y de sus familias con la finalidad de: 1) Identificar pacientes de riesgo de cáncer de colon hereditario (CCRH) en la práctica clínica. 2) Confirmar la carga familiar aplicando los criterios diagnósticos de Amsterdam II y Bethesda. 3) Estudio del probando mediante técnicas de biología molecular (Inestabilidad de microsatélites- fenotipo RER +) y análisis mutacional de genes reparadores de DNA. 4) Consulta genética y estudio de familiares en primer grado mediante análisis mutacional (h-MLH-1, hMSH-2, hMSH-6). 5) Inclusión en programa de cribado de población de alto riesgo de los familiares con mutación + o indeterminados.

**Resultados.** Identificación de pacientes de riesgo alto de CCHNP en base a: 1) Presentación precoz < de 45 a. (3 casos). 2) Localización derecha (3 casos). 3) Histología característica (3 casos). 4) Coexistencia de tumores de colon o extracolónicos asociados a CCHNP metacrónicos (2 casos) Estudio de familiares: Casos 1 y 2 cumplen criterios de Amsterdam II. Los casos 3 y 4 cumplen criterios de Bethesda. Estudio de inestabilidad de microsatélites (RER +) en tejido tumoral utilizando el microsatélite BAT-26 en probandos: positivo en casos 1, 2 y 4. Análisis mutacional de genes reparadores de DNA extraído de linfocitos periféricos: Se detecta la mutación h-MLH-1 en los casos 1, 2 y 4 Consulta genética y estudio de familiares en 1º grado de probandos ( ver árbol genealógico 1 y 2). Actitudes preventivas: Histerectomía en probando 2. Los probandos y familiares con mutación + se incluyen en programa de cribado de alto riesgo mediante colonoscopia cada 1-2 años. Se propone ampliar el cribado de ca. extracolónicos a probando y familiares del caso 2.

**Discusión.** El CCHNP o Síndrome de Lynch representa hasta el 5% de los CCR. Se hereda con carácter autosómico dominante con alta penetrancia. En nuestros casos se identifican como rasgos característicos de CCHNP: presentación precoz, localización habitual en colon derecho, histología característica, incidencia elevada de tumores de colon y extracolónicos sincrónicos o metacrónicos. El estudio de familiares mediante criterios de Amsterdam II y/o Bethesda confirma el carácter familiar. Como screening en el probando se estudia fenotipo RER en tejido tumoral y se confirma mediante análisis mutacional de genes reparadores de DNA. La mutación más frecuente en nuestro medio es la h-MLH-1 59% (+ en todos los casos) seguido de h-MSH-2 38%. Tras consejo genético se propone estudio mutacional en familiares en 1º grado e inclusión en programa de cribado.

**Conclusiones.** 1. En la actualidad es posible confirmar el diagnóstico de CCHNP mediante técnicas de biología molecular (MSI) y análisis mutacional de genes reparadores de DNA en el probando y realizar consejo genético en familiares en 1º grado con mutación +. 2. Se recomienda iniciar el cribado de esta población a los 25-30 a. o 10 años antes de la edad de presentación del familiar afecto más joven. 3. El cribado en CCHNP incluye la realización de una colonoscopia cada 1-2 años. No existe en la actualidad una estrategia de eficacia demostrada de cribado de neoplasias extracolónicas asociada. Sin embargo en familias con una mayor agregación o frecuencia de estas se recomienda ampliar el cribado mediante ecografía y citologías ginecológicas (6 m-1 año), citología de orina anual y ecografía abdominal/TAC alternando cada 2 años.

#### V-181

##### ESTUDIO DESCRIPTIVO DE LOS PACIENTES AMBULATORIOS REMITIDOS A LA CONSULTA EXTERNA DE MEDICINA INTERNA PARA ESTUDIO DE ANEMIA SEGÚN UN PROTOCOLO CONJUNTO CON ATENCIÓN PRIMARIA

**N. Ahmad, E. Ascuña, M. Orozco, A. Mora, C. Escolano, R. Hurtado, M. Piedecausa, A. Martín-Hidalgo**

Medicina Interna. Hospital General Universitario de Elche, Alicante.

**Objetivos.** 1) Conocer las características epidemiológicas, clínicas y etiológicas de los pacientes con anemia del Departamento de Salud 20 de la Comunidad Valenciana. 2) Conseguir una cohorte de pacientes con anemia de origen oscuro que nos permita conocer mejor este síndrome. 3) Homogeneizar la atención de este síndrome y comenzar a trabajar de forma coordinada con Atención Primaria.

**Material y métodos.** En el 2005 elaboramos un protocolo para el manejo de la anemia, fruto del consenso entre Médicos de Atención Primaria, internistas y hematólogos. Estudio retrospectivo de las historias clínicas de los pacientes estudiados por anemia, según protocolo, en la Consulta Externa de Medicina Interna durante el año 2005. Recogida de datos según protocolo estructurado. Análisis descriptivo de las variables.

**Resultados.** Hemos analizado las variables de 83 pacientes, edad media: 62,8 años (DE: 20,20), la mayoría mujeres (81,9%). Hemoglobina media: 9,7 g/dL; VCM medio: 74,54. Los valores de ferritina oscilaron entre 2- 469 ng/mL, media: 62,08 ng/mL. El 51% de las anemias fueron ferropénicas ( 65% por pérdidas digestivas y 35% por pérdidas ginecológicas) Anemia de enfermedad crónica 12% y anemias de origen oscuro un 24%, de las cuales un 60% eran ferropénicas. Otras causas: 2 casos de anemia perniciosa, 3 sd mielodisplásicos y 2 gammopatías monoclonales. Los pacientes procedían mayoritariamente desde Atención Primaria y en algunos casos habían precisado acudir al Servicio de Urgencias por ser anemias severas.

**Conclusiones.** En muchos casos la anemia puede ser estudiada en consultas externas. La anemia ferropénica, como en la mayoría de las series, fue la más frecuente. En un cuarto de los pacientes no se descubrió la etiología de anemia, el seguimiento de esta cohorte nos puede ayudar a conocer mejor la anemia de origen oscuro. Es importante establecer protocolos comunes con Atención primaria para el abordaje de los síndromes más prevalentes.

#### V-182

##### INTENTOS DE AUTOLISIS POR TÓXICOS

**J. Pérez Silvestre<sup>1</sup>, R. Oropesa Juanes<sup>1</sup>, P. Herrera de Pablo<sup>2</sup>, D. García Escrivá<sup>1</sup>, C. García Fabra<sup>1</sup>, C. Benjamín<sup>1</sup> y A. Herrera Ballester<sup>1</sup>**

<sup>1</sup>Medicina Interna, <sup>2</sup>Urgencias. General Universitario, Valencia.

**Objetivos.** España es en estos momentos es el país número uno en consumo de drogas. El presente estudio trata de analizar las características epidemiológicas, clínicas, y terapéuticas de las intoxicaciones agudas con tóxicos por intento de autolisis, en nuestra área médica.

**Material y métodos.** Se ha efectuado un estudio observacional, descriptivo, prospectivo y analítico de los 86 casos de intoxicaciones agudas con intento de autolisis atendidas por la U.Toxicología Clínica del Hospital General de Valencia entre septiembre '05 y mayo '06.

**Resultados.** Edad media de nuestros pacientes fue 39,52. El 53,5% de los pacientes fueron mujeres, mientras que el 46,5% fueron varones. Los pacientes solteros (48,6%) fueron los que más intento de autolisis presentaron, los casados (35,1%), y los separados (13,5%). Viven en familia (55,3%), en parejas (19,1%), independizados (17%), e institucionalizados (8%). Desempleados (42,4%), ama de casas (27,3%), activos (15,2%), y estudiantes y baja laboral (6,1%). El 67,7% estudios primarios, el 22,6% sin estudios. El 76% de los intoxicados asociado alcohol, siendo el 24% intoxicaciones alcohólicas puras. Tóxicos utilizados, las benzodiazepinas (38%), antidepresivos (14,4%), litio (14,1%), paracetamol (5,9%), organofosforados 4 pacientes, y uno lejía doméstica. Lugares para la intoxicación, domicilio 82,6%, seguido de la vía pública 8,1%; encontrado por la familia 59,3%, y 25,6% sin relación con el paciente. El 40,7% de los casos, no se supo el desencadenante principal de la intoxicación, 15,1% fue por problemas familiares. El 44,2% fue a partir de su

medicación habitual, 38,4% intencionada la obtención del tóxico. Vía de entrada más frecuente digestiva (98,8%). El 38,4% no presentaban hábitos tóxicos, 30,2% un hábito tóxico (dentro de éste: 32% tabaco, 24% enolismo), 15,1% dos tóxicos (30,76% alcohol + tabaco), 9,3% tres tóxicos (más del 50% consumían alcohol + tabaco + benzodiacepinas). En los últimos 12 meses, el 33,7% no había consumido ningún tóxico, 32,6% un tóxico (50% benzodiacepinas, 46,42% alcohol o tabaco, 3,5% cocaína), 20,9% dos tóxicos. La asistencia inicial primera en el hospital (30,2%), SAMU (24,4%), 1,2% centro de atención primaria. El traslado al hospital se realizó más frecuentemente en medios propios del paciente (45,3%), SAMU 27,9%, soporte vital básico 10,5%. El tiempo medio desde la intoxicación hasta la atención médica fue de 118,27 minutos (aprox. 2 horas). El 12,8% asintomáticos al diagnóstico, 50% un solo tipo de clínica (59% neurológica), 26,7% clínica digestiva y neurológica conjunta, un 9,3% clínica neurológica, digestiva y alteraciones de la conducta. Los parámetros analíticos y las constantes medias fueron: TA sistólica 125,32, TA diastólica 72,91, glucosa 98,20, frecuencia cardíaca 87,15, Na 139,51, creatinina 0,85. El diagnóstico se obtuvo en el 52,3% de los casos gracias a la analítica, 39,5% por la anamnesis. La identificación del tóxico un 64% por la analítica, y un 26,7% por la anamnesis. En cuanto al tratamiento, 3,6% no requirió ningún tratamiento, 41,9% recibió un tratamiento (36,11% tratamiento de soporte, 25% reanimación cardio-pulmonar, y 13,8% antidotos específicos y hemodiálisis respectivamente; dentro de la diálisis todos fueron por litio); 41,9% requirió dos tratamientos distintos (64,51% tratamiento de soporte + antidoto específico). Antidotos, los más utilizados fueron la combinación de anaxate, benerva y benadon (70,46%), y la n-acetilcisteína 10,93%. El mayor número de tratamiento se realizó en el propio hospital (93%). El 45,3% de los pacientes fue dado de alta, 22,1% fue dado de alta tras 12 horas de evolución, 23,3% ingresó en el hospital, 0% de éxitos. **Conclusiones.** Predomina en gente joven, que vive en familia, solteros, con problemas familiares, desempleados, nivel de estudios bajos. Mayoría estaban asociados al alcohol, y se utilizaron benzodiacepinas, en casi la mitad de los casos correspondía a su medicación habitual. Alto porcentaje realizó el intento en el domicilio. Casi la mitad de los pacientes no tenía hábitos tóxicos, ni consumo últimos 12 meses, los que consumieron alcohol y benzodiacepinas. La clínica predominante fue la neurológica, o asociada a digestiva; en contraposición al diagnóstico se llegó por la analítica e identificación del tóxico. El tratamiento más utilizado fue de soporte y antidotos; un alto porcentaje requirió RCP, con bajo porcentaje de ingresos y ningún éxitos.

#### V-183

##### INTOXICACIONES POR LITIO

**D. García Escrivá<sup>1</sup>, J. Pérez Silvestre<sup>1</sup>, P. Herrera de Pablo<sup>2</sup>, R. Oropesa Juanes<sup>1</sup>, C. García Fabra<sup>1</sup>, B. Climent<sup>1</sup> y A. Herrera Ballester<sup>1</sup>**

<sup>1</sup>Medicina Interna, <sup>2</sup>Urgencias. General Valencia, Valencia.

**Objetivos.** Desde el inicio de las actividades de la Unidad de Toxicología Clínica del Servicio de Medicina Interna, han ingresado 150 pacientes con intoxicaciones agudas, el estudio trata de analizar las características epidemiológicas, clínicas, y terapéuticas de las intoxicaciones por litio.

**Material y métodos.** Se ha efectuado un estudio observacional, descriptivo, retrospectivo y analítico de los 16 casos de intoxicaciones por litio ingresados en la Unidad de Toxicología Clínica. Se han realizado dos escalas de gravedad: 1) según la clínica (grave: estupor, obnubilación, convulsiones y coma; moderada: mioclonías, ataxia cerebelosa, y desorientación temporo-espacial; leve: temblor y cefalea; y ausencia de gravedad). 2) según los valores séricos de litio (grave: litemia entre 2.6-4; moderada: litemia entre 1.3-2.5; y leve: litemia entre 0.8-1.2), para estadiar a los pacientes.

**Resultados.** La edad media de nuestros pacientes fue de 49,19 ± 18,49 años, con un intervalo 25-82 años. El 58,3% de los casos fueron mujeres (9 casos), frente al 43,8% que fueron hombres (7 casos). El 56,3% fueron intoxicaciones agudas (9 casos), y el 43,8% fueron catalogadas como intoxicaciones crónicas. El trastorno psiquiátrico más frecuente asociado a las intoxicaciones por litio fue el relacionado con los trastornos del estado de ánimo (trastorno bipolar) con un 87,5% de los casos, de los cuales 7 fueron hombres y 7 mujeres,

seguido de la esquizofrenia (trastornos psicóticos) por un 6,3%, que fue una mujer. El litio formaba parte de su tratamiento habitual en el 93,8% de los pacientes, sólo en un caso el litio no formaba parte de su medicación. La intoxicación se produjo en el 56,3% (5 mujeres y cuatro hombres) tras una ingesta con fines autolíticos, consecuencia de una patología concomitante en el 31,3%, y por ajuste terapéutico 12,3%. La clínica predominante fue en un 50% neurológica (mioclonías, temblor, alteraciones de la marcha, desorientación temporo-espacial y disminución del nivel de conciencia), 31,3% neurológicas y gastrointestinales (náuseas y vómitos); 18,8% estaban asintomáticos. Atendiendo a la sintomatología neurológica realizamos un estadije de gravedad, el 43,8% presentaron clínica de gravedad moderada (mioclonías, ataxia cerebelosa, y desorientación temporo-espacial), el 25% tenían ausencia de gravedad, y el 12,5% presentaron intoxicaciones con clínica de grave (estupor, obnubilación, convulsiones y coma). Se detectó niveles séricos de creatinina elevados en el 50% de los pacientes (8 casos) en el momento del diagnóstico. En todos los casos disponemos de niveles séricos de litio, el nivel medio de litio fue de 2,77 ± 0,91 mmol/L, con un intervalo de 1-4. El 56,25% intoxicaciones agudas, y todas con litemias por encima de 2 mmol/L; 43,8% fueron intoxicaciones crónicas, y de ellas sólo 2 tuvieron litemias por encima de 2 mmol/L. Con relación a los niveles de litemia clasificamos a los pacientes en tres estadios de gravedad, el 56,3% (litemia entre 2.6-4) estadio grave (5 mujeres y 4 hombres), y de ellas el 77,77% fueron intoxicaciones agudas; el 37,55% (litemia entre 1.3-2.5) estadio moderado y de ellas el 66,66% fueron intoxicaciones crónicas; y el 6,35% (litemia entre 0.8-1.2) fueron estadio leve. Respecto a las medidas terapéuticas realizadas durante el ingreso en el 50% de los casos tan sólo se realizaron medidas conservadoras; en el 30,3% se realizó hemodiálisis como medida principal, y en el 6,3% se realizó diuresis forzada, en un porcentaje similar diuresis forzada asociada a descontaminación gastrointestinal, y en el 6,3% restante diálisis asociada a descontaminación gastrointestinal. La estancia media global se estableció en 7,81 ± 5,27 días, con un intervalo entre 2-16 días. El 87,5% en el momento del alta no presentaron secuela alguna, en sólo dos casos (12,5%) se constataron secuelas de índole neurológica en el momento del alta (ataxia cerebelosa).

**Conclusiones.** Se asocia frecuentemente alteraciones psiquiátricas, sobretudoo el trastorno bipolar. Alto porcentaje el litio formaba parte de su tratamiento habitual, siendo en más de la mitad de los casos con fines autolíticos. Predomina la clínica neurológica, con niveles de gravedad moderados. Alto porcentaje presentó litemias graves, en contraposición más de la mitad sólo requirió tratamiento sintomático. Intoxicación frecuente, con bajo porcentaje de secuelas.

#### V-184

##### INTOXICACIÓN POR CARBOFURANOS. A PROPÓSITO DE DOS CASOS

**J. Pérez Marín<sup>1</sup>, R. Apolinario Hidalgo<sup>1</sup>, O. Lorenzo Betanco<sup>1</sup>, I. García Oliva<sup>2</sup>, L. Santana Cabrera<sup>2</sup>, F. Acosta de Bilbao<sup>1</sup>, P. Peña Quintana<sup>1</sup> y J. Gómez Díaz<sup>1</sup>**

<sup>1</sup>Medicina Interna. Hospital Universitario Insular de Gran Canaria. Las Palmas de Gran Canaria, Las Palmas. <sup>2</sup>Medicina Interna. Universitario Insular de Gran Canaria. Las Palmas de Gran Canaria, Las Palmas.

**Objetivos.** Presentamos dos casos de intoxicación por carbofuranos. Revisamos la literatura ante la presencia de intoxicación grave por este pesticida.

**Material y métodos.** Caso 1: varón de 58 años hipertenso, cuadro de malestar general, sudoración profusa, mareos y náuseas, presentando pupilas mióticas, fasciculaciones, bradicardia y disminución del nivel de conciencia requiriendo intubación orotraqueal. TAC craneal y ecocardiografía normales. Screening: benzodiacepinas y antidepresivos tricíclicos negativos y niveles de colinesterasa 1,5U/ml (3,9-11,5). Se tomaron muestras en sangre, orina y contenido gástrico para organofosforados (ver tabla) y se realizó estudio de la presencia de carbofurano fenol. Se inició pralidoxima, consiguiéndose la extubación, presentando neumonía aspirativa. Niega ingesta con ideas autolíticas y manejo de pesticidas. Caso 2: varón de 36 años. Acudió a por mareo, sudoración, desvanecimiento sin pérdida de conciencia, observándose hipertensión, taquicardia, miosis bilateral, agitación psicomotriz, estado confusional, fasciculaciones, sudoración



excesiva y broncorrea. Requiere intubación orotraqueal. Screening para drogas (anfetaminas, benzodicepinas y cocaína) que fué negativo. Se instauró tratamiento con ceftriaxona, vancomicina y aciclovir ante la posibilidad de meningococcalitis LCR normal. TAC craneal normal. Colinesterasa 3.5 U/ml (3.9-11.5). Se extrajo contenido gástrico para organofosforados. Se inició tratamiento con pralidoxima y atropina consiguiéndose extubación. No existía ingesta por ideas de autolisis ni contactos con pesticidas.

**Discusión.** Los carbamatos son un grupo de sales o esteres N sustituidas del ácido carbámico. Difieren de los esteres organofosforados pero todos inhiben acetilcolinesterasa. La inhibición reversible y de corta duración. Se absorben por ingestión, inhalación y penetran por piel. El carbofurano (2,3-dihidro-2,2-dimetilbenzofuran-7-yl methylcarbamate) es un carbamato insecticida. Es usado como insecticida, nematocida y acaricida en agricultura. Es más letal cuando se ingiere, altamente tóxico por inhalación y menos por absorción dermatológica. Su toxicidad está relacionada con la dosis que se recibe. Los síntomas incluyen náuseas, vómitos, diarrea, salivación excesiva, pérdida de fuerza, visión borrosa, dificultad para respirar, incremento de la tensión arterial e incontinencia. Puede aparecer broncorrea severa produciendo insuficiencia respiratoria así como alteraciones del SNC. Se observa taquicardia, taquipnea, salivación, miosis, hipertensión y fasciculaciones. El diagnóstico está basado en la sospecha clínica y la presencia de síntomas y signos colinérgicos. La principal causa de muerte es insuficiencia respiratoria. El diagnóstico es con el estudio de contenido gástrico y en sangre. La evolución fue satisfactoria.

Tabla 1. Niveles de carbofuranos.

	Caso	Caso 2
Niveles de colinesterasa (U/ml)		
Normal (3.9-11.5)	1,5	3,5
Carbofurano en contenido gástrico	Presencia masiva	Presencia masiva
Carbofuran-fenol en contenido gástrico	Presencia masiva	No estudiado
Carbofurano en suero (mg/l)	0,615	No enviado
Carbofuran-fenol en suero (mg/l)	No detectado	No enviado
Carbofurano en sangre (mg/l)	Trazas	No enviado
Carbofurano en orina (mg/l)	No detectado	No enviado
Carbofuran-fenol en orina (mg/l)	0,011	No enviado

**V-185**

**MARCADORES DE INFLAMACIÓN PLEURAL Y ENGROSAMIENTO PLEURAL EN LOS DERRAMES PLEURALES PARANEUMÓNICOS**

**T. Soriano<sup>1</sup>, C. Alemán<sup>1</sup>, J. Alegre<sup>1</sup>, R. Segura<sup>2</sup>, J. Carrasco<sup>3</sup>, E. Ruiz<sup>1</sup>, A. Vázquez<sup>1</sup> y T. Fernández de Sevilla<sup>1</sup>**

<sup>1</sup>Servicio de Medicina Interna, <sup>2</sup>Servicio de Bioquímica. Hospital Vall d'Hebron, Barcelona. <sup>3</sup>Departament de Salut Pública. Universitat de Barcelona, Barcelona.

**Objetivos.** Detectar los marcadores de inflamación pleural que se asocian a la presencia de engrosamiento pleural residual a los seis meses de finalizar el tratamiento de un derrame pleural paraneumónico.

**Material y métodos.** Se han estudiado 158 pacientes con DP bacteriano, 41 derrames tipo empiema (líquido pleural (LP) purulento); 49 DP paraneumónico complicado (LP no purulento con cultivo del LP positivo, pH pleural < 7 o glucosa pleural < 40 mg/dl); 17 DP paraneumónico borderline ( LP no purulento con cultivo del LP negativo, pH pleural 7-7.20 o LDH pleural > 1.000 UI/L y glucosa > 40 mg/dl) y 51 DP paraneumónico no complicado (LP no purulento con cultivo del LP negativo, pH pleural > 7.20, glucosa pleural > 40 mg/dl y LDH pleural < 1.000 UI/L). A todos los pacientes se les ha realizado un seguimiento radiológico a los seis meses de completar el tratamiento, analizando la presencia o no de complicaciones radiológicas en forma de paquipleuritis o persistencia del DP. Se ha analizado la asociación de las variables bioquímicas clásicas del DP (pH, glucosa, proteínas, LDH y recuento de neutrófilos) y los

marcadores de inflamación (elastasa polimorfonuclear, IL-8 y TNF- $\alpha$ ) con la persistencia de engrosamiento pleural residual radiológico.

**Resultados.** De los 158 pacientes de estudio, 52 presentaron complicaciones radiológicas en forma de engrosamiento pleural residual (EPR), mientras que en 106 la radiografía de tórax a los seis meses de completar el tratamiento del derrame pleural fue normal. Los resultados del análisis estadístico se muestran en la tabla 1. Al realizar el análisis multivariado se ha evidenciado que el marcador con mayor poder predictivo para la presencia de EPR es la elastasa polimorfonuclear (p = 0,012).

**Conclusiones.** 1) El engrosamiento pleural residual a los 6 meses de finalizar el tratamiento de un derrame pleural paraneumónico se presenta en el 33% de los pacientes. 2) Los marcadores clásicos de complicación de los derrames pleurales paraneumónicos, así como los mediadores de la cascada inflamatoria pleural se asocian a la presencia de engrosamiento pleural residual. 3) De todos ellos, la elastasa polimorfonuclear es el marcador con mayor poder predictivo.

Tabla 1. Mediana y significación estadística de los marcadores de inflamación pleural en la presencia de engrosamiento pleural residual.

	Curación	EPR	p
pH	7.33	7.00	< 0,001
Glucosa	100	41	0,003
Proteínas	4.3	4.8	0,092
LDH	939	1638	< 0,001

**V-186**

**SÍNDROME NEFRÓTICO DEL ADULTO: RECORDAR LA LÚES**

**D. García Esparza<sup>1</sup>, R. González Fuentes<sup>1</sup>, E. González Monte<sup>2</sup>, M. Cuadrado Fernández<sup>1</sup>, M. Álvarez Pérez<sup>1</sup>, J. Delgado García<sup>1</sup> y M. Praga Terente<sup>2</sup>**

<sup>1</sup>Medicina Interna, <sup>2</sup>Nefrología. Hospital Doce de Octubre, Madrid.

**Objetivos.** Describir las características clínicas y pronósticas de la nefropatía asociada a lúes.

**Material y métodos.** Revisión de los casos de nefropatía lúética diagnosticados en nuestro centro en el período 1973-2005 y de la literatura disponible mediante búsqueda en PubMed.

**Resultados.** Caso 1: LÚES 2ª Y GLOMERULONEFRITIS (GN) MEMBRANOSA: Varón 57 años, infección VIH con buena situación inmunológica sin precisar TARGA. Consulta por exantema máculo-papular en tronco y palmoplantar con febrícula, malestar, poliartalgias y edema perimaleolar y pretibial bilateral. Presenta un RPR (1/64) y FTA positivos en suero y negativos en LCR. Se constata proteinuria de 22 g/24 h, con síndrome nefrótico (SN) bioquímico y sedimento activo. Leve deterioro de función renal que se resuelve con albúmina. Se realiza biopsia renal que muestra GN membranosa inicial. Se administran 3.600.000 UI de penicilina benzatina i.m. A los 2 meses de seguimiento se confirma la resolución del cuadro clínico y bioquímico. Caso 2: LÚES 2ª Y GN MEMBRANOSA: Mujer 24 años sin antecedentes que consulta por edema generalizado y orinas colúricas de 24 horas de evolución, con exantema máculo-vesiculoso en tronco y raíz de miembros. Niega picadura de insectos, cuadro viral o toma de fármacos. Se constata proteinuria de 7 a 15 g/24 h, con función renal normal y SN bioquímico. Leucocituria en el sedimento. Serología lúética positiva. Se realiza biopsia renal, compatible con GN membranosa estadio I. Se trata con 8 dosis de 1.200.000 de UI de penicilina sódica i.m, resolviéndose por completo el cuadro clínico/bioquímico a los 15 días de iniciar tratamiento. Caso 3: LÚES LATENTE TARDÍA Y SN INCOMPLETO: Varón 33 años, obeso mórbido, bebedor, hipertenso esencial con mal control y con episodios de gota. Por serología lúética positiva en su cónyuge es estudiado con resultado positivo en suero y LCR. Niega fiebre o lesiones cutáneas. Se observan edemas en MMII y proteinuria en rango nefrótico (8,72 g/24 h) con SN bioquímico incompleto. Creatinina sérica 1.3 md/dl. Microhematuria en sedimento. Se trata

con penicilina acuosa iv durante 10 días y captopril. A las 6 semanas se observa una franca mejoría de la proteinuria hasta 1.22 g/24 h y de la dislipemia, que se atribuyen al tratamiento de la lúes. No se realiza biopsia renal por la buena evolución clínica y el mayor riesgo de complicaciones.

**Discusión.** La lúes, en sus formas congénita y secundaria, puede asociarse a afectación renal (0,3% casos), sobre todo a nivel glomerular si bien se han descrito casos de nefropatía túbulo-intersticial (T-I: nefropatía pierde-sal, diabetes insípida nefrogénica). La presentación clínica más frecuente es el SN, que en la lúes secundaria suele coincidir con las lesiones cutáneas o aparecer días más tarde, y cuya traducción anatomopatológica habitual es una GN membranosa, habiéndose descrito también cambios mínimos, GN mesangial y proliferativa difusa. Patogénicamente, la afectación glomerular está mediada por depósito de inmunocomplejos y la T-I por infiltración linfoplasmocitaria. El pronóstico de la nefropatía lúética es excelente, con rápida remisión con el tratamiento de la sífilis, siendo este hecho indispensable para poder establecer el diagnóstico. En los 3 casos expuestos la presentación fue en forma de SN, confirmando una GN membranosa en 2 de ellos. En todos se descartaron otras etiologías mediante los estudios pertinentes. La respuesta a la antibioterapia fue espectacular, con tiempos variables hasta conseguirse la remisión (15 a 60 días) dependiendo de la intensidad de la proteinuria y de la función renal previa. Aunque en el caso 3 no existe confirmación histológica y el SN no coincide con sífilis secundaria, la mejoría tras la antibioterapia, descartadas otras causas, apoya el origen lúético. La proteinuria residual podría explicarse por cierta nefroangioesclerosis (cardiopatía hipertensiva en ecocardiograma) e hiperfiltración por su obesidad (Creat s: 1,3, Ccreat: 104 ml/min). **Conclusiones.** Si bien la afectación renal en la sífilis es infrecuente, ésta debería considerarse en el diagnóstico diferencial del SN del adulto, así como en el estudio de otras glomerulopatías y patología T-I.

#### V-187

##### AMILOIDOSIS PRIMARIA

**S. Pérez Andrada, E. Fernández Pérez, I. Muínelo Voces, M. Liñán Alonso, M. Vázquez del Campo, M. Muñoz Rodríguez**

*Medicina Interna. Hospital de León, León.*

**Objetivos.** Perfil clínico, epidemiológico, métodos diagnósticos, tratamiento, letalidad y causas de ésta, de los pacientes diagnosticados de Amiloidosis primaria en el Hospital de León en los 3 últimos años.

**Material y métodos.** Estudio descriptivo transversal durante el período comprendido entre junio del 2003 y junio del 2006. Retrospectivo, a través de las historias clínicas de pacientes atendidos en el Hospital de León, aplicando un protocolo de variables: edad, sexo, patología asociada: mieloma múltiple, gammapatía de significado incierto, Macroglobulinemia de Waldstrom...; método diagnóstico aplicado; principales órganos afectados: corazón, riñón, cutáneo...; tratamiento aplicado: sintomático o específico; tasa de letalidad y por causas; y principal causa de defunción: cardíaca, renal, infecciosa.

**Resultados.** De un total de 57 pacientes diagnosticados de amiloidosis, han sido clasificadas como primarias 28 (49,12%), de las cuales hombres son el 57,14% y mujeres el 42,86%. La media de edad ha sido 74,67 años. Asociadas a: Mieloma múltiple el (50%), Gammapatía de significado incierto (42,86%), Macroglobulinemia de Waldstrom (3,6%), síndrome mielodisplásico (3,6%). Método diagnóstico: Biopsia de grasa subcutánea abdominal con tinción de rojo congo positiva (96,4%). Principales órganos afectados: corazón (71,43%), riñón (40,3%), digestivo (17,86%), nervios periféricos (14,3%) y cutánea (10,72%). Tratamiento aplicado: si gammapatía de significado incierto: sintomático (100%); si mieloma múltiple: mel-falán-prednisona (57,14%), VAD (21,4%), Trasplante de MO (28,57%) y sintomático (28,57%). Tasa de letalidad total (35,72%). Según causas: mieloma múltiple (80%), Gammapatía de significado incierto (20%). Causa de muerte: cardíaca (70%), renal (20%), infecciosa (10%).

**Conclusiones.** La amiloidosis primaria en nuestro estudio constituye el más frecuente tipo de amiloidosis. Se evidencia una ligera predominancia en hombres. La edad media de nuestros pacientes es de 74,14 años. La principal asociación es con el mieloma múltiple,

seguido cercanamente por la gammapatía de significado incierto. La biopsia de grasa subcutánea ha sido el método elegido, siendo positiva en más del 90%, al igual que en otros estudios, siendo también concordante con la principal afectación la cardíaca, seguida estrechamente por la renal. La tasa de letalidad es importante, sobre todo si se asocia con mieloma múltiple y existe afectación cardíaca. Es de gran relevancia conocer el perfil de esta patología pues implica la actitud a seguir y condiciona su pronóstico vital.

#### V-188

##### AMILOIDOSIS SECUNDARIA

**S. Pérez Andrada, I. Muínelo Voces, E. Fernández Pérez, M. Vázquez del Campo, M. Liñán Alonso y M. Muñoz Rodríguez**

*Medicina Interna. Hospital de León, León*

**Objetivos.** Perfil clínico y epidemiológico, métodos diagnósticos, tratamiento, letalidad y causas de ésta, de los pacientes diagnosticados de Amiloidosis secundarias en el Hospital de León en los 3 últimos años.

**Material y métodos.** Estudio descriptivo transversal durante el período comprendido entre junio del 2003 y junio del 2006. Retrospectivo, a través de las historias clínicas de pacientes atendidos en el Hospital de León, aplicando un protocolo de variables: edad, sexo, patología asociada: tuberculosis, artritis reumatoide, linfomas, tumores de órganos sólidos...; método diagnóstico aplicado; principales órganos afectados: corazón, riñón, piel...; tratamiento aplicado: sintomático o específico; tasa de letalidad y por causas y principal causa de defunción: cardíaca, renal, infecciosa.

**Resultados.** De un total de 57 pacientes diagnosticados de Amiloidosis, han sido clasificadas como secundarias 21(36,85%), de las cuales son hombres (42,86%), y mujeres (57,14%). La media de edad 71,76 años. Asociadas a: Artritis reumatoide (42,85%), tuberculosis (9,52%), linfomas (14,28%), otros tumores (33,33%). Método diagnóstico: Biopsia de grasa subcutánea abdominal con tinción de rojo congo positiva (99,95%). Principales órganos afectados: corazón (61,9%), riñón (47,62%), digestivo (28,57%), piel (23,8%), nervios periféricos (9,52%), pulmonar (4,76%) y cerebral (4,76%). Tratamiento aplicado: sintomático y específico de la enfermedad de base (100%). Tasa de letalidad total (38,1%). Según causas: AR (55,5%), TBC (50%) y tumores (33,3%). Causa de muerte: cardíaca (62,5%), renal (25%), infecciosa (12%).

**Conclusiones.** La amiloidosis secundaria constituye en nuestro estudio la segunda causa más frecuente de amiloidosis. Se evidencia una ligera predominancia en mujeres. La edad media de nuestros pacientes es de 71,76 años. La principal asociación es con la AR, seguida estrechamente por los tumores. La biopsia de grasa subcutánea ha sido el método elegido, siendo positiva en más del 90%, al igual que en otros estudios, siendo también concordante con éstos que la principal afectación es la cardíaca, no obstante a destacar frente a otros tipos de amiloidosis, es la afectación de múltiples órganos y sistemas. La tasa de letalidad es importante, sobre todo si se asocia con AR de larga evolución y existe afectación cardíaca. Conocer el perfil de esta patología implica la actitud a seguir y puede condicionar su pronóstico vital.

#### V-189

##### AMILOIDOSIS SENIL

**E. Fernández Pérez, S. Pérez Andrada, F. Aly Mourad, M. Ledo Laso, M. Liñán Alonso y M. Muñoz Rodríguez**

*Medicina Interna. Hospital de León, León*

**Objetivos.** Perfil clínico y epidemiológico, métodos diagnósticos, tratamiento y letalidad y causas de ésta, de los pacientes diagnosticados de Amiloidosis senil en el Hospital de León en los 3 últimos años.

**Material y métodos.** Estudio descriptivo longitudinal durante el período comprendido entre junio del 2003 y junio del 2006. Retrospectivo, a través de las historias clínicas de pacientes atendidos en el Hospital de León, aplicando un protocolo de variables: edad, sexo, método diagnóstico aplicado, principales órganos afectados: corazón, riñón, piel...; tratamiento aplicado: sintomático o específico; tasa de letalidad y principal causa de defunción: cardíaca, renal, infecciosa.

**Resultados.** De un total de 57 pacientes diagnosticados de Amiloidosis, han sido clasificadas asociadas a la edad 9 (33,33%), de las cuales son hombres (55,55%), y mujeres (45,45%). La media de edad 79,49 años. Método diagnóstico: Biopsia de grasa subcutánea abdominal con tinción de rojo congo positiva (100%). Principales órganos afectados: cardíaca (55,55%), renal (55,55%), cutánea (11,11%) digestiva (33,33%), cerebral (33,33%), tiroidea (22,22%), articular (11,11%). Múltiple: 77,77%. Tratamiento aplicado: sintomático (100%) y específico: trasplante renal (11,11%). Tasa de letalidad total (22,22%). Causa de muerte: cardíaca (100%), renal (25%), infecciosa (12%).

**Conclusiones.** La amiloidosis senil constituye en nuestro estudio la tercera causa de amiloidosis. Ligera predominancia en hombres. La edad media es más elevada que en otros tipos de amiloidosis. La biopsia de grasa subcutánea ha sido el método elegido, siendo positiva en más del 90%, al igual que en otros estudios, siendo también concordante con éstos que la principal afectación es la cardíaca y renal. La afectación múltiple se produce hasta en 2/3. La tasa de letalidad es importante, sobre todo si existe afectación cardíaca, pero menor que en otros tipos. Conocer el perfil de esta patología implica la actitud a seguir y puede condicionar su pronóstico vital.

#### V-190

##### SÍNDROME CARCINOIDE ATÍPICO

**S. Pérez Andrada, R. De Castro Losa, R. Pérez Simón, I. de la Iglesia Banjul y M. Muñoz Rodríguez**

Medicina Interna. Hospital de León, León

**Objetivos.** Perfil clínico de los pacientes con síndromes carcinoides atípico en un Servicio de Medicina Interna.

**Material y métodos.** Estudio descriptivo tipo serie de casos de síndrome carcinoide atípico en pacientes ingresados en el Servicio de Medicina Interna del Hospital de León durante el mes de Junio del 2006.

**Resultados.** Caso 1: Motivo de ingreso: varón 77 años con dolor en epigastrio irradiado hacia la espalda de carácter continuo que no se acompaña de náuseas ni vómitos, sí de sensación de mareo y sudoración profusa. Despeño diarreico. Refiere episodios ocasionales de estas características en los últimos meses. Antecedentes personales: Minero. Fumador. HTA. IAM inferior. Exploración: Abdomen: hepatomegalia. MH. 7 cms. Resto nada a destacar. Pruebas complementarias: Ecografía abdominal: En lóbulo hepático izquierdo imagen ovalada con halo hipocogénico. Asas intestinales de delgado con pared engrosada. TC abdomen: En un segmento largo del íleon distal y terminal engrosamiento concéntrico de la luz y presencia de una masa de 2 cms. en raíz del mesenterio. No líquido libre. Orina de 24: Ac vanilmandélico: 6,27 mgr/24 horas. Ac. 5Hidroxiindolacético 14,3 mg/24 h. Gammagrafía con Octeótrido: Captación patológica en hígado, pelvis, mesenterio y asas intestinales. Compatibles con lesiones tumorales que expresan receptores de somatostatina. PAAF hepática: compatible con metástasis de tumoración neuroendocrina de bajo grado citológico. Caso 2: Varón de 47 años remitido para estudio de nódulo pulmonar en LID, y fenómeno de Raynaud, sin otra clínica acompañante. Antecedentes personales: fumador. Exploración física: cianosis distal en extremidades superiores inducida por el frío. Resto nada a destacar. Pruebas complementarias: Control analítico básico: nada a destacar. Rx- tórax: Nódulo pulmonar 2,2 cm en región basal derecha. Espirometría: normal. Broncoscopia: normal. TC Toracoabdominal: No adenopatías mediastínicas, ni hiliares. Adenopatía subcarinal > 1 cm. Marcadores tumorales: normales. Orina de 24: Ac vanilmandélico y Ac. 5Hidroxiindolacético dentro límites normales. Toracotomía: segmentectomía atípica con estudio Anatómico patológico: compatible con tumor neuroendocrino (carcinoide).

**Conclusiones.** La prevalencia de tumores carcinoides con síndrome carcinoide típico acompañantes no es habitual, y menos aún si el síndrome carcinoide concomitante es atípico, en parte, esto es debido, a que su diagnóstico es dificultoso y su clínica altamente variable e inespecífica. Su pronóstico varía enormemente según el grado de extensión. La oportunidad de su diagnóstico en un tiempo recortado nos lleva a su publicación. Con ello, pretendemos realizar una llamada de atención sobre estos síndromes, que induzcan al clínico a su sospecha, e indirectamente a cambiar su infausta evolución.

#### V-191

##### ESTUDIO DESCRIPTIVO CLÍNICO-EPIDEMIOLÓGICO DEL FUMADOR EN UN SERVICIO DE URGENCIAS

**M. Martín Martín<sup>1</sup>, J. Luengo Álvarez<sup>1</sup>, J. Álvarez García<sup>1</sup>, L. Vicente Domínguez<sup>1</sup>, I. Utrabo Delgado<sup>2</sup>, F. Ruiz Llanos<sup>1</sup>, A. Marcos Sánchez<sup>2</sup> y J. Riesco Miranda<sup>2</sup>**

<sup>1</sup>Medicina Interna, <sup>2</sup>Neumología, <sup>3</sup>Urgencias. San Pedro de Alcántara, Cáceres.

**Objetivos.** Estudiar las características clínicas y epidemiológicas más relevantes en los pacientes fumadores que acuden a un servicio de Urgencias hospitalarias.

**Material y métodos.** Se realiza estudio retrospectivo mediante revisión aleatoria de los informes de alta correspondientes a los 2 últimos años y se valoran un total de 10 ítems referidos a datos epidemiológicos (edad y sexo), clínicos (motivo de consulta, diagnóstico al alta y necesidad de ingreso) y tabaquismo (antecedentes, situación actual, intensidad de consumo y actitud terapéutica). Los resultados se almacenan en una base de datos y se realiza estudio estadístico mediante programa informático.

**Resultados.** Son evaluables un total de 596 informes (57% del total 1.050), que corresponden a 314 varones (V) (53%) y 282 mujeres (M) (47), con una edad media de 54 años. El número de fumadores activo es de 229 (38%) (130V/99M), 100 exfumadores (16%) (89V/11M) y 267 no fumadores (44%) (95V/172M). En el grupo fumador activo nos encontramos: a) con un mayor predominio de pacientes de ambos sexos en el estrato de edad entre 25-44 años. b) los síntomas clínicos predominantes son el dolor torácico (más frecuente en varones entre 25-44 años) y la disnea, al igual que en el grupo exfumador. En los no fumadores predomina el mareo. Con respecto a los ingresos, el 36% tiene antecedentes de tabaquismo activo o exfumador, con un claro predominio en varones, mayores de 45 años y con disnea como sintomatología predominante.

**Discusión.** El tabaquismo es el factor mejor conocido de morbi-mortalidad evitable. Se asocia, por tanto, a un gran número de entidades y alteraciones que condiciona que los pacientes hagan visitas no programadas a los médicos de atención primaria y frecuentes consultas a los servicios de Urgencias. En nuestro estudio encontramos que los pacientes con antecedentes de tabaquismo (exfumadores o fumadores activos) consultan con mayor frecuencia los servicios de Urgencias aquejados por sintomatología derivada de dicho consumo (disnea y dolor torácico) frente al grupo de no fumadores, cuyo principal motivo de consulta es el mareo.

**Conclusiones.** 1) En nuestro medio, los sujetos exfumadores o fumadores activos (con predominio del género masculino) visitan más las Urgencias que los no fumadores (donde predominan las mujeres). 2) La disnea y el dolor torácico son los síntomas más frecuentes. 3) Ingresan más los varones con edad superior a 45 años.

#### V-192

##### POLIMORFISMOS GENÉTICOS DE LA VÍA DEL FACTOR NUCLEAR KAPPA-B EN LA ENFERMEDAD HEPÁTICA ALCOHÓLICA

**M. Marcos Martín<sup>1</sup>, I. Pastor Encinas<sup>1</sup>, S. Inés Revuelta<sup>1</sup>, R. González Sarmiento<sup>2</sup> y F. Laso Guzmán<sup>1</sup>**

<sup>1</sup>Medicina Interna II. Hospital Universitario. Salamanca.

<sup>2</sup>Unidad de Medicina Molecular. Facultad de Medicina. Salamanca.

**Objetivos.** Sólo un porcentaje de alcohólicos desarrolla enfermedad hepática alcohólica, habiéndose establecido la existencia de una predisposición genética. El factor nuclear de la cadena kappa en células B (NF-κB) es un factor de transcripción implicado en la regulación de la respuesta inmune y de la inflamación, habiéndose comprobado que media el daño hepático inducido por el alcohol a través de la endotoxina, el acetaldehído o el estrés oxidativo. Se ha identificado un polimorfismo en el gen que codifica para la proteína NF-κB1 consistente en una inserción/delección (94ins/delATTG) con efectos funcionales sobre la transcripción de dicho gen. Asimismo, el polimorfismo A > G localizado en el exon 6 de la región 3'-UTR del inhibidor alfa del NF-κB (NFKBIA) se ha asociado con cambios en la estabilidad del precursor del mRNA de dicho gen. Se ha descrito la asociación de ambos polimorfismos con la predisposición genética a padecer patologías como la enfermedad inflamatoria intestinal. Todo

lo expuesto convierte a estos genes de la ruta de señales del NF- $\kappa$ B en genes candidatos para la susceptibilidad al desarrollo de hepatopatía alcohólica. Nuestro objetivo es por lo tanto estudiar la posible asociación del polimorfismo genético 94ins/delATTG del gen NF $\kappa$ B1 y del polimorfismo A > G en la región 3'-UTR del gen NF $\kappa$ B1A en el desarrollo de enfermedad hepática alcohólica.

**Material y métodos.** Se identificaron ambos polimorfismos en 260 pacientes alcohólicos hombres, 96 de ellos con cirrosis hepática y 164 sin enfermedad hepática alcohólica. 99 voluntarios sanos se utilizaron como controles. El análisis estadístico se realizó mediante el test de la chi-cuadrado.

**Resultados.** La distribución de las frecuencias de los diferentes genotipos en los pacientes controles cumplía el equilibrio de Hardy-Weinberg para ambos polimorfismos y es similar a las frecuencias halladas previamente en pacientes caucásicos. No se encontraron diferencias estadísticamente significativas en la distribución de los genotipos o de los alelos entre los controles y los pacientes alcohólicos y tampoco entre los pacientes alcohólicos con y sin enfermedad hepática alcohólica.

**Discusión.** Nuestros resultados no muestran asociación entre los polimorfismos estudiados y la susceptibilidad al desarrollo de hepatopatía alcohólica. Dado que la asociación del NF- $\kappa$ B con la patogenia de la enfermedad hepática alcohólica está claramente establecida es improbable que nuestros resultados reflejen una falta de asociación de esta ruta de señales con dicha enfermedad. Es posible, en cambio, que aunque la delección ATTG en el polimorfismo del gen NF $\kappa$ B1 se haya asociado con una reducción de la actividad in vitro, la relevancia funcional de este polimorfismo no sea importante debido a interacciones con otros factores genéticos o ambientales. Asimismo, todavía está por aclarar la influencia del polimorfismo estudiado del NF $\kappa$ B1A sobre la activación del NF- $\kappa$ B. Es importante también considerar que dada la gran cantidad de genes activados por el NF- $\kappa$ B, con múltiples efectos, es posible que la mutación de una única variante genética, aunque sí tenga consecuencias funcionales in vivo, no tenga influencia sobre el desarrollo final de cirrosis hepática.

**Conclusiones.** Según nuestro estudio, no existe asociación entre los polimorfismos estudiados y el desarrollo de enfermedad hepática en pacientes alcohólicos en nuestra población. Son necesarios nuevos estudios para aclarar la participación de la vía de activación del NF- $\kappa$ B en el desarrollo de hepatopatía alcohólica.

## V-193

### IMPACTO DE RITUXIMAB EN EL TRATAMIENTO DE LINFOMA B DE CÉLULA GRANDE (EVALUACIÓN EN 93 PACIENTES)

**J. Alonso Alonso, A. Cánovas Fernández, J. Barreiro García, A. Álvarez Blanco y C. Aguirre Errasti**  
Medicina Interna. De Cruces. Baracaldo, Vizcaya.

**Objetivos.** Validar en una población de pacientes no seleccionados la eficacia de Rituximab, asociado a quimioterapia (QT), en remisión completa y supervivencia de los afectados por linfoma B de célula grande (LBCG).

**Material y métodos.** Estudio comparativo de respuesta, tiempo hasta fallo del primer tratamiento (por recaída, muerte o cambio de terapia por toxicidad, intolerancia o progresión) y supervivencia entre los pacientes con LBCG tratados en el servicio de Medicina Interna del H. de Cruces desde enero-98 a marzo-02, "cohorte histórica" (CH), con quimioterapia tipo CHOP, y los tratados desde abril-02 a junio-06 asociando Rituximab a quimioterapia similar (cohorte RQT). Pacientes excluidos: aquellos en estadio I sin factores pronósticos desfavorables. Variables analizadas: demográficas, pronósticas, respuesta al primer tratamiento, tiempo hasta fallo de éste y supervivencia. Métodos estadísticos: *t* de Student,  $\chi^2$ , tablas de supervivencia de Kaplan-Meier y *log rank test*

**Resultados.** De nuestra serie de 514 pacientes con linfoma (desde sep-1980) cumplen criterios de inclusión 93 pacientes, 40 en el primer periodo (CH) y 53 en el segundo (RQT). No hubo diferencias significativas en la distribución por sexos ni edad (medias: 61 y 63 años) como tampoco en los estadios clínicos (1-2 frente a 3-4: 13/27 en CH y 17/36 en RQT) o distribución por el índice pronóstico internacional (0-2/3-5: 15/25 en CH; 24/29 en RQT). La proporción de pacientes que alcanzan remisión completa (incluyendo aque-

llos con residuo inactivo) fue superior en el grupo de RQT (89,6% frente a 70%) ( $p < 0,025$ ). La probabilidad de supervivencia sin fallo del primer tratamiento a tres años ha sido de 86% en el grupo RQT frente a 46% en la CH ( $p < 0,001$ ). La mediana de supervivencia no se ha alcanzado en ninguno de los dos grupos, siendo la probabilidad de supervivencia a tres años de 54% en el grupo sin Rituximab frente a 86% en el grupo RQT ( $p < 0,025$ ).

**Discusión.** La introducción de Rituximab, anticuerpo monoclonal anti-CD20, antígeno presente en todos los linfocitos B, ha supuesto un avance notable en el tratamiento de los linfomas B, por activación de la inmunidad antitumoral y sinergia con quimioterapia, como ha quedado comprobado en estudios de tratamiento aleatorizados. Sin embargo, los estudios multicéntricos son proclives a sesgo de selección de pacientes, por lo que puede ser discutible la generalización de sus conclusiones. En el estudio de GELA en mayores de 65 años se confirmó a los cinco años la diferencia de resultados favorable al grupo tratado con Rituximab, pero las diferencias han sido menos evidentes en otros estudios randomizados. Nuestras observaciones son similares a las del estudio poblacional canadiense, que analizaba la supervivencia global y sin progresión desde la introducción de Rituximab con el periodo inmediato anterior, en el que se constata una diferencia en torno al 20% a los dos años en la supervivencia sin progresión (71% frente a 51%) y supervivencia global (77 frente a 53%), favorable a los tratados con Rituximab y quimioterapia.

**Conclusiones.** Confirmamos en una población no seleccionada de pacientes con linfoma B de célula grande la superioridad de Rituximab añadido a quimioterapia estándar frente a quimioterapia clásica, tanto en la proporción de respuesta como en su duración, así como la mayor supervivencia, reforzando su papel como tratamiento de referencia en esta patología en el entorno clínico habitual.

## V-194

### SÍNCOPE. ANÁLISIS DESCRIPTIVO DE UNA SERIE DE 212 PACIENTES

**N. Ribas<sup>1</sup>, T. Bosch<sup>1</sup>, M. Femenias<sup>1</sup>, J. Reyes<sup>2</sup>, C. Expósito<sup>3</sup> y J. Forteza-Rey<sup>1</sup>**

<sup>1</sup>Medicina Interna, <sup>2</sup>Digestivo, <sup>3</sup>Cardiología. Son Dureta. Palma de Mallorca, Baleares.

**Objetivos.** Análisis descriptivo de una serie de 212 pacientes ingresados con el diagnóstico de síncope durante un periodo de 12 meses en nuestro hospital.

**Material y métodos.** Estudio retrospectivo de pacientes ingresados con el diagnóstico de síncope durante un periodo de 12 meses (enero a diciembre del 2005) en un hospital de tercer nivel. Se analizaron las variables: edad, sexo, servicio de procedencia, enfermedades de base, exploración física, pruebas complementarias, diagnóstico etiológico y tratamiento.

**Resultados.** Se revisaron un total de 212 pacientes (114 varones y 98 mujeres). La edad media fue de 68,5 años (SD: 15). Por grupos de edades: < 30 años (6), 30-50 (22), 51-70 (60), > 70 (124). Los servicios de procedencia: Medicina Interna 44%, Cardiología 40%, otros 16%. Enfermedades de base asociadas: HTA (113), dislipemia (66), cardiopatía isquémica (44), D. Mellitus (43), insuficiencia vascular cerebral (31), neoplasias (26), insuficiencia cardíaca (23), EPOC (22). No tenían antecedentes de interés 44 pacientes. La exploración física al ingreso fue normal en 113 pacientes, el resto presentaron: soplo cardíaco (50), afectación neurológica (20), soplos carotídeos (6). Referían recurrencia de síncope 67 pacientes (31%). La RX de tórax fue normal en 116 pacientes y 50 presentaron cardiomegalia. El ECG se practicó en 203 pacientes y en 115 se objetivó algún tipo de alteración (BRHH, ondas Q de necrosis, fibrilación auricular, hipertrofia de VI, trastornos de repolarización). Se realizaron 134 Ecocardiogramas: normales (38), valvulopatía (69), hipertrofia de VI (55), disfunción diastólica (30), disfunción de VI (19), trastornos segmentarios de la contractilidad (18). TAC craneal (84) de los cuales 47 mostraron algún tipo de alteración (atrofia cerebral, áreas de isquemia). Ergometrías (13) de las cuales 7 fueron normales, 4 patológicas y 2 no concluyentes. El doppler de troncos supraaórticos se realizó en 27 pacientes y 10 presentaron anomalías. Se realizó Holter o telemetría en 78 pacientes y en 22 se objetivaron alteraciones. El estudio electrofisiológico se practicó en 14 pacientes y 5 fueron patológicos. Se realizaron 32 electroencefalogramas y 7 mostraron alteraciones. El masaje del seno carotídeo se realizó en 6 pacientes

y se detectaron pausas > 2,5 msg en 2. El test de mesa basculante se practicó en 13 pacientes y fue positiva en 6. Los diagnósticos etiológicos finales fueron: neuromediado- hipotensión ortostática 49%, cardiogénico 24%, cerebrovascular 4%, no filiado 23%. Requiritieron implantación de marcapasos o DAI 39 pacientes.

**Discusión.** El síncope es una entidad clínica frecuente representando en algunas series publicadas, el 3% de consultas a los Servicios de Urgencias y el 6% de ingresos hospitalarios. En prácticamente un 50% de pacientes no se puede establecer finalmente un diagnóstico etiológico.

**Conclusiones.** En nuestro estudio la etiología más común fue la de síncope neuromediado- hipotensión ortostática (49%). En un 23% de síncope no se llegó a filiar la etiología, semejante a otras series revisadas de la literatura (12- 42%). Fue más frecuente en pacientes ancianos > 70 años (58%). La distribución de etiologías fue variable dependiendo del servicio de procedencia de los pacientes.

#### V-195

### BENZODIAZEPINAS E INSUFICIENCIA RESPIRATORIA: UNA ASOCIACIÓN PELIGROSA

**J. Trujillo Pérez, S. Bermudo Conde, M. Requena Pou, M. Mateas Moreno, F. Jódar Morente, V. Navarro Pérez, S. Reyes Pozo y M. Almenara Escribano**

*Medicina Interna. Complejo Hospitalario de Jaén, Jaén.*

**Objetivos.** Conocer la frecuencia con la que pacientes diagnosticados de insuficiencia respiratoria siguen tratamiento con benzodiazepinas, así como determinar si éste tratamiento se modifica al alta tras un ingreso hospitalario

**Material y métodos.** Analizamos una muestra aleatoria del total de pacientes ingresados en el Servicio de Medicina Interna en el primer semestre de 2006. Se incluyeron 107 pacientes, de los cuales 60 habían ingresado con diagnóstico de Insuficiencia Respiratoria, y un grupo control de 47 pacientes ingresados por otras patologías.

**Resultados.** De los 60 pacientes ingresados por Insuficiencia respiratoria, el 18,3% recibían previamente tratamiento con benzodiazepinas, que no fue modificado posteriormente al alta hospitalaria. La edad media era de 76,6 años, caracterizada por un 48,3% de hombres y un 51,6% mujeres. Respecto al grupo control, de los 47 pacientes ingresados por otras patologías, el 25,5% tomaba benzodiazepinas, manteniéndose éstas en las órdenes terapéuticas del informe clínico de alta. La edad media de éste grupo era de 72,2 años, constituido por un 55,3% de hombres y un 44,6% de mujeres.

**Discusión.** La ansiedad, el insomnio, la depresión y el dolor son síntomas frecuentes en los pacientes con Insuficiencia respiratoria que con frecuencia requieren psicofármacos que pueden ser útiles si se tratan con el debido cuidado, conociendo la posibilidad que existe de depresión de los centros respiratorios. Las benzodiazepinas pueden ser toleradas en la Insuficiencia respiratoria de grado leve, pero pueden tener un efecto deletéreo en la enfermedad severa o en las exacerbaciones.

**Conclusiones.** Una elevada tasa de pacientes con diagnóstico de Insuficiencia respiratoria toma de forma habitual benzodiazepinas y ésta prescripción con frecuencia es mantenida al alta hospitalaria, tras un ingreso por exacerbación respiratoria. Dada la cautela que se debe tener al relacionar éstos fármacos a un diagnóstico de insuficiencia respiratoria, creemos que es necesario estar alerta a la hora de perpetuar esta asociación.

#### V-196

### RENTABILIDAD DIAGNÓSTICA DE UN CUESTIONARIO PARA LA DETECCIÓN DE DÉFICIT NUTRICIONAL DE HIERRO EN ESPAÑA

**R. Gabriel Sánchez<sup>1</sup>, M. Rubio<sup>2</sup>, M. Alonso<sup>3</sup>, B. Reviriego<sup>3</sup>, A. Ayuga<sup>4</sup> y A. del Castillo<sup>5</sup>**

<sup>1</sup>Investigación. Fundación Investigación Biomédica Hospital Univ. La Paz, Madrid. <sup>2</sup>Ginecología. Hospital Ramón y Cajal, Madrid. <sup>3</sup>CEIIS. Centro de estudios e investigación en salud, Madrid. <sup>4</sup>Dpto. Médico. Schwarz Pharma, Madrid. <sup>5</sup>Medicina Interna. Hospital Gregorio Marañón, Madrid.

**Objetivos.** Evaluar la utilidad diagnóstica de un cuestionario clínico estandarizado para identificar pacientes con déficit nutricional de hie-

rrero y anemia ferropénica comparando los resultados con la determinación de ferritina sérica.

**Material y métodos.** Estudio epidemiológico transversal (2 visitas y 9 zonas de estudio). Muestra de 941 pacientes mayores de 14 años (71,4% mujeres), de consultas de AP y ginecología, con riesgo o sospecha de padecer anemia. Confirmación de depleción de los depósitos de hierro a través de determinación de ferritina sérica y de anemia mediante niveles de hemoglobina. Tipificación de anemia ferropénica según criterios de la Sociedad Española de Nutrición Parenteral y Enteral (SENPE). Sospecha de déficit de hierro: puntuación en cuestionario > 14, confirmación diagnóstica: ferritina sérica < 12/ < 15 µg/l en hombres/mujeres y de anemia: hemoglobina < 13 mg/dl en hombres y < 12 mg/dl en mujeres.

**Resultados.** Edad media hombres: 51.7 años 34.5 en mujeres. La puntuación media del cuestionario de screening: 13.9 en hombres y 13.3 en mujeres (NS); 12.8 en Ginecología y 14.8 en Atención Primaria (AP) (p < 0,05). El diagnóstico de déficit de hierro según cuestionario fue altamente probable en el 42,4%. La diferencia de medias en sujetos con cuestionario de screening positivo entre ambas visitas fue 1.13 (0.61-2.01) (p < 0,001). La media de ferritina sérica fue 29.75 ± 35.16 y la prevalencia de déficit nutricional de hierro: 33.7% (IC95%: 37.2-47.7). El cuestionario de screening, respecto a la ferritina sérica, obtuvo una sensibilidad de 56.88%, especificidad: 60.75%, valor predictivo positivo: 42.38%, valor predictivo negativo 73.52%. El punto de corte óptimo (análisis ROC) del cuestionario de screening para el diagnóstico de déficit nutricional férrico fue 36 con una sensibilidad de 74%, una especificidad de 99,8%, un índice de validez de 60.12%, valor predictivo positivo de 66,7% y valor predictivo negativo de 66,5%.

**Discusión.** La puntuación del cuestionario de screening disminuyó en la visita 2 respecto a la visita 1 para el total de la muestra, por sexos y especialidades y en sujetos con Ferritina baja. El rendimiento diagnóstico del cuestionario determinado a través de los índices de rentabilidad diagnóstica ajustado por la prevalencia de déficit nutricional de hierro en la muestra arrojó un índice de validez de 59.45%, lo que supone una capacidad diagnóstica baja, y más eficaz en hombres y en AP. El índice global de validez del cuestionario mejoró en la visita 2 (61.58%) manteniendo una buena especificidad (72.64%).

**Conclusiones.** El cuestionario presenta mayor sensibilidad y especificidad en hombres que en mujeres. Respecto a los valores de hemoglobina, el punto de corte óptimo del cuestionario evaluado a través del análisis ROC, para la detección de anemia en el conjunto de la muestra fue de 12 puntos y mejor en hombres que en mujeres. Respecto a los valores de Ferritina, el punto de corte óptimo para la detección de déficit nutricional de hierro en la muestra total, fue de 36 puntos y también mejor en hombres que en mujeres.

#### V-197

### INTERCONSULTAS A MEDICINA INTERNA DESDE EL SERVICIO DE GINECOLOGÍA

**J. Recio, C. Alemán, J. Suriñach, J. Alegre, T. Fernández de Sevilla, E. Mena, M. Durán y A. Segura**

*Medicina Interna. Hospital General Universitari Vall d'Hebron, Barcelona.*

**Objetivos.** 1) Descripción de la demanda de interconsultas realizadas desde el servicio de Ginecología a un servicio de Medicina Interna en un hospital universitario 2) Descripción de las características clínicas de las enfermas consultadas.

**Material y métodos.** Estudio descriptivo de las enfermas ingresadas en el servicio de ginecología de nuestro centro en las que se solicitaba interconsulta médica al servicio de Medicina Interna durante el horario laboral (8 a 17 horas). Período de estudio: 8 de abril a 9 de diciembre de 2005. Se recogieron datos de: edad, antecedentes patológicos, motivo de la interconsulta, necesidad de valoración por otros especialistas, traslado a otras unidades, evolución durante el ingreso, prolongación de la estancia hospitalaria. Los resultados se expresan como medias con desviación estandar y porcentajes.

**Resultados.** Durante el período de estudio se atendieron 223 interconsultas (27,8 interconsultas por mes). La edad media fue 74 ± 16 años y la estancia media de 9,3 ± 4,1 días. Los antecedentes patológicos más importantes fueron: Hipertensión arterial 68%, diabetes mellitus tipo 2 24%, Insuficiencia cardíaca 36%, patología bronquial 21%, cardiopatía isquémica 18%. Las causas que motivaron las

interconsultas fueron: ajuste de tratamiento 72%, disnea 12%, valoración de la enferma 12%, dolor torácico 3%. Dos enfermas presentaron infarto agudo de miocardio por lo que se consultó con cardiología y fueron trasladadas a la Unidad Coronaria. Otras 3 enfermas presentaron insuficiencia respiratoria aguda que obligó a su traslado a la unidad de cuidados intensivos. En la evolución durante el ingreso falleció una de las enfermas ingresadas en coronarias y dos enfermas en planta como consecuencia de la enfermedad oncológica ginecológica que motivó el ingreso.

**Discusión.** El envejecimiento de la población y la comorbilidad de los enfermos han conducido a un cambio en las características de las pacientes que ingresan en los servicios de ginecología. Esto supone que a los condicionantes propios de la patología ginecológica con frecuencia se añaden los derivados de la comorbilidad de las pacientes. La atención médica del internista, por su visión global e integradora del enfermo, se perfila como necesaria y casi indispensable en la atención diaria de las enfermas ingresadas en ginecología. Ante los escasos datos en nuestro medio, decidimos analizar nuestra actividad.

**Conclusiones.** 1) El cambio en las características de las enfermas ingresadas en los servicios de ginecología debe plantear cambios asistenciales en la atención clínica de las mismas. 2) Debido a la similitud en el perfil clínico con respecto a edad y comorbilidad, el internista aparece como un facultativo resolutivo en los procesos médicos agudos de estas enfermas.

### V-198

#### MACRO-CREATININASAS TIPO 2 ¿MARCADOR TUMORAL DE MAL PRONÓSTICO?

A. Alguacil Muñoz<sup>1</sup>, M. Ruiz Ginés<sup>2</sup>, J. Troya García<sup>1</sup>, J. González Moraleja<sup>1</sup> y E. Fernández Rodríguez<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Medicina Interna, <sup>2</sup>Bioquímica. Virgen de la Salud, Toledo.

**Objetivos.** Las macrocreatininasas (Macro-CK) son las macroenzimas más frecuentes posiblemente por la solicitud de CK y CK-MB en las determinaciones analíticas para descartar cardiopatía isquémica. Estas Macro-CK son complejos de isoenzimas de la CK con mayor peso molecular, vida media y diferente movilidad electroforética. Se conocen 2 tipos: MacroCK-1 (Isoenzimas de la CK-BB unida a Inmunoglobulinas) y MacroCK-2 (CK mitocondrial polimérica). Su presencia puede provocar falsas elevaciones de la CK y CK-MB debido a la técnica de inmunoinhibición empleada por su sencillez y bajo coste. La MacroCK-2 se describió por 1ª vez en 1978 en una paciente con Ca. De mama. Desde entonces se ha relacionado con diversos procesos tumorales. Nuestro objetivo es conocer la naturaleza de los procesos asociados a Macro-CK-2 en nuestra población y determinar si la patología tumoral esta presente en este grupo de pacientes.

**Material y métodos.** Estudio descriptivo, retrospectivo, de los pacientes que acudieron al S. de Urgencias desde enero del 2004 hasta mayo de 2006, a los cuales se les solicitó determinaciones de CK y CK-MB (Técnica de inmunoinhibición). Se consideró probable la presencia de Macro-CK si el porcentaje CK/CK-MB era mayor del 25%. Se amplió estudio con determinación de Troponina I. Las determinaciones analíticas se solicitaron para descartar cardiopatía isquémica. La identificación de las isoenzimas de CK fueron realizadas mediante electroforesis en gel de agarosa.

**Resultados.** Se identificaron 10 pacientes con MacroCK-2. En 2 de ellos también presentaban MacroCK-1. La edad media era de 77 años (32-90), con una relación mujer/hombre de 3/ 7. Los niveles medios de Troponina I fueron de 0.12 ng/ml (0.0-4) y CK de 313 mU/mL con una CKMB de 516 U/L. La relación CKMB/CKtotal fue del 164%. En 2 de estos 10 pacientes presentaban patología no tumoral (una mujer con hepatopatía crónica/VHC y un hombre con esófago de Barret y metaplasia intestinal). En 8 pacientes se comprobó procesos malignos (3 casos con Ca. de próstata, 3 casos con Ca. digestivo, 1 caso con Linfoma Burkitt y 1 caso con carcinoma de origen desconocido). En el momento del estudio se objetivó extensión metastásica (hepática y ósea) en 7 pacientes (87%) con una alta mortalidad (62%) (5 éxitos).

**Discusión.** La valoración clínica de los pacientes con MacroCK-2 permite observar una mayor presencia en el sexo masculino. En el 80% de los casos se comprueba la existencia de patología neoplásica en el momento del estudio, con predominio de patología tumoral prostática y digestiva. A destacar 1 caso con diagnóstico de Linfoma

de Burkitt con carcinomatosis meníngea no descrito previamente y ausencia de neoplasia primaria pulmonar. Igualmente reseñar la alta presencia de invasión metastásica y mortalidad. Algunos estudios muestran una pobre sensibilidad y especificidad diagnóstica de la MacroCK y que su importancia radica en el diagnóstico diferencial de isquemia miocárdica. Consideramos que la existencia de una MacroCK-2 obliga a ampliar el estudio de enfermedad neoplásica, posiblemente en estadio avanzado, aunque siempre dirigida con una Historia Clínica para evitar estudios invasivos innecesarios.

**Conclusiones.** 1) La MacroCK-2 se asocia a patología neoplásica predominantemente de origen protático y digestivo. 2) La existencia de una MacroCK-2 podría considerarse como un marcador tumoral y factor de mal pronóstico clínico. 3) Necesidad de amplios estudios prospectivos para determinar su relevancia real en la práctica clínica.

### V-199

#### ENFERMEDAD HEPÁTICA CRÓNICA. ESTUDIO RETROSPECTIVO

R. Almeida, A. de Lara, A. Martins Baptista, H. Pacheco y J. Malhado

Medicina Interna. Curry Cabral, Lisboa.

**Objetivos.** Con el objetivo de caracterizar los pacientes con EHC ingresados en nuestro servicio para podernos comparar con otras series similares publicadas en la literatura, fue realizado un estudio retrospectivo de esta patología, prestando especial atención a la etiología, prevalencia, terapéutica, mortalidad y características generales de esta población en relación con el total de ingresos del mismo período.

**Material y métodos.** Fueron evaluados: edad, sexo, tiempo de ingreso, motivo del ingreso, alteraciones analíticas, patologías asociadas, tipo de tratamiento, tasa de mortalidad y destino de los pacientes después del alta.

**Resultados.** En 492 ingresos del período analizado (20 meses), 24 tenían EHC (4,87%), con una edad media de 57 años (69,5 en el total de ingresos) y un amplio predominio del sexo masculino, 22 pacientes, lo que corresponde al 91,6% (55,48% del total de ingresos). La duración media del ingreso fueron 10,2 días (10,13 días en el total de ingresos). En relación al motivo del ingreso fue predominante la patología infecciosa y la hemorragia digestiva. La EHC de etiología alcohólica correspondió al 83,3% de los pacientes, siendo los restantes casos de etiología infecciosa. La enfermedad asociada con más frecuencia fue la Diabetes Mellitus, constatándose hiperglucemias aisladas en muchos pacientes. Fallecieron 2 pacientes, lo que corresponde al 8,3% (5,86% en el total de ingresos) y solamente en un caso fue realizado el diagnóstico de hepatocarcinoma. Los pacientes tuvieron alta referenciados al médico de familia, consulta de Medicina Interna, consulta de hepatitis y/o consulta de alcoholé- mia. También fue realizada una revisión de los tratamientos efectuados, comparando la serie con otras series publicadas en la literatura. **Discusión.** Debido a que la principal etiología asociada a la EHC fue el alcoholismo (83,3%), teniendo en cuenta que un consumo de 80-160g de alcohol diarios durante 10-20 años causa hepatitis y/o cirrosis y que el consumo se inicia precozmente, siendo aún más frecuente en el sexo masculino (a pesar de que hay actualmente una tendencia al alza en el sexo femenino), podemos explicar el hecho de tener una media etaria más baja y un predominio del sexo masculino en nuestra serie. Los trastornos metabólicos son comunes en estos pacientes, por ejemplo, la hipoproteínemia, la hipoalbuminemia o la hiperglucemia, siendo éste último uno de los más frecuentes. Este hecho se basa, principalmente, en una resistencia a la acción de la insulina que se va instalando y que puede derivar finalmente, en una Diabetes Mellitus que fue la patología asociada con más frecuencia en nuestra serie. Debido a la gravedad de las múltiples complicaciones asociadas a la EHC (hemorragia digestiva alta por varices, ictericia, ascitis, encefalopatía, peritonitis bacteriana espontánea, sepsis, hepatocarcinoma) y a las descompensaciones frecuentes, los pacientes presentaron una tasa de mortalidad mayor (8,3%) que el resto de ingresos. La prevalencia de hepatocarcinoma en los pacientes con cirrosis crónica es de 3%. Nuestra serie fue de 0,2%. Este hecho puede ser justificado por la baja incidencia de etiología vírica (16,7%) en relación a la etiología alcohólica (83,3%), ya que uno de los principales carcinógenos del hígado es la infección crónica por el virus de la hepatitis C.

**Conclusiones.** Estos pacientes a pesar de ser más jóvenes que el resto de la población ingresada, tenían una mortalidad superior a la media. El predominio del sexo masculino fue evidente. La duración media del ingreso fue equiparable a la del resto de pacientes. Los datos obtenidos fueron comparables a otras series que se encontraron en la literatura publicada, tal y como será presentado.

#### V-200 NEOPLASIAS EN UN SERVICIO DE MEDICINA INTERNA: DE LA SOSPECHA AL DIAGNÓSTICO

**M. Mir Montero, B. Rodríguez Rodríguez, V. Vilchez Aparicio, S. Arponen, P. Sánchez Molini y C. Suárez Fernández**

*Medicina Interna. Hospital La Princesa, Madrid.*

**Objetivos.** Describir las características de los pacientes diagnosticados de neoplasias en el H. U. La Princesa (HUP) durante el período comprendido entre junio y diciembre del 2005.

**Material y métodos.** Revisión retrospectiva de las historias clínicas de pacientes que estando ingresados en el HUP han sido diagnosticados de neoplasias en dicho período. Se definió como criterio de selección de pacientes el diagnóstico de novo de la neoplasia, excluyendo a aquellos pacientes que tuvieran antecedente oncológico previo. Las variables estudiadas fueron las siguientes: edad, sexo, tiempo de evolución de la clínica, motivo de consulta, procedencia, tiempo de estancia hospitalaria, tipo de tumor, realización o no de prueba de imagen, tipo de estudio anatomopatológico realizado y destino del paciente al alta (oncología, paliativos, consulta de especialidades...).

**Resultados.** Del total de 162 historias revisadas con diagnóstico de tumor al alta, sólo en 52 pacientes (32,09%) el diagnóstico se realizó durante el ingreso. La distribución por sexo fue, varones 22 (42,30%), mujeres 30 (57,60%) la media de edad en varones de 76,36 años y en mujeres 75,26, no siendo estadísticamente significativa la diferencia entre éstos ( $p < 0,005$ ). Los motivos de consulta más frecuentes fueron con el mismo porcentaje (26,9%) el síndrome constitucional y los síntomas digestivos, considerando como tales las náuseas, vómitos, dolor y distensión abdominal. Respecto al tipo de tumor más prevalente en este estudio, los de origen digestivo representaban un 30,8% seguidos por los ginecológicos un 19,2% y hematológicos 13,5%, no resultando estadísticamente significativos en nuestra muestra, las diferencias obtenidas en estos diagnósticos comparándolos por edad, sexo y motivo de consulta. La estancia media en los pacientes de este estudio fue de 17,38 días significativamente mayor, estadísticamente hablando ( $p < 0,005$ ), que la habitual en nuestro Servicio (9,72 días). La prueba de imagen con mayor rendimiento diagnóstico fue el TAC, puesto que en un 53,8% se diagnosticó la neoplasia mediante esta prueba, ampliándose este estudio en pacientes candidatos a un posible tratamiento. Se realizó estudio anatomopatológico al 61,9% de los pacientes (biopsia 26,9% y citología 25%). En un 48,9% no se realizó dicho estudio. Del total de pacientes diagnosticados de neoplasia un 21,2% falleció durante el ingreso; de los no fallecidos, el 40,4% se derivaron a consultas de Oncología para seguimiento y tratamiento, el 17,3% a Cuidados Paliativos y el resto (21,2%) fueron derivados a consultas externas de diferentes servicios según el diagnóstico.

**Conclusiones.** Dado el aumento de pacientes que estando ingresados en el Servicio de Medicina Interna son diagnosticados de una neoplasia, consideramos necesario conocer el perfil de éstos, para optimizar su estudio durante el ingreso. La realización y aplicación de protocolos de actuación ante síntomas de sospecha, disminuiría la estancia media, el número de pruebas complementarias realizadas, la iatrogenia, el coste hospitalario y conseguiríamos una mayor rapidez en la decisión terapéutica.

#### V-201 RABDOMIOLISIS EN UN SERVICIO DE MEDICINA INTERNA

**M. Díaz Hurtado<sup>1</sup>, A. Vidal Tolosa<sup>2</sup>, L. Mouronval Morales<sup>2</sup>, M. Pina Latorre<sup>2</sup>, G. Pérez Vázquez<sup>2</sup>, L. García Aragón<sup>2</sup>, M. Juyol Rodrigo<sup>2</sup> y J. Uroz del Hoyo<sup>2</sup>**

<sup>1</sup>Medicina Interna. Clínica de Ponent, Lleida. <sup>2</sup>Medicina Interna. Obispo Polanco, Teruel. <sup>3</sup>MFyC. CAP Labordeta, Lleida.

**Objetivos.** La rhabdomiólisis es la destrucción de fibras musculares con paso de sustancias tóxicas a la circulación sistémica. Se caracte-

riza habitualmente por la presencia de hiperpotasemia, acidosis metabólica y fallo renal agudo. El objetivo de nuestro estudio es conocer la casuística de casos de rhabdomiólisis aguda de nuestro medio y caracterizar la presencia de factores favorecedores, síntomas y signos, complicaciones y eficacia del tratamiento.

**Material y métodos.** Se revisaron de forma retrospectiva los casos de rhabdomiólisis diagnosticados en el Hospital Obispo Polanco de Teruel en los últimos 5 años. Se recopilaron datos epidemiológicos, uso de tóxicos, antecedentes familiares de enfermedad muscular, prevalencia de síntomas, parámetros analíticos, necesidad de soporte renal y éxitos. Los datos se procesaron con el SPSS v13.

**Resultados.** Se hallaron 27 casos de rhabdomiólisis aguda, la mayor parte de ellos atendidos por Medicina Interna (14; 52%) y UCI (9; 33%). Un 85% (23) fueron varones, con edad  $61 \pm 21$  años, que permanecieron ingresados  $14 \pm 14$  días. Entre los factores favorecedores estaban: consumo de alcohol 6 (22%), drogas de abuso 2 (7%), fármacos miotóxicos 5 (18%), inmovilidad 11 (41%), lesión muscular directa 14 (52%), hipotermia 3 (11%), actividad muscular intensa 7 (26%), infección 21 (78%), sepsis 9 (33%). Presentaban fiebre 13 (48%), signos de deshidratación 16 (59%), hipotensión arterial 14 (52%). La mediana de CPK fue 5140 UI/L. Un 29% presentó arritmias. Se evidenció fracaso renal agudo en 19 casos (70%) precisando hemodiálisis 3 (11%) e insuficiencia hepática en 5 (18%). Un 30% (8) fallecieron durante el ingreso.

**Discusión.** A raíz de los datos obtenidos podemos afirmar que en nuestro medio la rhabdomiólisis aparece en varones mayores principalmente debido a lesión muscular directa, inmovilidad y en menor medida debido a fármacos o ingesta de alcohol. El dato clínico más frecuente fueron los signos de deshidratación presentando deterioro de función renal reversible en la mayoría de los casos. La mortalidad tan alta (30%) se relacionó con la no reversibilidad de la función renal al igual que se ha descrito en otras series.

**Conclusiones.** La rhabdomiólisis es una complicación grave de la inmovilidad y los traumatismos cuyo pronóstico está marcado por un abordaje agresivo de la prevención y tratamiento de la insuficiencia renal cuya reversibilidad marca el pronóstico.

#### V-202 INGRESOS RELACIONADOS CON COMPLICACIONES DEL TRATAMIENTO Y EFECTOS ADVERSOS DE LOS FÁRMACOS EN UN SERVICIO DE MEDICINA INTERNA

**V. Fernández Ladrón, J. Alonso Martínez, J. Gutiérrez Dubois, L. Munuera García, J. Moya Andía y B. Lasa Inchausti**

*Medicina Interna. Hospital de Navarra. Pamplona, Navarra.*

**Objetivos.** Identificar los ingresos relacionados con complicaciones del tratamiento y efectos adversos de fármacos (CyEAD), según los diferentes procesos clínicos de cada paciente, para tratar de establecer una incidencia y analizar los fármacos implicados y los problemas causados así como los órganos y sistemas afectados.

**Material y métodos.** Analizamos retrospectivamente todos los informes de alta del servicio de medicina interna del período 2001 al 2003. Se define complicación del tratamiento o efecto adverso del fármaco como aquellas alteraciones clínico-biológicas que no se explican por otro proceso clínico, están presentes en relación con la administración del fármaco, y se corrigen al retirarlo o modificar la dosis. Se dividen los fármacos en varios grupos dependiendo de su acción: cardiovascular (antiarrítmicos, digitales, diuréticos, inhibidores del sistema renina-angiotensina y beta-bloqueadores), analgésica (analgésicos simples, opiáceos y antiinflamatorios no esteroideos), fármacos modificadores de la hemostasia (antiagregantes plaquetarios y anticoagulantes), hormonal (insulina, glucocorticoides y anti-diabéticos orales) y de acción sobre el sistema nervioso central (anticomiales y neurolepticos). Análisis estadístico. Las variables cualitativas se expresan en porcentajes. Las variables continuas en media  $\pm$  la desviación estándar. Para comparación de variables cuantitativas, previa comprobación de distribución no paramétrica se utiliza la prueba de Mann Whitney. Para comparación de variables cualitativas se utiliza la comparación de proporciones.

**Resultados.** En el período 2001 al 2003 se evaluaron 3.991 informes clínicos, pertenecientes a 3.362 pacientes, de los cuales 2.221 (56%) eran varones y 1.770 (44%) mujeres, con edad media de  $70 \pm 14$  años y estancia media de  $9,02 \pm 5,60$  días. Se detectaron 249

(6,23%) ingresos relacionados con complicaciones del tratamiento, 121 (5,44% del total) ocurrieron en varones y 128 (7,23% del total) en mujeres ( $p < 0,05$ ), la edad media de los pacientes ingresados por CyEAD fue de  $72 \pm 13$  años ( $p < 0,01$ ), causaron 2.022 días de estancia hospitalaria con una estancia media de  $8,12 \pm 4,22$  días. El grupo de fármacos de acción cardiovascular estuvo implicado en el 55% de los ingresos por CyEAD ( $p < 0,001$  respecto al resto de los grupos). Individualmente, por orden de frecuencia, los fármacos implicados en el ingreso fueron: diuréticos en 50 (20%), AINEs en 28 (12%) y digitálicos, neurolépticos y diuréticos distales en 8% de los pacientes respectivamente. La mayor afectación sobre órganos y sistemas se apreció en el sistema digestivo en 59 ocasiones, seguido del metabólico en 55 ocasiones y del nefrológico en 53. Existen pacientes con afectación de 2 o más sistemas. Los efectos clínicos registrados como consecuencia de CyEAD con mayor frecuencia fueron trastornos iónicos en 37 ocasiones, vómitos en 32 ocasiones e insuficiencia renal en 28 ocasiones. Se registraron pacientes con 2 o más efectos clínicos diferentes. El número de fármacos que toma cada paciente era de  $6,52 \pm 3,33$ . Falleció 1 paciente durante el ingreso (tasa de mortalidad 0,40%).

**Discusión.** La prevalencia encontrada en nuestro estudio de CyEAD es del 6,23%, datos que coinciden con los de otros estudios similares realizados. Son importantes estas cifras por las prolongadas estancias que se ocasionan (estancia media  $8,12 \pm 4,22$  días), y el alto gasto sanitario que se origina. Es interesante destacar que los pacientes afectados tienen edades avanzadas ( $72 \pm 13$  años) y están polimedicados ( $6,52 \pm 3,33$  fármacos por paciente). Nuestra tasa de mortalidad ha sido muy reducida (0,40%). Esto puede explicarse porque algunos de los CyEAD más graves hayan fallecido previamente a llegar al hospital. Otra limitación de nuestro estudio es que se trata de un trabajo retrospectivo en el cual los datos han sido recogidos de informes de alta, y pueden no reflejarse dichos CyEAD. También puede ocurrir que os pacientes tengan varios efectos a la vez y solo se registre el principal.

**Conclusiones.** Resaltar el efecto de la pluripatología de los pacientes que ingresan en nuestro servicio, la polimedicación con la que están tratados y la edad avanzada como condicionantes de toxicidad.

### V-203

#### ESTUDIO DESCRIPTIVO DE LAS NEOPLASIAS DIAGNOSTICADAS EN UN SERVICIO DE MEDICINA INTERNA

F. Muñoz Díaz, R. Álvez Pérez, M. Magro Ledesma, L. Nevado López-Alegria, J. Ramos Salado,

J. Arrebola García y M. Pérez Miranda

Medicina Interna. Complejo Hospitalario Universitario Infanta Cristina, Badajoz.

**Objetivos.** Analizar las características de los pacientes ingresados en nuestro Servicio de Medicina Interna con el diagnóstico principal de neoplasia.

**Material y métodos.** Revisión retrospectiva de 146 pacientes diagnosticados de cáncer como diagnóstico principal en nuestro servicio desde el 1 de junio de 2004 hasta el 30 de junio de 2006, que representaban el 3,68% de los ingresos. 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, procedimientos diagnósticos utilizados y su derivación al alta.

**Resultados.** La edad media fue de  $69,49 \pm 11,4$  años. 106 pacientes (72,6%) eran hombres y 40 (27,4%) mujeres. La estancia media fue de  $16,95 \pm 9,6$  días. El 58,9% eran fumadores. El síndrome constitucional fue el modo de presentación más frecuente (63,7%), seguido del dolor (52,7%) y la clínica respiratoria (24%). Las neoplasias más frecuentes fueron: pulmón (36,3%), siendo el tipo histológico predominante el de células grandes con un 45,3%, estando en estadio IV el 79,2%; colon y recto 15,8%; hematológico 11% y metástasis de origen desconocido 8,9%. Las pruebas diagnósticas más realizadas fueron: Rx de tórax (91,1%), TAC de tórax (61,6%), ecografía abdominal (59,6%) y TAC de abdomen (54,1%). El 69,9% de los pacientes tenían metástasis en el momento del diagnóstico, siendo las ganglionares (39%) y las hepáticas (26,7%) las más frecuentes. Los métodos de obtención de material histológico más rentables fueron la biopsia (35,6%) y la PAAF (34,2%). La mortalidad intrahospitalaria fue de un 11,6%. 70 pacientes se derivaron a

Oncología Médica (47,9%), 26 a Cirugía (17,8%) y 16 a Hematología (11%).

**Discusión.** El envejecimiento de la población, el incremento de la incidencia de muchos tumores malignos y la mejor supervivencia de los enfermos de cáncer debido a los avances diagnósticos y terapéuticos, han supuesto un aumento significativo del número de pacientes con cáncer. De acuerdo con la literatura, en nuestra serie, más del 75% de las neoplasias tuvo lugar en los pacientes  $> 64$  años. Cada año se diagnostican 150.000 nuevos casos de cáncer en España (90.000 en hombres y 60.000 en mujeres). En términos absolutos, el cáncer es la primera causa de muerte en España, con 91.623 muertes en el año 2000, que representa el 25,6% de todas las defunciones.

**Conclusiones.** En nuestro servicio de Medicina Interna, la patología tumoral es más frecuente en varones, siendo el cáncer de pulmón la neoplasia predominante. Un alto porcentaje de casos se diagnostican en fases avanzadas de la enfermedad, momento en el que ya hay metástasis en una o más localizaciones. El síndrome constitucional es el motivo principal por el que ingresan los pacientes. Con todos estos datos consideramos a los servicios de Medicina Interna el lugar más acertado para el estudio de los pacientes que presentan síndrome constitucional.

### V-204

#### DIFERENCIAS EN LA DISTRIBUCIÓN POR GENOTIPOS DE SIETE POLIMORFISMOS DE GENES QUE REGULAN METABOLISMO LIPÍDICO, ESTRÉS OXIDATIVO, TROMBOFILIA Y NIVELES DE HOMOCISTEÍNA ENTRE MUJERES CON EMBARAZOS NORMALES Y CON TRASTORNOS HIPERTENSIVOS DEL EMBARAZO

V. Alfaro<sup>1</sup>, A. Vallejo<sup>1</sup>, D. Nieto Martín<sup>1</sup>, M. Miranda<sup>1</sup>, L. Bellido<sup>2</sup>, L. Jiménez<sup>1</sup>, J. Luna<sup>2</sup> y P. García de Grutos<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Unidad Clínico-Experimental de Riesgo Vascular (UCERV-UCAMI). Hospitales Universitarios Virgen del Rocío, Sevilla.

<sup>2</sup>Instituto de Investigaciones Biomédicas de Barcelona, Barcelona.

**Objetivos.** Analizar las diferencias entre mujeres con THE y con embarazos normales, en la distribución de 7 polimorfismos relacionados con trombofilia, niveles de homocisteína, estrés oxidativo y metabolismo lipídico.

**Material y métodos.** Estudiamos a 584 mujeres atendidas en HHUU Virgen del Rocío en 3<sup>er</sup> TM de embarazo: 134 embarazos normales, 266 hipertensas no proteinúricas (HNP) y 184 preeclámpticas (PE). Además de estudio analítico completo con excreción de proteínas en orina y niveles de homocisteína plasmática, a todas ellas se determinaron el polimorfismo del gen de la Apolipoproteína E, el C677T de la MTHFR, -930A/G del gen de la proteína p22phox, G20210A de la protrombina, los polimorfismos 4G/5G y -844G/A del gen del PAI-1 y el Factor V Leiden.

**Resultados.** La media de edad ( $31,0 \pm 4,7$  vs  $27,9 \pm 5,8$ ,  $p < 0,000$ ) y el IMC ( $31,8 \pm 5,8$  vs  $28,4 \pm 5,1$ ,  $p < 0,000$ ) fueron más elevados en HNP, mientras que número de embarazo ( $1,7 \pm 1,2$  vs  $1,3 \pm 0,9$ ,  $p < 0,000$ ), peso al nacimiento ( $3196 \pm 2100$  vs  $2189 \pm 831$ ,  $p < 0,000$ ) y semana de finalización del embarazo ( $38,2 \pm 2,3$  vs  $35,2 \pm 3,8$ ,  $p < 0,000$ ) fueron menores en mujeres con PE. Las cifras de colesterol total ( $237,0 \pm 49,3$  vs  $246,5 \pm 66,0$ ,  $p < 0,000$ ), triglicéridos ( $214,1 \pm 92,8$  vs  $261,8 \pm 128,6$ ,  $p < 0,000$ ), homocisteína ( $7,6 \pm 2,7$  vs  $11,1 \pm 10,6$ ,  $p < 0,000$ ) y ácido úrico ( $4,5 \pm 1,4$  vs  $6,2 \pm 1,8$ ,  $p < 0,000$ ) fueron también más altos en PE. Observamos mayor prevalencia de genotipos ?3/?4 y ?4/?4 de la apo E que de otros genotipos en pacientes con PE (46vs138,  $p < 0,01$ ) e HNP (40 vs 225,  $p < 0,01$ ) que en mujeres control (18vs116,  $p < 0,01$ ), presentando estas portadoras además perfil lipídico con cifras más altas de colesterol total (en mg/dl:  $253,7 \pm 37,9$  vs  $240,4 \pm 55,6$ ,  $p < 0,05$ ), triglicéridos ( $263,1 \pm 120,0$  vs  $223,2 \pm 93,6$ ,  $p < 0,005$ ) y LDL ( $156,8 \pm 40,1$  vs  $139,5 \pm 47,4$ ,  $p < 0,05$ ) y más bajas de colesterol-HDL ( $60,6 \pm 11,1$  vs  $68,0 \pm 17,2$ ,  $p < 0,01$ ). Aunque no encontramos diferencias significativas en la distribución del polimorfismo -930A/G de la p22phox, el genotipo GG fue más prevalente en HNP que en el grupo de PE (en HNP fue 103 de 266 y en PE fue 39 de 184 (OR: 2.35, IC: 1.49-3.70,  $p = 0,0008$ ).



Respecto al resto de polimorfismos analizados, no encontramos diferencias significativas entre los distintos grupos.

**Discusión.** Posiblemente la predisposición de los portadores del alelo ?4 de la apoE a desarrollar hipertensión, dislipemia e Insulinresistencia, cambios metabólicos descritos en HNP y PE, pueda explicar la mayor prevalencia de portadoras que encontramos. Las cifras más altas de homocisteína en PE en ausencia de diferencias en la distribución de genotipos del polimorfismo de la MTHFR estudiado, serían un ejemplo de predominio de factores ambientales sobre los genéticos.

**Conclusiones.** Los genotipos ?3/?4 y ?4/?4 de la apolipoproteína E fueron más prevalentes en los THE que en mujeres con embarazos normales presentando las primeras además perfil lipídico más desfavorable. Las gestantes con PE tienen niveles más elevados de homocisteína que las HNP o las pacientes control aunque no encontramos diferencias en la distribución del polimorfismo C677T de la MTHFR entre los grupos. Se describe la distribución del polimorfismo -930A/G en el promotor del gen de la p22phox en mujeres con THE, observando mayor número de embarazadas con genotipo GG en el grupo de la HNP.

### V-205. MACROGLOBULINEMIA DE WALDENSTRÖM Y LINFOMA LINFOPLASMACÍTICO (ESTUDIO DE 29 PACIENTES DE UNA SERIE DE 514 LNH)

**J. Alonso Alonso, A. Cánovas Fernández, J. Barreiro García, R. de la Prieta López y C. Aguirre Errasti**

Medicina Interna. Hospital de Cruces. Baracaldo, Vizcaya.

**Objetivos.** Evaluar presentación clínica, respuesta a quimioterapia y supervivencia en los pacientes afectados de linfoma linfoplasmacítico (LLP), con o sin macroglobulinemia de Waldenström (MW).

**Material y métodos.** Estudio comparativo, en la cohorte de 514 pacientes con linfoma no Hodgkin (1980-2006) del servicio de Medicina Interna del Hospital de Cruces, de los afectados por linfoma linfoplasmacítico con o sin macroglobulinemia de Waldenström. Variables analizadas: demográficas, aspectos clínicos relevantes, tratamientos, respuesta y supervivencia. Métodos estadísticos: t de Student, prueba exacta de Fisher, tablas de Supervivencia de Kaplan-Meier y log rank test.

**Resultados.** Cumplen criterios histológicos e inmunofenotípicos de LLP 29 pacientes; 18 de ellos tienen componente monoclonal (CM) sérico IgM (MW); el resto (LLP) no tienen gammapatía monoclonal, excepto uno con elevados componente monoclonal sérico (Gk) y urinario (k), que debuta con insuficiencia renal aguda grave por nefropatía tubular, precisando inicialmente diálisis. No se observan diferencias significativas en la distribución por sexos, edad (medias de 70 y 67 años para MW y LLP), presentación como síndrome de afectación general (44 y 36%), extraganglionar (38 y 28%), afectación de médula ósea (100 y 82%) o citopenias (61 y 60%). La detección de adenopatías o masas fue más frecuente en pacientes sin MW (55 y 11%;  $p < 0,05$ ). Cuatro pacientes con MW manifestaron síntomas de hiperviscosidad (22%) y tres del mismo grupo polineuropatía crónica (17%). Se encontró anemia hemolítica autoinmune en tres pacientes con y en uno sin MW. En un paciente de cada grupo se produjo en la evolución posterior transformación en linfoma más agresivo (síndrome de Richter), con nueva respuesta completa a quimioterapia, posterior recidiva y respuesta completa en una paciente (el otro rechazó nuevo tratamiento). La obtención de respuesta completa con quimioterapia fue significativamente superior en pacientes sin MW (60 frente a 13%;  $p < 0,05$ ), pero ambos grupos de pacientes precisaron sucesivas líneas de tratamiento (medias 2,2 y 2,6 para LLP y MW con límite superior de 5 y 7 pautas respectivamente). La mediana de supervivencia global ha sido de 8 años, sin diferencia significativa entre los pacientes con (7,5) o sin MW (10 años).

**Discusión.** Una vez definida (Atenas, 2003), la MW como linfoma linfoplasmacítico con CM Ig M, independientemente de su concentración o de los síntomas, se plantea inevitablemente la comparación de MW con otros entornos clínicos (LLP sin CM IgM o este CM con otros linfomas). La frecuencia de LLP en nuestra serie de linfomas (5,6%) es similar a la observada por otros autores. En ambos subtipos de LLP hay relativa concordancia de las variables clínicoanalíticas relevantes, con las particularidades asociadas a gammapatía IgM (hiperviscosidad, polineuropatía) como privativas de la MW, pero con frecuencia ausentes. Quizá el aspecto más llamativo sea la dificultad

de obtener remisión completa en la MW, aunque con sucesivos tratamientos puede alcanzarse larga supervivencia.

**Conclusiones.** Se detectan concordancias y particularidades en los dos grupos de LLP analizados, siendo las más relevantes las derivadas de la presencia de CM sérico IgM en la clínica y la peor respuesta a quimioterapia de la MW. En ambos subtipos se producen recidivas que hacen necesario el ensayo de sucesivas pautas de tratamiento. A pesar de ello se alcanzan medianas de supervivencia prolongada.

### V-206

### INDICACIÓN DE ESTUDIO AMBULATORIO TRAS EL HALLAZGO CASUAL DE ANEMIA EN PACIENTES INGRESADOS

**R. Cicuéndez Trillo, M. Galindo Andúgar, J. Canora Lebrato, L. Fernández-Clemente Martín-Orozco, R. Monsalvo Arroyo, J. Molina Puente, R. García Alonso y M. García Largacha**

Medicina Interna. C.H. La Mancha Centro. Alcázar de San Juan, Ciudad Real.

**Objetivos.** Conocer la prevalencia de anemia en los pacientes ingresados en nuestro Hospital. Saber el porcentaje de casos en los que se estudia durante el ingreso. Respecto a los casos no estudiados, valorar el número en el que se indica control y/o estudio ambulatorio de la anemia.

**Material y métodos.** Estudio descriptivo retrospectivo, en el que se revisaron los informes de alta del año 2003 durante los meses comprendidos entre enero y abril, ambos inclusive. Se recogieron las variables: edad, sexo, especialidad médica en la que ingresaron, cifra de hemoglobina, diagnóstico de anemia, estudio de anemia durante el ingreso, indicación al alta de estudio (en los casos en los que no se realizó durante la estancia hospitalaria). Se compararon los datos entre las distintas especialidades médicas. Se utilizó el paquete estadístico del programa SPSS 12.0.

**Resultados.** De un total de 830 ingresos (465 en Medicina Interna, 80 en Cardiología, 89 en Neumología, 82 en Neurología, 114 en Digestivo) se diagnosticaron 221 casos de anemia (confirmándose mediante la revisión de los análisis realizados, excluyéndose 7 casos por no poder corroborarlo), con el resultado de 214 casos, lo que representa el 25,78% de los ingresos, 104 varones (48,6%) y 110 mujeres (51,4%). En 129 casos (60,3%) se realizó estudio de la anemia durante el ingreso (64 varones y 65 mujeres), en 2 (0,9%) se indicó estudio ambulatorio (2 mujeres), y en 83 casos (38,8%) no se indicó estudio (40 varones y 43 mujeres). Los valores de Hemoglobina (Hb) fueron, en el grupo de mujeres estudiadas en el ingreso, de 9,54 de media, con mínimo de 3,6 y máximo de 13, frente a las no estudiadas con Hb media de 11,15 (9,90-13). Respecto a los varones, en los ya estudiados la Hb media fue de 9,99 (5,70 - 13,70) frente a los no estudiados con Hb media de 11,46 (9,30-14). La distribución de casos diagnosticados de anemia en relación a los ingresos en cada especialidad fue: Medicina Interna 135 (29,3%), Digestivo 28 (24,56%), Neumología 22 (24,72%), Neurología 15 (18,29%), Cardiología 14 (17,5%). La especialidad que más estudios hizo fue Digestivo, seguido de M. Interna, donde se dieron las anemias más graves (Digestivo: Hb media de 9,8 con mínimo de 5 y máximo de 13,7; M. Interna: Hb media de 10,1, con mínimo de 3,6 y máximo de 14; Cardiología: Hb media 10,9; Neurología: 11,21; Neumología: 11,43).

**Discusión.** El mayor porcentaje de pacientes con diagnóstico de anemia se dio en Medicina Interna, seguida de Neumología y Digestivo. La especialidad que más la estudió durante el ingreso fue Digestivo, seguido de M. Interna y Cardiología; el resto de especialidades no alcanzó el 50%. La anemia fue más grave en los grupos estudiados durante el ingreso. La proporción en la que no se realiza estudio es relativamente baja, presentando de media cifras más elevadas de Hb, con cifras mínimas de 3,6 y 5,7 frente a 9,90 y 9,30.

**Conclusiones.** El porcentaje de pacientes ingresados con anemia representa aproximadamente la cuarta parte de los ingresos, siendo Medicina Interna, Neumología y Digestivo las especialidades con mayor número de casos, y de mayor gravedad. Digestivo es el servicio con mayor porcentaje de estudio. Las indicaciones al alta son relativamente bajas, especialmente en Neumología y Neurología. Sería recomendable incidir en la conveniencia de estudio ambulatorio, especialmente en el seguimiento.

## V-207

**TUMORES DEL ESTROMAS GASTROINTESTINAL (GIST)**

**B. Monge Mailló<sup>1</sup>, F. Norman<sup>1</sup>, D. Sánchez-Mateos<sup>1</sup>,  
D. García Teruel<sup>2</sup>, E. Martínez-Molina<sup>2</sup>, G. Fraile  
Rodríguez<sup>1</sup> y J. Calleja López<sup>1</sup>**

<sup>1</sup>Medicina Interna, <sup>2</sup>Cirugía General. Ramón y Cajal, Madrid.

**Objetivos.** Los GIST son tumores extremadamente raros representando el 0,2% de las neoplasias gastrointestinales. El objetivo de este trabajo no se sustenta en su rareza, sino en los avances desarrollados en el campo de la patogenia molecular y su contribución al desarrollo de fármacos inhibidores potentes y selectivos de tirosinasa de proteína KIT (imatinib). Se revisan los aspectos más relevantes del diagnóstico por imagen e inmunohistoquímico, haciendo hincapié en las bases moleculares, mecanismo de acción y posible uso terapéutico coadyuvante de imatinib en GIST localmente avanzados.

**Material y métodos.** Descripción de 3 casos de GIST no metastásico: 1) Características clínicas. 2) Valor del diagnóstico por imagen ecoendoscopia/TAC. 3) Diagnóstico inmunohistoquímico (c-KIT). 4) Tratamiento. 5) Valoración del riesgo de recidiva.

**Resultados.** Presentación clínica: Caso 1: abdomen agudo por ruptura tumoral espontánea con hemoperitoneo (36 a). Caso 2 y 3: Hallazgo casual en la TAC abdominal (71 y 74 a). Localización: Caso 1 ileon terminal. Caso 2 y 3 Gástricos. Ecoendoscopia: Caso 2 tumoración submucosa > 10 cm con componente quístico/necrótico de borde extraluminal irregular. Caso 3: tumoración 3 x 4 cm localizada, borde extraluminal regular. TAC: Masas de contorno lobulado y captación heterogénea con áreas de necrosis (10 x 6 cm 16 x 12 cm y 4 cm) asociado a hemoperitoneo (caso 1). En los 3 casos el diagnóstico radiológico es de GIST. Histología: neoplasia de estirpe mesenquimal. Mas de 15 mitosis x 50 HPF y Ki-67 > 60% en los 2 de mayor tamaño. Inmunohistoquímica: CD-117+ (c-KIT), CD34 +. Desmina, actina y S100 - Tratamiento quirúrgico: Caso 1. Ileocelectomía derecha. Caso 2: gastrectomía total + esplenectomía y pancreatocetomía corporo-caudal. Caso 3 Gastrectomía Bioroth II.

**Discusión.** Los GIST son las neoplasias mesenquimales más frecuentes del tracto digestivo. Se originan en las células intersticiales de Cajal. El diagnóstico histológico se sustenta en la positividad c-KIT, que expresa una mutación de ganancia de función del proto-oncogen c-KIT con desregulación de la actividad tirosin-cinasa de KIT, que se traduce en la activación de una cascada de señales de transducción que estimulan proliferación celular y angiogénesis e inhibe apoptosis. Integración de la terapia complementaria con imatinib en pacientes con enfermedad no metastásica: Caso 1 (intestinal con enfermedad voluminosa > 10 cm, ruptura en cavidad peritoneal, alto índice mitótico): Alto riesgo de recidiva. Se propone para tratamiento coadyuvante con imatinib dentro de ensayo clínico EORTC. Caso 2 (gástrico localizado < 5 cm, bajo índice mitótico): Bajo riesgo de recidiva. No indicación de tratamiento complementario. Caso 3 (enfermedad gástrica voluminosa > 10 cm. Alto índice mitótico. alta morbilidad quirúrgica. Bordes afectos): Probable resección incompleta y alto riesgo de recidiva. Como alternativa a una cirugía probablemente subóptima se puede plantear un tratamiento neoadyuvante con imatinib hasta máxima respuesta seguido de cirugía de 2ª intención y posterior mantenimiento con imatinib.

**Conclusiones.** En esta pequeña serie de 3 casos quedan reflejadas las características más importantes de los GIST. 1) Localización más frecuente gástrica y afectación submucosa. 2) Hallazgos radiológicos específicos en TAC/ecoendoscopia: tumores de gran tamaño, altamente vascularizados (posibilidad de ruptura y sangrado intratumoral) con componente quístico necrótico y crecimiento exófito. 3) Importancia del estudio inmunohistoquímico CD117 (c-KIT) para diagnóstico diferencial con otros tumores mesenquimales. 4) La malignidad está en relación con el tamaño (> 5 cm) y captación heterogénea en la TAC, y se correlaciona con un índice mitótico elevado (> 10 por 50 HPF) y positividad de Ki-67. 5) El tratamiento de elección es la resección quirúrgica completa. 6) Imatinib está indicado en el tratamiento de los GIST malignos irreseccables y/o metastásicos CD117 +. Su utilidad como tratamiento coadyuvante en enfermedad local avanzada y riesgo alto de recidiva es prometedora pero en la actualidad solo deben usarse en el contexto de ensayos clínicos.

## V-208

**CARACTERÍSTICAS CLÍNICO-ANALÍTICAS EN PACIENTES DIAGNOSTICADOS DE ARTERITIS DE LA TEMPORAL EN UN SERVICIO DE MEDICINA INTERNA**

**V. Garcés Horna, M. Herrero Torrés, S. Olivera González,  
J. Valle Puey, M. Martín Fortea, B. Sierra Bergua y B.  
Amores Arriaga**

Medicina Interna. Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa, Zaragoza.

**Objetivos.** Estudiar los aspectos clínicos y analíticos más relevantes de los pacientes diagnosticados de arteritis de la temporal ingresados en un servicio de M. Interna en los últimos tres años.

**Material y métodos.** Se trata de un estudio descriptivo de 12 pacientes que ingresaron en un servicio de Medicina Interna de un hospital terciario con diagnóstico de arteritis de la temporal durante los años 2003, 2004 y 2005. Se analizó la edad del paciente, la clínica que motivó su estudio y los parámetros de laboratorio mediante el programa estadístico SPSS 11,5.

**Resultados.** De los 12 pacientes revisados, 7 eran varones y 5 mujeres; la mediana de edad fue de 79 años con una desviación típica de 9,2. Respecto a los síntomas, un 33% presentó fiebre, 58% astenia, 66,7% artralgias, 75% cefalea, 50% pérdida de peso, 25% claudicación mandibular y otro 25% neuritis óptica isquémica. En cuanto a los datos de laboratorio: en un 91,7% se objetivó una VSG 1ª hora superior a 50 mm, un 91,7% presentó anemia, un 16,7% aumento de la fosfatasa alcalina, un 41,7% trombocitosis, un 75,3% hipalbuminemia y un 75% elevación de las  $\alpha_2$ -globulinas. La biopsia de la arteria temporal no fue realizada en 2 de los pacientes porque cumplían criterios de clasificación de la arteritis de la temporal de la ACR de 1990; de los 10 restantes, en 5 casos se confirmó el diagnóstico anatomopatológicamente. Sólo en dos casos se mantuvo conducta expectante, el resto recibió tratamiento corticoideo mejorando rápidamente la sintomatología.

**Discusión.** Los resultados de nuestra población se compararon con los de otros estudios, y se analizó la existencia de diferencias.

**Conclusiones.** En nuestro medio es una enfermedad infradiagnosticada, probablemente por la inespecificidad de la clínica con la que se presenta. Tras sospechar la enfermedad, en la mayoría de los casos intentamos alcanzar el diagnóstico de certeza mediante la biopsia de la arteria temporal. En general, pautamos tratamiento corticoideo, sin esperar la confirmación anatomopatológica de la enfermedad.

## V-209

**INDICACIÓN CORRECTA DE OXIGENOTERAPIA DOMICILIARIA EN PACIENTES DIAGNOSTICADOS DE EPOC TRAS INGRESO EN UN HOSPITAL DE SEGUNDO NIVEL**

**J. Castellanos Monedero, M. Galindo Andúgar, E. Moya Mateo, R. Cicuéndez Trillo, G. Fernández Requeijo, G. Risco Abellán, G. Muñoz Delgado y J. Barberá Farré**

Medicina Interna. C.H. La Mancha Centro. Alcázar de San Juan, Ciudad Real.

**Objetivos.** Conocer el número de pacientes con diagnóstico de EPOC en los que se indica oxigenoterapia domiciliaria (OCD) al alta. Comprobar si la indicación ha sido correcta, y si existen diferencias entre los servicios de Medicina Interna y Neumología.

**Material y métodos.** Estudio descriptivo retrospectivo en el que se revisaron los informes de alta de los pacientes ingresados en Medicina Interna y Neumología durante un periodo de cuatro meses en el año 2003. Se recogen los datos correspondientes a: edad, especialidad en la que ingresaron, diagnóstico de EPOC (en informe), gasometría basal al ingreso y/o al alta, hematócrito, insuficiencia cardíaca, alteraciones del ritmo cardíaco, situación basal (incluyendo funciones cognitivas), e indicación de OCD. Se utilizaron los criterios de la SEPAR para evaluar la indicación. Análisis estadístico de los datos con el paquete estadístico SPSS 12.0.

**Resultados.** Hubo 465 ingresos en Medicina Interna y 89 en Neumología, de los que 172 y 81 (respectivamente) estaban o fueron diagnosticados de EPOC. De los 252, 63 tenían oxigenoterapia previa al ingreso (25%), y 119 fueron dados de alta con indicación de OCD (47,8%). Sólo en 4 ocasiones se suspendió la OCD en pacientes que la tenían previamente (6,3%), dos de los cuales cumplían criterios (ambos casos estaban a cargo de M. Interna).

Aplicando los criterios de la SEPAR, y excluyendo 2 pacientes en los que no figuraban los datos suficientes para evaluar dichos criterios, la indicación de OCD al alta fue correcta en 111 pacientes (94%). De los 6 en los que no fue así, 3 estaban ingresados en M. Interna y 3 en Neumología. En uno de ellos la PO2 era de 58, en los otros 5 osciló entre 60 y 65 (en dos de ellos se prescribió OCD, independientemente de la gasometría, por TEP de repetición, y paquipleuritis bilateral con disnea grave respectivamente). No hay casos en los que la OCD estuviera indicada y no se prescribiera salvo los 2 ya mencionados. De los 252 pacientes recogidos en el estudio, 30 reconocían seguir fumando, de los cuales 19 (7,7%) no precisaron OCD al alta; en cuanto a los 11 (4,4%) que sí la necesitaron, 4 de ellos ya estaban previamente con OCD, y a pesar de ello no habían abandonado el tabaquismo.

**Discusión.** La indicación correcta de OCD al alta es similar entre M. Interna y Neumología. Sólo en casos excepcionales se suspendió, estando indicada su continuación. Destacar el porcentaje de pacientes fumadores, especialmente en el grupo de OCD.

**Conclusiones.** En general, hay un buen conocimiento del uso y las indicaciones de la OCD en Medicina Interna. Habría que incidir en el abandono del hábito tabáquico, no sólo por problemas de salud, sino además por el importante riesgo asociado con el suministro de oxígeno.

#### V-210

### EL INTERNISTA COMO CONSULTOR DE TRAUMATOLOGÍA. ESTUDIO DESCRIPTIVO DE LA ACTIVIDAD REALIZADA

I. Cabezas<sup>1</sup>, C. Palomo<sup>1</sup>, C. Costas<sup>1</sup>, F. Domínguez<sup>1</sup>, A. Riva<sup>2</sup>, A. Braña<sup>2</sup>, J. Bernaldo de Quirós<sup>1</sup> y B. Díaz<sup>1</sup>

1Medicina Interna II. Hospital Universitario Central de Asturias. Oviedo, Asturias. 2Traumatología II. Hospital Universitario Central de Asturias. Oviedo, Asturias.

**Objetivos.** Analizar las características de las interconsultas llevadas a cabo por el servicio de Medicina Interna en los pacientes de Traumatología.

**Material y métodos.** Estudio prospectivo de las interconsultas realizadas por Medicina Interna a un servicio de Traumatología en el período comprendido entre octubre de 2005 y junio de 2006. Las consultas fueron atendidas por un internista con dedicación a tiempo parcial a la atención programada de: 1) patologías médicas en el preoperatorio de pacientes traumatológicos, a fin de mejorar su situación basal previa a la cirugía, 2) y, en el postoperatorio seguimiento de aquellos que lo precisaran por sus patologías médicas y eventuales complicaciones relacionadas con el acto quirúrgico. 3) Se realizó protocolo clínico para la atención de fracturas de cadera, y se valoraron todos los casos con dicha patología. Las variables analizadas fueron: edad, sexo, motivo de consulta, diagnósticos traumatológicos y médicos efectuados durante el ingreso, grado funcional según la escala Norton, consultas realizadas en el día, y aquellas que precisaron seguimiento prolongado (más de 4 visitas).

**Resultados.** Se realizaron 141 consultas; 0,78 consultas nuevas por día laborable, en el 95% de los casos, dentro de las primeras 24 horas. Un 44,7% precisaron un seguimiento prolongado. Edad media 71 años; 56,7% fueron mujeres. El motivo de consulta más frecuente fue valoración preoperatoria, seguido de síndrome febril, disnea, síndrome confusional agudo, pluripatología y trastornos electrolítico-metabólicos. Los diagnósticos traumatológicos fueron: fractura de cadera (28,4%), artroplastia de rodilla y cadera (17,7% y 13,5%), infecciones óseas y articulares (13%), tumores óseos (10,7%). Los diagnósticos médicos más frecuentes fueron: osteoporosis, infección osteo-articular, síndrome confusional agudo, infección del tracto urinario, EPOC agudizado, cardiopatía isquémica, diabetes descompensada. El 70% de los pacientes presentaban un valor en la escala NORTON inferior a 7.

**Discusión.** Cada día se hace necesario el apoyo de los servicios médicos en la atención de pacientes quirúrgicos, debido al incremento general en la edad de la población y en la edad de intervención quirúrgica, con la consiguiente mayor complejidad de patologías concurrentes y las aspiraciones de una mayor calidad de vida. Varios trabajos han demostrado el impacto favorable de la implicación de los internistas en esta actividad, permitiendo una actuación más eficaz y rápida. En el HUCA se ha iniciado dicha actividad con el servicio de

Traumatología. Los resultados del presente estudio refuerzan los de la literatura, mostrando una tendencia a la repetición de los motivos de consulta, y los diagnósticos médicos efectuados se relacionan con enfermedades crónicas y complicaciones médicas postquirúrgicas. También se realizan diagnósticos de enfermedades nuevas que tuvieron repercusión en el manejo y pronóstico de los pacientes. En un alto porcentaje también se precisó un seguimiento prolongado. Hubo un alto porcentaje de consultas preoperatorias, relacionadas con la implantación de un protocolo para las fracturas de cadera, colaborando a mejorar el vacío preventivo, diagnóstico y terapéutico de una patología muy prevalente, así mismo de la patología tumoral ósea, al ser el servicio de Traumatología, Centro de Referencia del Área.

**Conclusiones.** Parece razonable intensificar la participación de los servicios de Medicina Interna en el apoyo a aquellos servicios quirúrgicos, en los que por la edad de su actuación, intervienen múltiples patologías, para mejorar el pronóstico y potenciar la labor clínica como servicio horizontal en el hospital.

#### V-211

### CARACTERÍSTICAS CLÍNICO-EPIDEMIOLÓGICAS DE LOS ENFERMOS PLURIPATOLÓGICOS INGRESADOS EN UNA PLANTA DE MEDICINA INTERNA EN LOS MESES DE INVIERNO

M. Merino Rumin, A. Prados Gallardo, M. Rey Rodríguez, P. Retamar Gentil, J. Reveriego Blanes, J. Arenas Posadas, F. Guerrero Igea y M. Aguayo Canela

Medicina Interna A. Universitario Virgen Macarena, Sevilla.

**Objetivos.** Los meses de invierno suponen un período del año con una alta frecuentación de los servicios sanitarios, y en muchos días se producen saturaciones de urgencias y áreas de hospitalización. Conocemos que una de las principales causas es la descompensación de ancianos frágiles y enfermos con patología crónica. Con este estudio pretendemos analizar las características clínicas y epidemiológicas de este prototipo de pacientes, y el tipo de asistencia que reciben en un servicio de medicina interna de un hospital general, a fin de planificar mejor los recursos en estos períodos de alta frecuentación y mejorar nuestros resultados.

**Material y métodos.** Se trata de un estudio descriptivo transversal, sobre la totalidad de los pacientes con al menos 2 categorías clínicas del Proceso Asistencial Integrado (PAI) "Atención al Paciente Pluripatológico" (v. 2004), del Servicio Andaluz de Salud, que ingresaron en nuestro servicio durante los meses de Enero a Marzo de 2005. De forma protocolizada se recogieron múltiples variables, como el tipo de patología crónica que padecen, días de estancia hospitalaria, Índice de Comorbilidad Charlson, signos y síntomas que presentaban al ingreso, pruebas practicadas, diagnósticos al alta y tipos de tratamientos prescritos. Mostramos una estadística descriptiva simple, realizada con el programa SPSS 14,0.

**Resultados.** Durante el período de inclusión del estudio, ingresaron 87 pacientes que cumplían criterios de "Pluripatológico" (lo que representó un 19% del volumen total de ingresos en el servicio en ese período). La edad media fue de 73,26 años (rango entre 21 y 94); el 54% eran hombres, con una edad media de 69,82 años (frente a 77,43 años en las mujeres). La patología más prevalente fue la cardiovascular (79,3%), seguida de la respiratoria y la reumatológica (51,7% y 32,2% respectivamente), y los seis primeros síntomas que motivaron el ingreso hospitalario fueron disnea, tos, fiebre, deterioro general, expectoración y dolor torácico/angina. La mayoría de los pacientes tenían enfermedades crónicas clasificadas en dos, tres y hasta cuatro categorías del PAI. El índice medio de Comorbilidad de Charlson fue 3,6. Las tres quintas partes de los pacientes estuvieron ingresados por reagudización de su patología crónica y hasta un 40% por otra patología asociada. La mortalidad intrahospitalaria fue del 14,9%. A la mayoría de los pacientes se les realizó una analítica general y una radiografía simple (94% y 85%); otras pruebas que se realizaron frecuentemente fueron TAC (34,3%), ecocardiografía (31%) y ecografía de abdomen (20,7%). La estancia media fue de 12,66 días (rango entre 1 y 39 días).

**Discusión.** Estos pacientes pluripatológicos suelen ingresar en los meses invernales por reagudización de su patología crónica o por procesos intercurrentes que descompensan su frágil situación basal, conllevando una alta mortalidad y estancias hospitalarias más prolongadas. Como en otros estudios, en nuestro caso estas últimas no se

relacionaban ni con el número de categorías clínicas que tuviera el paciente ni con el diagnóstico de otra entidad crónica o aguda, sino con la realización de ciertas pruebas complementarias como la ecocardiografía o el TAC, aunque sólo esta última prueba de imagen sirvió para establecer un nuevo diagnóstico.

**Conclusiones.** Los meses de invierno suponen una época en la que el "Paciente Pluripatológico" tiene un alto riesgo de ingresar por reanudación de su patología crónica, especialmente los procesos cardiovasculares, respiratorios y osteoarticulares. La realización de pruebas complementarias complejas suelen asociarse a prolongaciones de las estancias hospitalarias, aunque en general no aportan nuevos diagnósticos a los que ya tienen estos pacientes.

**V-212**

**POLICONDRITIS RECIDIVANTE: CASOS DIAGNOSTICADOS EN NUESTRO HOSPITAL**

**E. Aznar Villacampa<sup>1</sup>, L. Murillo Jaso<sup>2</sup>, R. Grandez Ladrón de Guevara<sup>2</sup>, F. Ruiz Ruiz<sup>3</sup>, C. Toyas Miazza<sup>3</sup>, C. Bueno Castell<sup>3</sup>, A. Samperiz Legarre<sup>3</sup> y F. Escolar Castello<sup>4</sup>**

<sup>1</sup>Reumatología, <sup>2</sup>Oncología, <sup>3</sup>Medicina Interna, <sup>4</sup>Jefe de Servicio de Medicina Interna. Reina Sofia. Tudela, Navarra.

**Objetivos.** La Policondritis Recidivante (PR) es una enfermedad rara, (con incidencia en algunas series de hasta 3,5 por millón de habitantes año, de curso clínico muy variable, (desde relativamente benigna hasta tratarse de procesos fulminantes) en la que el diagnóstico debe de ser precoz con la sospecha clínica y confirmación anatomopatológica. En un 33% de los casos se asocia a otros procesos, fundamentalmente enfermedades autoinmunes y síndromes mielo displásicos. **Objetivos:** describir la presentación clínica, estudio anatomopatológico, alteraciones analíticas y tratamiento aplicado a los pacientes diagnosticados de PR en nuestro hospital.

**Material y métodos.** Se realiza una revisión retrospectiva de los pacientes diagnosticados de PR en un Hospital comarcal durante 20 años. El diagnóstico se ha realizado basándose en los criterios de Mc. Adam's (\*) y en todos ellos con confirmación histológica. Se han valorado exploraciones complementarias como analítica y radiología y se han excluido otras causas infecciosas, traumáticas o neoplásicas.

**Resultados.** Se han diagnosticado 3 pacientes con PR, todos ellos eran mujeres, con una edad media de 61 años, la presentación clínica más frecuente fueron las manifestaciones otorrinolaringológicas con condritis auricular en 2 de ellas (66%) con un total de 5 episodios, 3 bilaterales y 2 unilaterales, pérdida de audición en 2 pacientes (66%) acompañado de disfunción vestibular en una ocasión. Una paciente presentó condritis nasal (33%) que llegó a producir perforación del tabique nasal y la misma paciente presentó afectación de la vía respiratoria que requirió cricotiroidectomía. La afectación ocular ocurrió en 2 de las 3 pacientes (66%) en forma de epiescleritis en una de las pacientes y en forma de conjuntivitis en otra. Solo en una de las 3 pacientes con PR (33%) se asociaba otra enfermedad (A.R.), que había sido diagnosticada 3 años antes. Los hallazgos histopatológicos de las 4 muestras estudiadas (2 de una misma paciente) fueron concluyentes de PR con hallazgos típicos como la pérdida de la basofilia de la matriz cartilaginosa y presencia de abundante infiltrado inflamatorio. En las determinaciones analíticas únicamente cabe destacar la elevación de velocidad de sedimentación en todas las pacientes y en la paciente con A.R. la positividad del factor reumatoide y HLA-DR4. Los tratamientos empleados han sido fundamentalmente prednisona: de hasta 60 mg, cuando presentaba proceso inflamatorio agudo, y posteriormente dosis medias- bajas asociados a Azatioprina (3 mg/kg/día), Metotrexato (20 mg/semana) y en otra paciente que presentaba de forma asociada A.R. Infliximab (3 mg/kg iv cada 8 semanas) así como Metotrexato (10 mg/ semana). En una paciente fue necesario realizar cricotiroidectomía (previamente al diagnóstico de PR) y observando que se había administrando prednisona a dosis de 1 mg/kg/día como tratamiento de edema laríngeo. **Conclusiones.** PR es una enfermedad inflamatoria de base inmunológica infrecuente, que se asocia con frecuencia a otros procesos autoinmunes, no se acompaña de alteraciones analíticas específicas pero sí de hallazgos histopatológicos característicos por lo que se deberá hacer biopsia de las zonas afectas lo antes posible ante la sospecha clínica. Puesto tratamiento precozmente, mejora la morbilidad y la mortalidad atribuibles a la enfermedad y reduce el número de deformidades.

**V-213**

**ESTUDIO DE UNA COHORTE DE HIPERTENSOS QUE TOSEN CON IECAS**

**R. Fernández Parrilla, A. González Benitez, M. Beltrán Robles, M. Pérez Benito, C. Bautista Vidal y A. Grilo Reina**

Medicina Interna. Hospital de Valme, Sevilla.

**Objetivos.** La tos es un efecto secundario frecuente en el tratamiento con IECAs, descrito hasta en un 20% de los pacientes a los que se les administra. En muchos casos obliga a la suspensión en hipertensos que estaban bien controlados con dicha medicación. Nuestro objetivo es identificar las características fenotípicas de hipertensos en los que se ha demostrado tos por IECAs.

**Material y métodos.** Fueron incluidos 60 pacientes hipertensos en los que se había demostrado tos por IECAs: relación temporal de la aparición de la tos con la introducción de IECAs y desaparición de la misma tras la retirada de dicha medicación. Las variables cuantitativas fueron resumidas mediante medias ± desviación estándar (medianas y cuartiles en distribuciones asimétricas) y las cualitativas mediante frecuencias y porcentajes.

**Resultados.** Las variables analizadas se resumen en la tabla de características fenotípicas. El ramipril es el IECA encontrado que con mayor frecuencia produce este efecto secundario (30%).

**Discusión.** En otras series donde se han estudiado pacientes con tos por IECAs, se ha visto mayor frecuencia en pacientes ancianos, mujeres, raza china y no fumadores. Los pacientes aquí estudiados se ajustan a dichos parámetros, lo que podría abrir la puerta a otros estudios de índole genética en busca de polimorfismos implicados en este efecto secundario, de tal manera que pudiéramos determinar la predisposición genética de los pacientes a presentar este efecto.

**Conclusiones.** El fenotipo más frecuente de los pacientes que han presentado tos con la administración de IECAs en nuestra serie, ha resultado ser mujer mayor de 60 años, obesa, dislipémica, no fumadora, sin diabetes ni SAOS ni patología tiroidea, a pesar de que éstos eran procesos muy prevalentes entre nuestros pacientes hipertensos, lo que viene a apoyar lo concluido en otras series estudiadas.

Tabla 1. Características fenotípicas.

Variables	N = 60
Variables	N = 60
Mujer/Hombre	34 (56,9%); 26 (43,1%)
Ddad	61 ± 12
P. cuello (cm)	39.74 ± 4
P. abdominal (cm)	104.61 ± 13
IMC (kg/m <sup>2</sup> )	32.52 ± 5.8
Tabaquismo	20 (33,9%)
SAOS	17 (28,7%)
Patología tiroidea	10 (17,5%)
D.M.	23 (39%)
Dislipemia	43 (72,9%)

**V-214**

**OSTEONECROSIS DE LA MANDÍBULA Y BIFOSFONATOS: ESTUDIO PROSPECTIVO DE INCIDENCIA**

**M. Muñoz Sánchez<sup>1</sup>, F. Ortiz de Artiñano<sup>2</sup>, M. González Arenas<sup>1</sup> y E. Álvarez Yagüe<sup>2</sup>**

<sup>1</sup>Servicio de Medicina Interna-Unidad de Oncología Médica, <sup>2</sup>Cirugía Maxilofacial. Virgen de la Luz, Cuenca.

**Objetivos.** Los bifosfonatos están adquiriendo una relevancia terapéutica creciente en distintas patologías; en pacientes con afectación ósea metastásica se utilizan para tratar la hipercalcemia y para reducir la morbilidad relacionada con eventos óseos (dolor, fracturas). Con el incremento de su utilización se están publicando casos de osteonecrosis mandibular (ONM) de difícil solución y con un deterioro de calidad de vida importante. Se decidió realizar estudio prospectivo descriptivo sobre los casos de ONM diagnosticados a lo largo de

Tabla 1. Datos de los pacientes diagnosticados de ONM (V-214).

Paciente	Edad/Sexo	Diagnóstico	Háb. tóxicos (Tabaco/alcohol)	Higiene oral	Procedimiento odontológico previo a ONM	Tratamiento oncológico	Tratamiento con AZ (Nº dosis)
PPB	68 M	Carcinoma epidermoide de orofaringe estadio T3N1M0	Ambos	Deficitaria	No	QT (CDDP+5FU) +RT concomitante (protocolo conservación de órgano)	No
IMB	57 M	Carcinoma epidermoide de base de lengua estadio T3N0M0	Ambos	Deficitaria	No	QT (CDDP+5FU) +RT concomitante	No
ACM	69 F	Adenocarcinoma ductal infiltrante de mama estadio T2N2M1 (Metástasis óseas y hepáticas)	Ninguno	Correcta	Extracción dentaria	1.ª línea de QT con docetaxel + trastuzumab	Si (12)

2005–2006 en nuestro Centro y su posible relación con el tratamiento con ácido zoledrónico (AZ).

**Material y métodos.** Se recogieron de forma prospectiva todos los casos de ONM y se valoraron las posibles etiologías según diagnóstico y tratamientos recibidos. Según la revisión bibliográfica evitar las intervenciones odontológicas y los tratamientos conservadores parecen ser los métodos idóneos para reducir la incidencia de ONM en pacientes en tratamiento a largo plazo con AZ. En nuestro Centro al iniciar dicho tratamiento se advierte al paciente que no debe someterse a intervenciones odontológicas y que debe reforzar las medidas de higiene dental-oral.

**Resultados.** (tabla 1) Datos de los pacientes diagnosticados de ONM. Durante este período se han diagnosticado 3 casos de ONM: 2 relacionados con tratamiento de quimio-radioterapia concomitantes como protocolo de conservación de órgano en pacientes con tumores de cabeza y cuello (ORL) y sólo 1 caso en una paciente afecta de cáncer de mama con metástasis óseas en tratamiento con AZ que se había sometido a una exodoncia obviando los consejos previamente recibidos. **Conclusiones.** La causa más frecuente en nuestro Centro de ONM es el tratamiento de Quimio-Radioterapia concomitante en los tumores de la esfera ORL. A pesar del amplio uso de bifosfonatos (3120 administraciones anuales), sólo ha aparecido 1 caso de ONM en una paciente en tratamiento con AZ.

### V-215

#### INFARTO AGUDO DE MIOCARDIO CON Y SIN ONDA Q EN MUJERES, EN NUESTRO MEDIO: PRESENTACIÓN CLÍNICA, CARACTERÍSTICAS EPIDEMIOLÓGICAS Y MÉTODOS DIAGNÓSTICO-TERAPÉUTICOS

**E. Castilla Cabanes, J. Gimeno Garza, C. Fernández del Prado, B. Simó Sánchez, B. Ordóñez Rubio, C. Bergua Martínez, M. Ortas Nadal y A. Del Río Ligorit**

Servicio de Cardiología. Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa, Zaragoza.

**Objetivos.** Estudiar las presentaciones clínicas y características epidemiológicas de las mujeres con infarto agudo de miocardio con y sin onda Q ingresadas en un Servicio de Cardiología, y evaluar los métodos diagnóstico-terapéuticos empleados durante su estancia hospitalaria.

**Material y métodos.** Estudio retrospectivo, en el cual se analizaron 116 mujeres con diagnóstico de infarto agudo de miocardio con y sin onda Q, ingresadas en nuestro servicio durante el año 2005. Estudio estadístico realizado con el programa SPSS 12.0.

**Resultados.** En las 116 pacientes la edad media era de 74.9 años (DT 11.4), siendo menores de 65 años el 17,4%, y mayores de 65 años el 82,6%. Con respecto al diagnóstico principal: el 38,3% fueron infarto sin onda Q, y el 61,7% infarto con onda Q. Como presentación clínica, el 20% tuvo dolor torácico atípico, el 60% dolor típico, el 11,3% debutó con edema agudo de pulmón y el 8,7% con disnea. Entre los factores de riesgo cardiovasculares predominaban la hipertensión arterial (72,2%), diabetes mellitus tipo II (46,1%) y dislipemia (41,7%), siendo tabaquismo y obesidad mucho menos frecuentes (11,3% y 31,3%, respectivamente). Dividiendo la muestra por grupos de edad, fueron más hipertensas las mayores de 65 años (77,9%) que las meno-

res (45%), ( $p = 0,005$ ). En relación con el tabaquismo son más fumadoras las menores de 65 años (50%) frente al 3,2% en las mayores de 65 años ( $p = 0,000$ ). Se realizó más fibrinólisis en las pacientes menores de 65 años, que en las mayores de 65 años: 35,4% frente al 11,6%; relación estadísticamente significativa ( $p < 0,010$ ). Igualmente, se sometió más a coronariografía a las menores de 65 años (65%), que a las mayores de 65 años (16,8%), ( $p = 0,000$ ).

**Conclusiones.** La presentación más frecuente es el dolor torácico típico. El factor de riesgo cardiovascular más frecuentemente asociado es la hipertensión arterial. Destaca que en las pacientes ancianas se tiene una posición más conservadora a la hora de utilizar terapias agresivas tales como la fibrinólisis o la coronariografía.

### V-216

#### DESINTOXICACIONES HOSPITALARIAS DE ALCOHOL EN UN SERVICIO DE MEDICINA INTERNA

**D. García Escrivá, M. Guijarro Sánchez, P. Herrera de Pablo, R. Sanz Vila, C. García Fabra, B. Climent Díaz y A. Herrera Ballester**

Unidad de Toxicología Clínica y Desintoxicación Hospitalaria. Consorcio Hospital General Universitario, Valencia.

**Objetivos.** La dependencia al alcohol constituye un grave problema sanitario que conlleva una grave comorbilidad orgánica y psiquiátrica. El objetivo del presente trabajo es analizar el manejo del paciente alcohólico en una Unidad de Toxicología Clínica y Desintoxicación Hospitalaria integrada en un Servicio de Medicina Interna.

**Material y métodos.** Estudio retrospectivo de los ingresos durante los años 2004 y 2005 para realización de desintoxicación a alcohol, recogiendo datos de analíticas, ECG, Rx Tórax y screening tóxicos. En los casos necesarios se realizan otras exploraciones como TAC o IRM cerebral, ecografía abdominal, EMG, etc. El protocolo farmacológico utilizado se individualiza en cada caso y básicamente está formado por diacepan, oxcarbazepina, clometiazol, inhibidores secreción gástrica, suplementos vitamínicos del grupo B y ácido fólico, magnesio, antidepressivos IRS. Se valora la intensidad del síndrome de privación con la escala CIWAR. Para el tratamiento de los datos se ha utilizado el paquete estadístico SPSS 9.0.

**Resultados.** Se han registrado 149 pacientes (77,2% varones y 22,8% mujeres). La media de edad fue 46,2 años (rango 22-73 años). El motivo del ingreso fue desintoxicación programada de alcohol en 77 casos (51,7%), la privación de alcohol en 32 casos (21,5%), desintoxicación de alcohol y cocaína en 21 casos (14,1%) y complicaciones orgánicas por alcohol en 19 casos (12,8%), con Encefalopatía de Wernicke en 5 casos, Delirium Tremens en 7 casos, crisis comiciales en 14 casos. En 82 casos (55%) se habían realizado desintoxicaciones previas de alcohol. El consumo medio de alcohol era de 21.74 UBE/día (rango 4-80). La estancia hospitalaria media fue de 11,89 días (rango 1-68 días). En las analíticas realizadas al ingreso destacaba: glucosa media 105,4, colesterol total 232,3, triglicéridos 169,7, GOT 90,4, GPT 67,3, GGTP 420, sideremia 129,7, ferritina 343, VCM 97.1, plaquetas 192496, Magnesio 2.08. En 9 casos había positividad para el VHC y en 11 para el VHB. Se realizó ecografía abdominal en 46 pacientes (30,9%) con

resultados patológicos en el 28,2% de los casos: esteatosis hepática en 28 casos y signos de cirrosis hepática en 14 casos. La puntuación media en la escala CIWAR fue de 8,55 (rango 0-29), siendo menor en los pacientes con ingreso programado con respecto a los que ingresaron ya con síndrome de privación de alcohol iniciado. Las complicaciones más frecuentes fueron: neumonía (9 casos), pancreatitis aguda (7 casos), hemorragia digestiva alta (1 caso) y polineuropatía (9 casos). Hubo un éxodo por Delirium Tremens.

**Discusión.** Observamos un predominio en los varones, coincidente con los patrones de consumo, con un alto porcentaje de tratamientos de desintoxicación previos. La estancia media se ve afectada en numerosas ocasiones por los problemas orgánicos y sociales asociados. Se ha constatado un aumento de la desintoxicación concomitante de alcohol junto a cocaína, lo que motiva un abordaje diferenciado. Entre los resultados de las analíticas efectuadas, además de la elevación de los marcadores de consumo crónico de alcohol destaca una hipomagnesemia lo que refuerza la necesidad de suplementarlo en las desintoxicaciones. Las complicaciones han aparecido en los pacientes ingresados desde el servicio de urgencias con síndrome de privación de alcohol iniciado, puesto que en el paciente programado el tratamiento pautado evita la aparición del síndrome.

**Conclusiones.** En nuestra experiencia, motivada por la creación dentro del servicio de la Unidad de Toxicología Clínica y Desintoxicación Hospitalaria desde el año 2003, el tratamiento de desintoxicación hospitalaria ha supuesto una normalización en la asistencia hospitalaria al paciente alcohólico, con un valoración y tratamiento del daño orgánico por el alcohol, una continuidad del proceso terapéutico en consultas externas coordinada con los dispositivos asistenciales en materia de drogodependencias.

#### V-217 ANÁLISIS MULTIVARIANTE DE FACTORES PRONÓSTICOS EN PACIENTES PALIATIVOS ONCOLÓGICOS

**M. Franquelo Vega<sup>1</sup>, F. Álvarez Hurtado y R. Gómez Huelgas**

*Unidad de Cuidados Paliativos. Servicio de Medicina Interna. Hospital Regional Universitario Carlos Haya. Málaga.*

**Objetivos.** Analizar los factores pronósticos asociados a la supervivencia de pacientes oncológicos incluidos en un programa de cuidados paliativos.

**Material y métodos.** Estudiamos 114 pacientes oncológicos incluidos de manera consecutiva a lo largo de 6 meses en el programa de cuidados paliativos del Hospital Carlos Haya (Málaga). La variable principal independiente fue la supervivencia desde la inclusión del paciente en el programa. Se incluyeron las siguientes variables dependientes: epidemiológicas (sexo, edad), clínicas (tumor primario, extensión tumoral, comorbilidad, consumo de fármacos, presencia de delirio, demencia, caídas, incontinencia o distocia social, grado de dependencia funcional) y analíticas (hemograma y bioquímica básica). Se aplicaron los siguientes índices: índice de Karnofsky, ECOG e índice de Katz. El análisis estadístico se realizó mediante el test de chi-cuadrado y el test de Fisher para comparar proporciones, y el test de Student para comparación de medias. Se calcularon los intervalos de confianza al 95% de los diferentes estadísticos descriptivos y de comparación. Para analizar los factores predictivos de mortalidad se realizó análisis multivariante por regresión logística (método backward-LR: p inclusión: 0,05; p exclusión: 0,10).

**Resultados.** El 60% fueron de los pacientes fueron hombres. El tumor más frecuente fue el de pulmón (30%), seguido de tumores digestivos y ginecológicos. La mediana de supervivencia fue de 6 meses  $\pm$  7 días. Tras el análisis multivariante, sólo la hipoproteinemia (albúmina sérica < 2,5 g/dl), la presencia de metástasis y la dependencia funcional para las actividades de la vida diaria (AVD) se mostraron como factores de riesgo de mortalidad independientes.

**Discusión.** La definición de factores pronósticos es de una evidente importancia en la toma de decisiones en medicina paliativa. En nuestra serie se constata que la desnutrición, la extensión tumoral y la dependencia funcional para las AVD son tres factores clave que determinan la supervivencia de los pacientes oncológicos en tratamiento paliativo. Se destaca la importancia de utilizar escalas de valoración funcional pues el índice de Katz, quizás debido a la elevada edad media de nuestros pacientes (73,6 años), se reveló más adecuado que el ECOG o el índice de Karnofsky.

**Conclusiones.** En nuestra serie de pacientes oncológicos en tratamiento paliativo, las tres variables independientes que predijeron una menor supervivencia fueron la hipoproteinemia, la extensión tumoral y la dependencia funcional. Son necesarios estudios más amplios que ayuden a precisar los factores de supervivencia a corto plazo en pacientes paliativos, con objeto de poder facilitar la toma de decisiones clínicas.

#### V-218 VENTILACIÓN MECÁNICA NO INVASIVA (VMNI) UNA ALTERNATIVA TERAPÉUTICA EN PLANTA DE MEDICINA INTERNA

**M. Hervás Laguna, E. González Higuera, L. Benito Córdón, M. Ruiz Climente, B. Olga, L. Pilar y D. Francisco**  
*Medicina Interna. Hospital Virgen de la Luz. Cuenca.*

**Objetivos.** La VMNI es un arma terapéutica eficaz en el tratamiento de la exacerbación de la enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) hiperbáptica, disminuyendo la morbilidad, mortalidad, estancia hospitalaria y la necesidad de ventilación mecánica invasiva. Se trata de una modalidad de soporte ventilatorio que se aplica habitualmente en unidades de cuidados intensivos o intermedios y en planta de neumología. Nos proponemos analizar nuestra experiencia con un primer grupo de pacientes con el fin de valorar la viabilidad y la utilidad de esta técnica en planta de medicina interna para reducir los ingresos en la unidad de cuidados intensivos (UCI).

**Material y métodos.** Se recogieron los datos según protocolo de los primeros 7 pacientes diagnosticados de EPOC ingresados en planta de medicina interna en los meses de abril y mayo de 2006 que precisaron tratamiento con VMNI, realizando una evaluación clínica y gasométrica a los 30 min. a la hora y al alta. Un intensivista valoró la indicación del ingreso en la unidad de cuidados intensivos en un primer momento, a los 30 min. y a la hora de aplicar la VMNI.

**Resultados.** La edad media fue de 70,5 años (62-88), cuatro eran mujeres, tres estaban en tratamiento con oxígeno domiciliario, cuatro reunían criterios clínicos de SAOS aunque sólo dos habían sido diagnosticados por polisomnografía y recibían tratamiento con CPAP. El índice de masa corporal era superior a 40 en tres casos, tres estaban en tratamiento con benzodiazepinas. Se rechazó el ingreso en UCI de cinco pacientes y de otros dos se decidió realizar un tratamiento de prueba con VMNI siendo la evolución favorable a los 30 min. y a la hora en ambos casos. La tolerancia fue muy buena en cuatro pacientes y buena en tres, presentando dos pacientes complicaciones leves (lesiones cutáneas e irritación ocular). La evolución de las determinaciones medias gasométricas en la primera hora fue la siguiente: previos a VMNI pH 7,22 (7,11-7,33), pCO<sub>2</sub> 82,7 mmHg (59-117), a los treinta minutos pH 7,30 (7,25-7,37), pCO<sub>2</sub> 66,2 mmHg (45-83), a la hora pH 7,37 (7,34-7,44), pCO<sub>2</sub> 51,8 mmHg (41-62). Seis se fueron de alta domiciliaria y un paciente pluri-patológico falleció por insuficiencia respiratoria hiperbáptica.

**Discusión.** La eficacia de la VMNI en los pacientes con EPOC reaguizado se ha puesto de manifiesto en numerosos estudios realizados en los servicios de urgencias, UCI y unidades de neumología, siendo limitada la experiencia en los servicios de medicina interna. En los hospitales de segundo nivel donde no disponemos de un neumólogo de guardia, el conocimiento y el manejo de este soporte ventilatorio por parte de un internista puede contribuir a mejorar rápidamente la insuficiencia respiratoria de estos pacientes y en algunos casos evitar su ingreso en UCI, con buena tolerancia y escasas complicaciones reseñables.

**Conclusiones.** En la exacerbación de la EPOC la VMNI puede ser una alternativa terapéutica eficaz en planta de medicina interna evitando el ingreso en UCI de pacientes preseleccionados.

#### V-219 MORTALIDAD EN MEDICINA INTERNA EN UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL

**J. Valero Recio, P. García de Paso, E. Martín Rosique, C. Fernández Capitán, N. Iniesta Arandia, M. Amer López, C. Navarro San Francisco y J. Vázquez Rodríguez**  
*Medicina Interna. La Paz. Madrid.*

**Objetivos.** Analizar las características de los pacientes que fallecen en el servicio de Medicina Interna en un hospital de tercer nivel (Hospital Universitario La Paz de Madrid).

**Material y métodos.** Se revisaron los informes de los pacientes fallecidos durante un año en nuestro servicio y se analizaron las siguientes variables: número total de éxitos, edad, sexo, ubicación (en el servicio o periférico (ectópico)), distribución en el tiempo (día de la semana, mes), causa de la muerte, coexistencia de otra patología (hipertensión, diabetes mellitus, epoc, insuficiencia cardíaca, cardiopatía isquémica, insuficiencia renal, patología neurológica (acv previo, epilepsia, parkinsonismo u otra enfermedad degenerativa neurológica), digestiva (ulcera gastroduodenal, enfermedad inflamatoria intestinal) u oncológica, tabaquismo y enolismo. También se analizaron el número de ingresos en los 6 meses previos, tiempo desde el último ingreso hospitalario, tiempo de estancia en urgencias, duración del ingreso y situación basal. Se usó el programa informático de gestión del hospital para valorar los días de estancia en la urgencia, el número de ingresos en los últimos 6 meses, y en caso de existir, los días transcurridos entre el alta del ingreso previo y el del éxitus. Se usó el programa SPSS para analizar las frecuencias y realizar comparaciones entre frecuencias esperadas y observadas.

**Resultados.** Fallecieron 287 éxitus sobre un total de 3.113 ingresos (tasa de mortalidad 9,21%). 147 pacientes (53%) fueron hombres y el 47% mujeres. La edad media fue de 78,1 años, (IC 95% : 76,4 - 79,8), no habiendo diferencias significativas en cuanto al sexo (en ambos grupos edad media 78,12). La edad máxima fue 99 años y la mínima 30 años. 31 pacientes estaban ubicados fuera de las plantas del servicio. Hubo más éxitus de forma significativa en enero y diciembre, pero no hubo diferencias en cuanto al día de la semana. Las causas principales de muerte fueron: patología respiratoria (31%), cardíaca (23%), digestiva (11,1%), oncológica (10,8%) y neurológica (7%), y las patologías asociadas más frecuentes HTA (48,8%), patología neurológica (34%) ICC (26%), Diabetes (25%), tabaquismo (21,6%), patología digestiva (19,9%) EPOC (18%), cardiopatía isquémica (16,7%), enolismo (12,9%), patología oncológica (12,5%) e insuficiencia renal (11%). 164 pacientes (57%) presentaban algún grado de dependencia para actividades básicas de la vida diaria. Un 19,9% de los pacientes habían tenido al menos un ingreso en los últimos 6 meses, y el 10% al menos dos. Entre estos pacientes, la media de días desde el último ingreso fue de 40,4 días, con un máximo de 168 y una mediana de 27. La estancia media de los pacientes fue de 9,2 días (IC 95%: 8,01 - 10,4). La estancia media global de los pacientes en Medicina Interna fue de 9,7 días, y entre los pacientes que no fallecieron fue de 9,75. Un 18,5% fallecieron en el primer día del ingreso, y un 36,7% en las primeras 72 h. Un 55% cumplieron por lo menos un día en la urgencia antes de ingresar. Un 19,5% estuvieron por lo menos dos días, y un 13,8% al menos tres días.

**Discusión.** La mortalidad global observada fue similar a la de otros hospitales de similares características y no difiere de la de centros de apoyo. La patología respiratoria y cardíaca fueron las causas de mortalidad más frecuentes. Un elevado número de de pacientes tenían ingresos en los meses previos. Una proporción significativa de pacientes estuvieron 3 o más días en la urgencia antes de ingresar. La mayoría eran pluripatológicos y tenían algún grado de dependencia.

**Conclusiones.** La mortalidad global observada fue similar a la de otros hospitales de similares características y no difiere de la de centros de apoyo. La patología respiratoria y cardíaca fueron las causas de mortalidad más frecuentes. Un elevado número de de pacientes tenían ingresos en los meses previos. Una proporción significativa de pacientes estuvieron 3 o más días en la urgencia antes de ingresar. La mayoría eran pluripatológicos y tenían algún grado de dependencia.

#### V-220

### REVISIÓN DE UNA SERIE DE CASOS DE LESIONES HEPÁTICAS FOCALES EN UN SERVICIO DE MEDICINA INTERNA

R. Sanz Vila, C. García Fabra, J. Pérez Silvestre, E. Sánchez Ballester, P. Sorní Moreno y A. Herrera Ballester

Medicina Interna. Consorcio Hospital General Universitario. Valencia.

**Objetivos.** Las lesiones focales hepáticas son un hallazgo frecuente debido al uso creciente de técnicas de imagen en pacientes que presentan sintomatología abdominal inespecífica. La filiación diagnóstica de las mismas, se fundamenta en los hallazgos clínicos, analíticos,

técnicas de imagen y, con frecuencia, en el estudio histológico; características que nos planteamos analizar en esta revisión

**Material y métodos.** Realizamos un estudio retrospectivo de los pacientes con lesiones hepáticas ocupantes de espacio ingresados en nuestro servicio entre Enero de 2003 y Diciembre de 2005, mediante la revisión de historias clínicas.

**Resultados.** Hallamos un total de 57 casos, de los cuáles 37 (64,9%) eran varones y 20 (35,1%) mujeres. La edad media fue de 67,23 ± 13,35 (con un intervalo 39-92). Sólo 3 pacientes (5,3%) tenían antecedentes de hepatopatía, 7 (12,3%) presentaban antecedentes oncológicos y 5 (8,8%) manipulación biliar previa. De los 57, 18 (31,6%) presentaban hábito enólico. Respecto a las manifestaciones clínicas, 39 del total (68,4%) referían síndrome constitucional, 35 (61,4%) dolor abdominal y fiebre sólo en 18 (31,6%). A la exploración física se objetivó hepatomegalia en 41 (71,9%) de los casos, ictericia en 11(19,3%) y ascitis en 10 (17,5%). Las cifras analíticas medias fueron: Hb 12,6; plaquetas 292000; BbT 2,30; GOT 87,45; GPT 68,01; GGT 448,28; FA 321,84; LDH 1025,71; QUICK 85,02%. Se solicitaron hemocultivos en 20 de los pacientes (35,1%), aislándose el germen causal en 8 de ellos (40%). Se realizó ecografía abdominal en 50 pacientes, siendo diagnóstica en 45 de ellos (90%). Las características ecográficas de las lesiones fueron: únicas 5 (10%) y múltiples 45 (90%); sólidas 45 (90%), líquidas 2 (4%) y 3 mixtas (6%). Se realizó TAC en 53 pacientes, siendo diagnóstico en 49 de ellos (92,45%). Sólo se realizó IRM en 15 de los 57 pacientes (26,32%). En 13 (22,8%) se realizó gastroscopia y en 22 (38,6%) colonoscopia para completar el estudio. Se hizo biopsia hepática en 29 pacientes (50,87%), y sólo en 3 (10,35%) no fue diagnóstica. Complicaciones de la biopsia únicamente en 1 caso (3,44%). El diagnóstico final fue: 43 (75,4%) metástasis hepáticas; 5 (8,8%) abscesos; 3 (5,3%) quistes, 3 (5,3%) hepatocarcinoma y otros 3 (5,3%) hemangiomas. De las metástasis, 14 (32,55%) fueron de tumor primario de recto-sigma (adenocarcinoma); 12 (27,9%) pancreato-biliares, 1 (2,32%) de epidermoide de pulmón, 2 (4,65%) de células transicionales, 4 (9,3%) de primario desconocido y en 10 (23,25%) no se finalizó el estudio por la situación clínica del paciente. Del total de pacientes, 10 (17,5%) fueron éxitus.

**Discusión.** La incidencia de lesiones hepáticas focales es mayor en varones, con manifestaciones poco específicas, sobre todo dolor abdominal y síndrome constitucional, pero con hepatomegalia frecuente, lo que condiciona la solicitud de pruebas de imagen que ponen de manifiesto las lesiones focales. Analíticamente predomina la movilización enzimática hepática con patrón de colostasis, sin indicios de insuficiencia hepática. El diagnóstico de certeza mediante biopsia es de elección, aunque en nuestra serie no se realizaron en un alto porcentaje por la situación clínica del paciente. El diagnóstico más frecuente al que llegamos, al igual que en otras series, son las metástasis hepáticas siendo el origen intestinal el más predominante de éstas. El resto de etiologías presentaron una muy baja frecuencia en comparación.

**Conclusiones.** El diagnóstico definitivo de las LOES hepáticas se establece mediante dos pruebas esenciales: técnicas de imagen y estudio histológico. Durante los últimos años, la TAC y la IRM con uso de contrastes vasculares, han desplazado las pruebas isotópicas y permiten obviar, en muchos casos, el diagnóstico histológico. En ocasiones, el estudio anatómo-patológico es el único procedimiento que garantiza el diagnóstico definitivo y para ello el rendimiento de la PAAF de LOES hepáticas es muy satisfactorio y, en nuestro caso, con baja tasa de complicaciones.

#### V-221

### PATRONES CLÍNICOS DE PRESENTACIÓN DE LA HEMORRAGIA DIGESTIVA EN PACIENTES INGRESADOS EN UN SERVICIO DE MEDICINA INTERNA

M. Martín Sánchez, C. García Carrasco, G. García García, D. Magro Ledesma, M. Pérez Miranda y J. Ramos Salado  
Medicina Interna. Complejo Hospitalario Universitario de Badajoz. Badajoz.

**Objetivos.** Analizar los casos de hemorragia digestiva atendidos en el Servicio de Medicina Interna del H. Infanta Cristina, Badajoz; conocer el perfil clínico, analítico y endoscópico de estos pacientes y la asistencia que les prestamos, 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 los pacientes ingresados en nuestro Servicio desde el 2003 al 2006, con el diagnóstico de hemorragia digestiva. Para el análisis de los datos se utilizó el programa estadístico SPSS 12.0.

**Resultados.** En el estudio descriptivo se identificaron 171 casos, 112 hombres (65,5%) y 59 mujeres (34,5%), con una edad media de  $73,9 \pm 13,4$  años (29-97 años). Del total de casos un 18,7% tenían antecedentes de úlcera duodenal y/o gástrica, el 15,8% hepatopatía, y un 16,4% neoplasias conocidas. Con respecto a los hábitos tóxicos un 19,4% y un 23,6% eran fumadores y bebedores activos respectivamente. Un 21,1% de los pacientes realizaban tratamiento con anticoagulantes orales, y el 19,6% con antiagregantes (AAS 12,26%). El 69% de los casos fueron hemorragia digestiva alta cuyo modo de presentación más frecuente (50%) fue en forma de melenas; el 25,1% eran hemorragia digestiva baja. Se presentaron con inestabilidad hemodinámica sólo el 16% de los casos. Se realizó estudio endoscópico en un 67% de los casos, siendo el hallazgo más frecuente en la HDA la úlcera (duodenal 19,8% y gástrica 17,6%), en la HDB el 27,5% fueron divertículos y sólo se halló un caso de neoplasia. El motivo principal por el que no se realizó endoscopia fue por el estado general del paciente. Se realizó tratamiento médico-endoscópico en el 20% de los pacientes, no precisándose tratamiento quirúrgico en ningún caso. La mortalidad global fue del 11% (atribuible a la hemorragia un 7%). Respecto a la mortalidad, las variables que han mostrado relación estadísticamente significativa han sido la inestabilidad hemodinámica ( $p < 0,001$ ) y la presencia de actividad o no ( $p = 0,001$ ). No han mostrado relación significativa la hemoglobina al ingreso, el origen alto o bajo de la hemorragia o el diagnóstico endoscópico.

**Discusión.** En nuestro estudio el origen de la hemorragia digestiva más frecuente es la alta, y como primera causa la úlcera duodenal, coincidiendo con la mayoría de estudios. Realizamos tratamiento endoscópico en el 20% de los casos y quirúrgico en ninguno, debido a que éstos pacientes se derivan al Servicio de Cirugía. La mortalidad atribuible a hemorragia digestiva es de un 7%, relacionándose con ella la inestabilidad hemodinámica y el hecho de que la hemorragia esté activa o no al ingreso. No influyendo en ella el nivel de hemoglobina, ni el origen de la hemorragia.

**Conclusiones.** No hemos encontrado diferencias importantes con respecto a otros estudios encontrados en la literatura y nuestra práctica clínica se ajusta adecuadamente a las guías clínicas en uso.

#### V-222

#### ¿SON ÚTILES OTRAS ALTERNATIVAS TERAPÉUTICAS AL TRATAMIENTO CLÁSICO ERRADICADOR DEL *HELICOBACTER PYLORI*?

**J. García Castaño, M. Lara Culebras, F. Tejerina Picado, L. López Corcuera, R. Rodríguez Dorrego y C. Gilsanz Fernández**

Medicina Interna I. Gregorio Marañón. Madrid.

**Objetivos.** La eficacia del tratamiento erradicador de la infección por *helicobacter pylori* con regímenes que contienen quinolonas sustituyendo a amoxicilina y/o claritromicina se ha comunicado en pacientes resistentes a la terapia clásica (amoxicilina, claritromicina y omeprazol) y ha dado resultados en pacientes alérgicos a penicilina o con intolerancia a macrólidos como terapia de primera línea y en el tratamiento de las resistencias.

**Material y métodos.** Realizamos un estudio retrospectivo, comparativo entre dos grupos de pacientes diagnosticados de infección por *helicobacter pylori* demostrada por biopsia o test del aliento: Grupo A, pacientes tratados con régimen clásico (Omeprazol 40 mg/día, Claritromicina 1 gramo/día, Amoxicilina 2 gramos/día) (OCA) durante 7 días. Grupo B, pacientes en los que se sustituía amoxicilina o claritromicina por una quinolona (moxifloxacino 400 mg/día o levofloxacino 500 mg/día) durante 7 días. Se consideró eficaz el tratamiento tras demostración de erradicación del *helicobacter* mediante test de aliento y/o biopsia realizada a partir de las 4 semanas siguientes de terminar el tratamiento. También se analizan los resultados de los pacientes resistentes al tratamiento con OCA y los resistentes a uno de los regímenes con quinolonas. Los resultados se han analizado mediante un programa estadístico. Se ha realizado un estudio del coste medio de ambos regímenes terapéuticos, utilizando los fármacos de menor coste, incluidos en el Vademecum.

**Resultados.** Fueron tratados 244 pacientes de los cuales 80 se incluyeron en el grupo A, lográndose respuesta terapéutica en 61 (76,25%) y 164 en el grupo B, lográndose respuesta terapéutica en 135 (80,32%). La diferencia entre ambos grupos no resultó estadísticamente significativa utilizando la prueba de  $\chi^2$ . El coste medio por tratamiento de los pacientes del grupo A fue de 34,96 euros y el del grupo B de 44,43 euros si se utilizaba amoxicilina, omeprazol y quinolona o de 57,60 euros si se utilizaba claritromicina, omeprazol y quinolona. De los 19 pacientes resistentes al tratamiento con OCA se trataron con regímenes con quinolonas 17 de los que respondieron 15 (88,23%). En los tratados con quinolonas hubo 29 casos de resistencia, a los que se trató con la pauta con Amoxicilina los resistentes al régimen que incluía Claritromicina y a la inversa, consiguiendo la erradicación en 15 de los 20 controlados (75%).

**Conclusiones.** El tratamiento con regímenes con quinolonas para la erradicación de *helicobacter pylori*, es al menos tan eficaz como el clásico. Los regímenes con quinolonas, son una alternativa de primera línea, en pacientes alérgicos a penicilina o intolerancia a macrólidos. En los pacientes resistentes los regímenes con quinolonas se han mostrado eficaces y más cómodos para los pacientes.

#### V-223

#### COMORBILIDAD DE LA HEMORRAGIA DIGESTIVA ALTA

**J. Lanza Gómez<sup>1</sup>, N. Balbas Brigido<sup>2</sup> y A. Martos Almagro<sup>3</sup>**

<sup>1</sup>Medicina Intensiva MIR. Marques de Valdecilla. Santander,

Cantabria. <sup>2</sup>Medicina Familia. CS Ramales. Ramales, Cantabria.

<sup>3</sup>DUE. CD Gama. Gama, Cantabria.

**Objetivos.** La hemorragia digestiva alta (HDA) es un motivo relativamente frecuente, siendo los dispositivos de Urgencias los que suelen prestar la asistencia inicial a esta patología, teniendo una incidencia de 50-150 casos por cada 100.00 habitantes, con una mortalidad entre el 5% y 20%. Nuestro objetivo es estudiar la comorbilidad por edad y sexo asociada a la Hemorragia Digestiva (HDA) en un hospital comarcal durante un año.

**Material y métodos.** Estudio retrospectivo descriptivo de las historias clínicas de urgencias de un hospital comarcal durante el año 2005 en las que consta el diagnóstico de HDA o sospecha de ella, confirmadas posteriormente a través del diagnóstico de alta en la historia clínica. En la hoja de recogida de datos se incluye: edad, sexo, antecedentes personales: ingesta alcohólica, tabaquismo, hipertensión arterial (HTA), Cardiopatía isquémica (CI), antecedentes previos de HDA, Fibrilación auricular (ACxFA), ACVA, toma de fármacos antiagregantes y/o anticoagulantes y toma de AINES.

**Resultados.** Se recogen los resultados de 78 pacientes que fueron diagnosticados de HDA, de los cuales 52 son varones (66%) y 26 mujeres (34%). Dividimos a los pacientes por edades siendo el punto de corte 65 años para valorar gastroprotección y criterios de antiagregación y/o anticoagulación según las recomendaciones internacionales; en cuanto a los varones encontramos que 28 (36%) pacientes tienen < 65 años y 24 (31%) eran > 65 años. Las mujeres se distribuían de la siguiente manera: 6 (7,6%) tienen < 65 años y 20 (25,4%) eran > 65 años. Centrándonos en las patologías concomitantes y antiagregación/anticoagulación por edades y sexo encontramos: 1. Varones > 65 años: 11 pacientes tenían antecedentes de HTA, 6 de CI y 5 de HDA previa, siendo el fármaco frecuentemente relacionado la AAS que tomaban 9 pacientes por 2 que tomaban Dicumarínicos. 2. Varones < 65 años: 13 pacientes eran fumadores, 8 bebedores moderados, 6 presentaban HTA, y el fármaco relacionado es el Ibuprofeno que tomaban 5 pacientes seguido de Diclofenaco (4). 3. Mujeres > 65 años: 9 presentaban HTA y 7 ACxFA, tomando 5 de ellas Dicumarínicos. 4. Mujeres < 65 años: 2 bebedoras severas y 3 que tomaban de manera rutinaria Ibuprofeno.

**Conclusiones.** 1) La HDA es más frecuente en hombres 2: 1, predominando en los mayores de 65 años los antecedentes de HTA y CI, motivo por el que la antiagregación con AAS es más frecuente con respecto a las mujeres, en las cuales predomina la ACxFA y la HTA por lo que aparecen los dicumarínicos como fármacos asociados a la HDA 2) En los varones y mujeres menores de 65 años encontramos al tabaco como agente más frecuente, acompañado por la ingesta alcohólica y la HTA en menor medida, así como mayor uso de AINE.



## V-224

**¿EXISTEN DIFERENCIAS CLÍNICAS ENTRE LOS DISTINTOS TIPOS DE ANEMIA MEGALOBLÁSTICA?**

**M. Martínez Giles, E. Arroyo Masa, G. Morales García, J. Buenavida Villar, J. Vázquez Labrador, V. Fernández Auzmendi, D. Magro Ledesma y J. Arrébola García**  
 Medicina Interna. Complejo Hospitalario Universitario Infanta Cristina. Badajoz.

**Objetivos.** Describir la etiología, características clínicas y posibles diferencias entre la anemia perniciosa y el resto de anemias megaloblásticas de pacientes ingresados en el servicio de medicina interna de nuestro hospital.

**Material y métodos.** Estudio retrospectivo de 50 pacientes diagnosticados de anemia megaloblástica entre 2002 y 2006. El diagnóstico de anemia megaloblástica se estableció en base a la presencia de valores de hemoglobina menores de 13 g/dL en el varón y 12 g/dL en la mujer, macrocitosis (VCM mayor de 100 fL) y/o frotis compatible. Se definió el déficit de cobalamina como la existencia de niveles de vitamina B<sub>12</sub> < 250 pg/mL y de ácido fólico como un nivel sérico menor de 3 ng/dL.

**Resultados.** La edad media al diagnóstico fue de 72 años. Un 62% fueron mujeres y un 38% varones. El 16% tenía antecedentes de complicaciones tromboticas y el 22% trastornos autoinmunes asociados. Las causas de anemia megaloblástica fueron: déficit de VB12 en 41 casos (82%), déficit de ácido fólico en 6 casos (12%) y déficit de ambos en 3 casos (6%). La anemia perniciosa (68,2%) fue la causa más frecuente de déficit de vitamina B<sub>12</sub> y la dieta inadecuada (44,4%) en el caso del déficit de ácido fólico. Las formas de presentación más frecuentes fueron el síndrome anémico (62%) y los síntomas digestivos (32%). El 38% de los pacientes tuvieron una Hemoglobina menor de 8 g/dL. El 81,3% de los casos presentaba un frotis con macroovalocitos y polisegmentación de neutrófilos. El nivel medio de vitamina B<sub>12</sub> en los pacientes con dicho déficit fue de 61 pg/dL y el nivel medio de ácido fólico en pacientes con dicha deficiencia 1.93. Los anticuerpos anti-células parietales y anti-factor intrínseco fueron positivos en el 66,7% y 55,2% de los casos de anemia perniciosa respectivamente, siendo negativos en el resto de pacientes con anemia megaloblástica de otro origen. Se realizó endoscopia oral en el 54% de los casos siendo el hallazgo más frecuente la gastritis crónica atrófica. Sin embargo la biopsia de médula ósea sólo se realizó en el 16% de los pacientes siendo compatible los hallazgos con anemia megaloblástica en todos los casos. El tratamiento al alta fue vitamina B<sub>12</sub> intramuscular en el 74%, ácido fólico oral en el 14% y ambos en el 12%.

**Discusión.** La anemia megaloblástica predomina en la edad avanzada, su forma de presentación más frecuente es el síndrome anémico y la anemia perniciosa es su principal causa. En cuanto a las diferencias según el sexo, en la mujer fue más frecuente el déficit de vitamina B<sub>12</sub> y los trastornos autoinmunes y en el varón el déficit de ácido fólico aunque no fue estadísticamente significativo probablemente por el pequeño tamaño de la muestra. En la mayoría de los casos es una anemia moderada con macroovalocitos e hipersegmentación de neutrófilos en frotis y una LDH elevada. No hallamos diferencias significativas en los parámetros analizados entre el grupo de anemia perniciosa y el resto de anemias megaloblásticas salvo en el de vitamina B<sub>12</sub> que era menor en el grupo de anemia perniciosa. Y encontramos una correlación negativa entre el nivel de LDH y la cifra de hemoglobina ( $r = -0,55; 0,01-0,01$ ).

**Conclusiones.** Nuestros resultados se asemejan a los descritos en las series encontradas en la bibliografía.

## V-225

**ETIOLOGÍA DEL DERRAME PLEURAL. ANÁLISIS PROSPECTIVO DESDE 1992 A 2006**

**J. Sarrapio<sup>1</sup>, C. Alemán<sup>1</sup>, J. Alegre<sup>1</sup>, E. Ruiz<sup>1</sup>, A. Vázquez<sup>1</sup>, T. Soriano<sup>1</sup>, R. Segura<sup>2</sup>, T. Fernández de Sevilla<sup>1</sup>**

<sup>1</sup>Servicio de Medicina Interna, <sup>2</sup>Bioquímica. Hospital Vall d'Hebron. Barcelona.

**Objetivos.** Analizar la etiología de los pacientes que han ingresado por derrame pleural (DP) en el Hospital Universitari Vall d'Hebron desde 1992 a 2006.

**Material y métodos.** Se han analizado de forma prospectiva los pacientes ingresados con derrame pleural desde 1992 a 2006. Los derrames pleurales se han clasificado según las diferentes etiologías: 1) Empiema (líquido pleural (LP) purulento); 2) DP paraneumónico complicado (LP no purulento con cultivo del LP positivo, pH pleural < 7 o glucosa pleural < 40 mg/dl); 3) DP paraneumónico borderline (LP no purulento con cultivo del LP negativo, pH pleural 7-7.20 o LDH pleural > 1000 UI/L y glucosa > 40 mg/dl); 4) DP paraneumónico no complicado (LP no purulento con cultivo del LP negativo, pH pleural > 7.20, glucosa pleural > 40 mg/dl y LDH pleural < 1000UI/L); 5) DP tuberculoso (tinción de Ziehl-Nielsen o cultivo en medio de Löwenstein-Jensen positivas en líquido pleural o biopsia pleural, o concentración de ADA > 43 IU/l en un LP de predominio linfocitario en un contexto clínico-epidemiológico sugestivo de infección tuberculosa y una adecuada respuesta al tratamiento antituberculoso); 6) DP neoplásico (exudados con evidencia de infiltración neoplásica en la citología o histología pleurales); 7) DP paraneoplásico (DP en un paciente con enfermedad neoplásica de base, en el que aunque no se constata infiltración maligna en la citología o histología pleurales, el derrame pleural se atribuye a la neoplasia); 8) DP trasudado de acuerdo a los criterios de Light; 9) DP misceláneo (exudados de otros grupos etiológicos); 10) DP idiopáticos (DP no aclarados tras el ingreso hospitalario y al menos dos años de seguimiento).

**Resultados.** Se han analizado 1107 pacientes consecutivos ingresados de forma prospectiva por derrame pleural, 657 hombres y 450 mujeres con una edad media de 62 ± 19 años. La causa más frecuente de DP fue la infecciosa (n = 371): empiema 62, DP paraneumónico complicado 83, DP paraneumónico borderline 21, DP paraneumónico no complicado 71 y DP tuberculoso 134. Como segunda causa etiológica destacan los DP malignos (n = 317): DP neoplásicos 180 y DP paraneoplásicos 137. El resto de los grupos etiológicos se distribuyó de la siguiente manera: DP trasudados por insuficiencia cardíaca 162, DP misceláneo 125, DP idiopáticos 87 y 45 DP que están siendo evaluados en la actualidad.

**Conclusiones.** 1) La etiología más frecuente de derrame pleural en nuestro medio sigue siendo la infecciosa. 2) A pesar de un estudio exhaustivo y un seguimiento clínico posterior, un 7,9% de los pacientes que ingresan para estudio de un derrame pleural siguen sin diagnóstico a los dos años.

## V-226

**RENDIMIENTO DIAGNÓSTICO DE ALGUNAS PRUEBAS DE CRIBADO ANALÍTICO EN PACIENTES HOSPITALIZADOS**

**D. García-Rosado, E. González-Reimers, J. Jorge Hernández, M. Rodríguez Gaspar, J. Medina García, E. García-Valdecasas Campelo, S. Palmero Álvarez y F. Santolaria Fernández**

Medicina Interna. Hospital Universitario de Canarias. La Laguna (Santa Cruz de Tenerife)

**Objetivos.** Se plantea la rentabilidad diagnóstica de determinados análisis, solicitados de manera sistemática, con la finalidad valorar factores de riesgo o enfermedades en pacientes hospitalizados en el Servicio de Medicina Interna.

**Material y métodos.** En 356 pacientes ingresados en el Servicio de Medicina Interna del HUC durante un período de 6 meses (diciembre 2005 a junio de 2006), se recogen los siguientes datos analíticos: estudio del hierro, estudio lipídico, Vitamina B<sub>12</sub>, ácido fólico, homocisteína, hormonas tiroideas y PSA. Los resultados se relacionan con la edad de los pacientes: menos de 55, 55 a 64, 65 a 74 y 75 o más años

**Resultados.** La edad media de los pacientes fue de 68 ± 0,9 años, separada por sexos la edad media en hombres fue de 65,5 años y de las mujeres fue de 71 años. El 55% de los pacientes fueron varones y el 45% mujeres. Solamente encontramos ferropenia (ferritina inferior a 20) en el 1,1% de los varones y en el 2,5% de las mujeres. Pese a ello encontramos una alta proporción de pacientes con anemia en el 62% de las mujeres (hemoglobina inferior a 12g/dl) y en el 53,9% de los varones (hemoglobina inferior a 13). La alta incidencia de anemia se explica mejor por una mala utilización del hierro ya que la ferritina era superior a 300 en el 21,5% de las mujeres y 45% de los hombres, con tendencia a disminuir con la edad avanzada.

Con respecto a las fracciones del colesterol encontramos una alta prevalencia de cifras bajas HDL. Utilizando como límite inferior de la normalidad los criterios de síndrome metabólico, encontramos una HDL inferior a 40 en el 60% de los varones e inferior a 50 en el 75,2% de las mujeres. Se observó un déficit de ácido fólico (inferior a 3) en el 27% y de vitamina B<sub>12</sub> en el 8%, sin diferencias entre sexos. Encontramos valores de la homocisteína elevados (superior a 15) en el 31,1% y descendidos (inferior a 10) en el 32,8% de la población. Los valores bajos de homocisteína se relacionan con una disminución de las proteínas del suero. Los pacientes más jóvenes, menos de 55 años, eran los que tenían una mayor prevalencia de homocisteína baja, 62,2%. En cambio la hiperhomocisteinemia predominaba en los pacientes con más de 65 años, un 38%, mientras que en los menores de 55 se observó sólo en un 9%. Encontramos una relación inversa entre homocisteína y B<sub>12</sub> y folatos, de modo que en el 57,4% de los pacientes con hiperhomocisteinemia, además existen niveles bajos de ácido fólico y vitamina B<sub>12</sub>. Si bajamos a 12 el límite superior de la homocisteína, la cifra asciende al 85,7%. Una TSH elevada (superior a 4) la encontramos en el 6,7% de los pacientes, en cambio una TSH suprimida (inferior a 0.04) sólo la encontramos en el 2%, siendo ambos hallazgos más frecuentes a partir de los 65 años. En el 13% de los varones encontramos un PSA mayor de 3, cifra que aumenta al 22% en los mayores de 75 años. En ningún caso encontramos un PSA elevado antes de los 55 años.

**Conclusiones.** Aunque el rendimiento de las pruebas de cribado es muy variable, pensamos que son útiles en aquellos casos en que son la única vía para anticipar el diagnóstico de una enfermedad o factor de riesgo.

#### V-227

### LA REVERSIÓN A RITMO SINUSAL DE LA FA DISMINUYE PRECOZMENTE LOS NIVELES DE NT-PROBNP

**P. Aguiar-Souto<sup>1</sup>, S. Valero-González<sup>2</sup>, L. Nombela-Franco<sup>1</sup>, E. Sufrate-Sorzano<sup>1</sup>, M. Cobo-Marcos<sup>1</sup>, J. Fernández-Díaz<sup>1</sup>, J. Toquero-Ramos<sup>1</sup> y L. Alonso-Pulpón<sup>1</sup>**

<sup>1</sup>Cardiología, <sup>2</sup>Medicina Interna. Hospital Universitario Puerta de Hierro. Madrid.

**Objetivos.** Analizar la relación entre la fibrilación auricular y los valores de NT-proBNP antes y después de la cardioversión eléctrica intentando evaluar si los niveles basales del mismo y/o su evolución inicial postcardioversión podrían constituir un predictor de mantenimiento de ritmo sinusal a la semana del procedimiento.

**Material y métodos.** Se incluyeron 13 pacientes, entre 24 y 76 años de edad, remitidos a nuestro centro para cardioversión eléctrica (CVE) electiva por fibrilación auricular (FA) de más de 48 horas de evolución (rango 72 h-96 m). 77% de ellos eran varones. 15% de ellos presentaban patología tiroidea. 39% eran hipertensos. La FEVI era conservada en 10 pacientes, y severamente deprimida en uno de ellos (30%). Se realizó ECG y determinación de niveles de NT-proBNP antes de la CVE y a la semana, intentando correlacionar la modificación de los valores de NP-proBNP con el mantenimiento del ritmo sinusal (RS).

**Resultados.** De los 13 pacientes, obtuvimos los datos pre y postcardioversión en 11 de ellos. A la semana se mantenían en RS 8 pacientes (66%). En ellos, los niveles de NTproBNP precordioversión fueron  $97,2 \pm 72,9$  pmol/l. A los 7 días postcardioversión:  $31,1 \pm 18,8$  pmol/l ( $p = 0,02$ ). Los que a la semana se encontraban en FA presentaron un aumento significativo en sus niveles de NTproBNP (basal:  $89,6 \pm 65,6$  pmol/l; postcardioversión:  $138,4 \pm 79,9$  pmol/l;  $p = 0,03$ ).

**Conclusiones.** Entre los pacientes que mantienen el RS a la semana tras una CVE los niveles de NTproBNP disminuyen precozmente de forma significativa respecto a los previos. A pesar del corto seguimiento se refleja la potencial mejoría hemodinámica al recuperar la contracción auricular, con un descenso en un parámetro como el NTproBNP, que podría traducir menores presiones de llenado en VI en los pacientes en RS. Estos hallazgos reafirman la idea del mantenimiento del ritmo sinusal como terapia más óptima en el manejo de la fibrilación auricular.

#### V-228

### PERITONITIS BACTERIANA ESPONTÁNEA: EXPERIENCIA DE SEIS AÑOS EN UN HOSPITAL COMARCAL

**P. Ferràs Carceller, A. Pedragosa Vall, J. Saló Rich, R. Barniol Llimós, G. Celedón Berruero y J.Vilaró Pujals**  
Medicina Interna. Hospital General de Vic. Vic, Barcelona.

**Objetivos.** El objetivo de este estudio es evaluar la supervivencia, mortalidad y tratamiento de los casos de PBE ocurridos en nuestro centro en el período 2000 al 2005.

**Material y métodos.** Estudio retrospectivo de todos los episodios de PBE desde enero del 2000 a diciembre del 2005 con descripción de los casos y comparación de los episodios en función de la supervivencia de los mismos. Para el análisis estadístico se utilizaron las medidas de centralización y dispersión estándar y para la comparación de datos el análisis para variables cuantitativas (*t* student) no paramétrico y para variables cualitativas (test de Chi cuadrado) mediante un paquete estadístico SPSS.

**Resultados.** Se recogieron 32 episodios de PBE (con un total de 31 pacientes) con edad media 68 años, con un rango de edad de 39 a 87 años; 22 de los cuales eran mujeres y 10 hombres. La etiología principal de la cirrosis hepática era alcoholismo en 18 (56%) casos, seguido de 10 (31%) casos de hepatitis y 4 (13%) casos de otras etiologías. El estadio de la cirrosis era avanzado en la mayoría de los casos, 20 (59%) se encontraban en estadio C Child-Pugh, 12 (38%) casos en estadio B y 1 (3%) sólo de los casos en estadio A. Como antecedentes a destacar 2 de los casos había presentado un episodio previo de PBE (6%), 4 (12%) pacientes se encontraban afectados de Hepatocarcinoma y 12 (37%) pacientes tenían insuficiencia renal previa. En 27 (84%) casos se resolvió la infección, 5 (16%) murieron durante el ingreso y 13 (41%) a los 6 meses. La mayoría de las muertes fueron por infección (5 casos que corresponde al 38% del total de fallecidos), 4 (31%) muertos por síndrome hepatorenal, 3 (23%) fallecidos por hepatocarcinoma y el caso restante (8%) murió por progresión de su enfermedad de base, no hubo ningún caso de muerte que no estuviera relacionada con la cirrosis hepática.

**Conclusiones.** La peritonitis bacteriana espontánea (PBE) es una complicación frecuente y grave de los pacientes con cirrosis hepática avanzada (4ª causa de muerte en nuestro hospital). Los factores predisponentes de PBE en nuestra serie son el alcoholismo (56%), episodios previos PBE (6%), proteínas en líquido peritoneal inferior 1-1.5 g/dl (62%), estadio Child C (59%) y B (38%) e hiponatremia (25%). No existieron diferencias estadísticamente significativas entre los pacientes tratados con expansión de albúmina y la función renal; los 4 (12,5%) pacientes no tratados con expansión de albúmina murieron a consecuencia de la infección, por lo que no pudimos seguir la evolución de la función renal en este grupo de pacientes. El 78% de los casos se expandieron con albúmina, aunque a partir del 2003 se expanden a la mayoría de los pacientes (95%). La mortalidad intrahospitalaria en nuestra revisión fue similar a otras series (16%) con una supervivencia a los 6 meses inferior (59%). El 81% de los casos se han tratado con Cefalosporinas y el 9% con Amoxicilina-clavulámico. La resolución de la infección se consiguió en el 84% de los casos. Se realizó paracentesis diagnóstica de control en el 72% de los casos con una media de 5 días después del diagnóstico de PBE, y descontaminación intestinal selectiva al alta en el 92,5%. La insuficiencia hepática y la positividad del cultivo han sido los factores de peor pronóstico en nuestra serie. Todos los casos fallecidos durante el ingreso han sido debidos a la propia infección.

#### V-229

### SÍNDROME DE HIPERESTIMULACIÓN OVÁRICA

**V. Velasco Tirado<sup>1</sup>, L. Pozo Rosado<sup>1</sup>, C. Soler Fernández<sup>1</sup>, H. Ternavasio<sup>1</sup>, R. Alcántara Jurgszat<sup>2</sup>, H. Llorente Cancho<sup>1</sup>, L. González Villarón<sup>1</sup> y R. Sánchez Sánchez<sup>2</sup>**

<sup>1</sup>Medicina Interna II, <sup>2</sup>Ginecología y Obstetricia. Complejo Hospitalario. Salamanca.

**Objetivos.** El síndrome de hiperestimulación ovárica (SHO) es una respuesta exagerada a la terapia de inducción de la ovulación. Se caracteriza por aumento de tamaño ovárico y por salida de líquido del espacio intravascular secundaria al aumento de permeabilidad capilar. La incidencia del SHO varía entre el síndrome leve (33%) y el cuadro grave, que se produciría en un 0.25-1,8% según las series.

Las manifestaciones clínicas incluyen dolor abdominal, náuseas, vómitos, datos de hemoconcentración, ascitis, derrame pleural y pericárdico, fallo renal, hipovolemia, tromboembolismo pulmonar, distrés respiratorio e incluso fallecimiento. El tratamiento es sintomático y de soporte: balance hidroelectrolítico estricto, expansores del plasma como albúmina, diuréticos, antiinflamatorios, heparina a dosis profiláctica y toracocentesis o paracentesis si existe compromiso respiratorio. Las complicaciones graves precisan ingreso en Unidad de Vigilancia Intensiva (UVI). Los Objetivos de este trabajo son: determinar las características de las pacientes con SHO en nuestro medio, su evolución y destacar la importancia del médico internista en el tratamiento de esta entidad.

**Material y métodos.** Se recogieron una serie de 15 casos consecutivos de SHO ingresados en el Hospital Universitario de Salamanca entre los años 2001 y 2006.

**Resultados.** Las pacientes presentaban una edad comprendida entre los 29 y 39 años (media 33.87 años). La forma más frecuente de presentación fue el dolor abdominal (93.33%), acompañado en un 40% de náuseas y vómitos. Un 26.67% presentaba disnea al ingreso. En la exploración se halló ascitis en un 80% de los casos, de cuantificable. Un 20% de los casos presentaba derrame pleural, unilateral o bilateral. Los datos analíticos de gravedad encontrados fueron hemoconcentración (20%) e hiponatremia (26.67%). Según la clasificación de Golan, el 13.33% de nuestras pacientes presentaban un SHO leve, el 46.67% moderado y el 40% grave. En los casos leves, la evolución fue favorable tras observación y reposo. En los casos moderados-graves, se instauró tratamiento médico, con adecuada respuesta, precisando dos pacientes ingreso en la Unidad de Vigilancia Intensiva para control. En todas las pacientes se produjo resolución de la clínica. En un 66.67% (n = 10) se objetivó vesícula gestacional durante el ingreso. De éstos, un 60% (n = 6) desarrollaron gestación a término, con un caso de malformaciones en el recién nacido. En el 83.33% de los SHO graves se produjo gestación, mientras que no se produjo ninguna en los cuadros leves.

**Discusión.** Aunque se desconocen algunos de los mecanismos que desarrollan el SHO, parece que los síntomas sistémicos se deben a una excesiva liberación de sustancias vasoactivas secretadas durante la maduración y luteinización de múltiples folículos. Los últimos estudios han determinado que el péptido principal es el factor de crecimiento del endotelio vascular (VEGF), por lo que la inhibición de esta sustancia constituirá la diana de tratamientos futuros. No sabemos con exactitud el papel de otras sustancias que podrían estar implicadas, así como el beneficio de antiinflamatorios como indometacina durante el curso clínico y sobre las medidas para prevenir el síndrome (albúmina, corticoides). El embarazo prolonga el mecanismo fisiopatogénico del SHO, por lo que aumenta la probabilidad, la duración y gravedad del cuadro. Nuestros resultados concuerdan en este punto con la literatura.

**Conclusiones.** El síndrome de hiperestimulación ovárica es una complicación autolimitada aunque potencialmente mortal, cuya incidencia ha aumentado en los últimos años debido al mayor número de tratamientos de infertilidad realizados. El manejo debe ser multidisciplinar, con el internista como pieza clave, que debe conocer el tratamiento y complicaciones de esta patología.

### V-230

#### ¿SON ÚTILES LOS CUESTIONARIOS DE CALIDAD DE VIDA EN EL MOMENTO DEL INGRESO POR EXACERBACIÓN AGUDA DE LOS PACIENTES CON EPOC?

R. Boixeda i Viu<sup>1</sup>, J. Capdevila i Morell<sup>1</sup>, X. Martínez Costa<sup>1</sup>, M. Mauri Plana<sup>1</sup>, V. Vicente Aicua<sup>2</sup>, M. Delgado Capel<sup>1</sup>, S. Bardagí Fornés<sup>2</sup> y E. Palomera Fanegas<sup>3</sup>

<sup>1</sup>Medicina Interna, <sup>2</sup>Pneumología, <sup>3</sup>Unitat de Recerca. Hospital de Mataró. Mataró, Barcelona.

**Objetivos.** Evaluar la correlación entre la función pulmonar de los pacientes con EPOC y la calidad de vida en el momento del ingreso, valorada a través de cuestionarios de salud validados.

**Material y métodos.** Pacientes diagnosticados de EPOC, identificados al ingreso hospitalario por exacerbación aguda durante el período de un año (desde abril de 2005 a marzo de 2006). Se recogieron datos clínicos y espirométricos basales, valorando la función pulmonar mediante la espirometría forzada, cuantificando el volumen espirado en el primer minuto (VEMS). Se entregaron en el momento del

ingreso cuestionarios validados de calidad de vida, el Short Form 36 (SF-36) y el cuestionario respiratorio St. George (SGRQ). Para el SF-36, se calculó el índice físico (PCS) y mental (MCS) y para el SGRQ el porcentaje del total. Se agruparon los pacientes en función de la gravedad de la EPOC según la normativa de la SEPAR (leve: VEMS 60-80%, moderada: 40-59% y grave < 40%). Se estudió la correlación entre la función pulmonar y la calidad de vida a través de la prueba de Kolmogorov-Smirnov.

**Resultados.** La edad media de los 68 pacientes era de 73 años (8,8 DE), con rango de 47 a 88 años. Del total, el 84,6% eran exfumadores y el 15,4 eran fumadores activos. El 82% presentaban comorbilidad, siendo la hipertensión, diabetes y dislipemia las más frecuentes. En el año previo al ingreso actual, presentaron una exacerbación el 61,5%, tuvieron una neumonía el 4,6%, y precisaron ingreso hospitalario el 37%. Los pacientes valorados presentaban las siguientes características basales: disnea grado 1 (60%), 2 (22%), 3 (16%) y 4 (2%); estado general WHO 1 (73%), 2 (22%) y 3 (5%); vacunación antigripal (67,6%) y antineumocócica (23,5%); tratamiento con corticoides orales previo al ingreso (31%) y oxigenoterapia domiciliaria (22%). Valoramos la función respiratoria en condiciones basales de los pacientes de nuestra serie, obteniendo los siguientes datos: VEMS1 (1.085. DE 0,42); FVC (2.246. DE 0,69); IT (48,7. DE 14,1). El 9,4% de los pacientes presentaban una EPOC leve, el 29,7% moderada, y el 60,9% grave. Los resultados del SF-36 se muestran según el índice físico, SF-36-PCS (39,5. DE 8,5) y el índice mental, SF-36-MCS (45,1. DE 13,6). Para el SGRQ, la puntuación media fue de 47,4. (DE 19,2). A partir del cuestionario de calidad de salud SGRQ, según el grado de EPOC, la puntuación en los pacientes con EPOC leve (6 pacientes) fue de 44,7 (13,8), moderada (19 pacientes) fue de 42,2 (21) y para la EPOC grave (29 pacientes) del 52,4 (18). Si utilizamos el cuestionario SF-36, el índice físico(PCS) en los pacientes de grado leve fue de 40,9 (6,8), grado moderado 42,6 (8) y grave de 37 (8,2). Para el índice mental (MCS); leve 48,3 (11), moderado 49,1 (12,1) y grave 41,8 (14,1). La prueba de Kolmogorov-Smirnov no mostró correlación significativa entre el VEMS y la puntuación del SGRQ.

**Discusión.** No hemos observado correlación entre la gravedad de la EPOC, valorada según la espirometría forzada, y el estado de salud de los pacientes ingresados por exacerbación aguda de su enfermedad. Los resultados presentados indicarían la necesidad de repetir los cuestionarios de calidad de vida al alta hospitalaria y en fase de estabilidad de su enfermedad de base, pudiendo obtener diferencias de la percepción de salud según la gravedad de su enfermedad.

**Conclusiones.** Para valorar la percepción de salud de los pacientes con EPOC según la gravedad de su enfermedad es aconsejable utilizar los cuestionarios de calidad de vida en situación de estabilidad, al poder influenciar la percepción de enfermedad del proceso agudo en la cumplimentación de los cuestionarios.

### V-231

#### ASPECTOS CLÍNICOS Y DE LABORATORIO DE LA ENFERMEDAD CELÍACA DEL ADULTO

N. De la Torre Ferrera<sup>1</sup>, L. Fernández Salazar<sup>2</sup>, M. Elices Calzón<sup>1</sup>, B. Velayos Jiménez<sup>2</sup>, A. León Arroyo<sup>3</sup>, J. Garrote Adrados<sup>3</sup>

<sup>1</sup>Medicina Interna, <sup>2</sup>Ap. Digestivo. H. Clínico Universitario. Valladolid. <sup>3</sup>Áreas de Pediatría, Inmunología e I.B.G.M. Facultad de Medicina. Universidad de Valladolid. Valladolid.

**Objetivos.** Estudio de las manifestaciones clínicas y hallazgos de laboratorio de la Enfermedad Celíaca (EC) del adulto en una serie de pacientes.

**Material y métodos.** Se ha realizado un estudio retrospectivo de 34 pacientes con diagnóstico de EC. Los criterios diagnósticos empleados han sido: 1) Biopsia duodenal compatible (atrofia vellositaria). 2) Respuesta clínica y/o histológica tras un período con dieta sin gluten (DSG).

**Resultados.** Se han revisado un total de 34 pacientes, 64,7% mujeres y 35,4% varones. La edad media del grupo fue 40.48 años (40.48 ± 35.08). La mejoría clínica observada tras dieta sin gluten se observó con un promedio de 7.1 meses (7.1 ± 12.88). Se realizó segunda biopsia duodenal tras DSG al 17.65% de los pacientes, con un tiempo de evolución desde la primera de 4.73 años (4.73 ± 10.7). En cuanto a la forma de presentación, el 55.89% presentaba

sintomatología atípica en el momento del diagnóstico. El 29,03% presentaba anemia y el 51,61% ferropenia; en el 42,10% y 28,57% se observó disminución de las cifras de vitamina B12 y folatos respectivamente. Alteraciones en las transaminasas así como en enzimas de colestasis se objetivaron en el 16,66% de los pacientes. La hemostasia estaba alterada en el 12,5% de los mismos. Se ha observado atrofia parcial en el 41,2% de las biopsias duodenales, subtotal en el 35,3% y total en el 23,5%. En lo referente a la serología, se ha encontrado positividad para los anticuerpos antiendomiso (AEM) en el 57,69% de los pacientes, anticuerpos antigliadina (AAG) IgA en el 53,84% y AAG IgG en el 59,25%. En cuanto al estudio genético, el 57,9% de los pacientes presentaba positividad para los alelos HLA-DQ A1\*0501 y HLA-DQ B1\*02 del sistema de histocompatibilidad de clase II, mientras que el 26,3% presentaba solamente uno de ellos.

**Conclusiones.** En nuestra serie, las manifestaciones clínicas atípicas son la forma más frecuente de presentación (ferropenia, dermatitis herpetiforme) con respecto a las formas de presentación clásicas caracterizadas por síndrome de malabsorción (diarrea, esteatorrea, distensión abdominal). Sólo el 57,69% de los pacientes presentaban serología positiva para los AEM, aunque todos los pacientes respondieron con mejoría clínica y/o histológica (ésta se objetivó en los pacientes con segunda biopsia duodenal) tras un periodo con DSG.

**V-232**  
**SÍNDROME DE BAJO PESO Y EPOC: ¿CAUSA O CONSECUENCIA?**

**O. Araújo Loperena<sup>1</sup>, J. Cegoñino de Sus<sup>2</sup>, L. Elosegi<sup>3</sup>, H. Hernández<sup>3</sup>, S. Rodríguez Tebar<sup>3</sup>, J. del Marco<sup>3</sup>, S. Blanch Miró<sup>1</sup> y V. Romeu Francés<sup>1</sup>**

<sup>1</sup>Medicina Interna, <sup>2</sup>Unidad de Neumología. Hospital de Sant Pau i Santa Tecla. Xarxa Sanitària i Social de Santa Tecla. Tarragona. <sup>3</sup>Médico Residente. Unidad Docente de Sant Pau i Santa Tecla. Tarragona.

**Objetivos.** Conocer la frecuencia de presentación del síndrome de bajo peso (SBP) en los pacientes afectados de enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) y su relación con la gravedad de la enfermedad. **Material y métodos.** Estudio descriptivo de los pacientes EPOC controlados en la Unidad de Neumología de nuestro hospital. Todos los pacientes tienen como mínimo una espirometría que cumple los criterios de patrón obstructivo recomendados por la Sociedad Española de Neumología y Cirugía Torácica (SEPAR). La gravedad del proceso se ha clasificado según los grados propuestos por la SEPAR. Se han recogido datos epidemiológicos, espirométricos y se ha calculado índice de masa corporal (IMC), considerando SBP cuando éste es inferior a 18,5 kg/m<sup>2</sup>. Se ha realizado el análisis estadístico mediante el programa SPSS 12 para Windows.

**Resultados.** Se han estudiado 156 casos, con una edad media de 69,75 años (42-92) y con un predominio del sexo masculino. La mayoría de pacientes presentan un IMC entre 25-29,9 (38,6%). La frecuencia de un IMC por encima de 25 es del 59% y por debajo de 18,5 kg/m<sup>2</sup> de 1,3%. De los 36 pacientes EPOC muy grave sólo uno cumple criterios de SBP. La tabla adjunta resume los resultados obtenidos en números absolutos.

**Discusión.** Numerosos estudios indican que la enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) se caracteriza por la presencia de diversas alteraciones sistémicas. Entre estas manifestaciones extrapulmonares destacan las alteraciones nutricionales. En algunas series se informa que el bajo peso afecta hasta el 25-35% de los pacientes EPOC. En nuestra serie, sin embargo, sólo se constata bajo peso en el 1,3% de los casos y la mayoría de los pacientes tiene sobrepeso. Además, el 30,4% de nuestros pacientes EPOC son obesos. No sabemos explicar estos resultados tan dispares. Una explicación vendría dada por la edad media de los pacientes incluidos. Quizá en nuestra serie los pacientes sean más jóvenes que en las series publicadas y tengan menos tiempo de evolución de la enfermedad. O quizá en los estudios publicados se hayan incluido a más pacientes hospitalizados que ambulatorios, con lo que, presumiblemente, sea mayor la gravedad de la enfermedad en el momento de la inclusión. O quizá, con el tiempo, el estado nutricional de nuestros pacientes se vaya aproximando al de las series publicadas.

**Conclusiones.** Los pacientes EPOC controlados en nuestra unidad tienen una baja incidencia de SBP, que parece independiente del estadio de la enfermedad.

Tabla 1.

	Leve	Moderado	Grave	Muy grave	
Bajo peso	0	0	1	1	2
Normopeso	2	5	6	11	28
Sobrepeso	4	18	17	16	61
Obesidad II	3	11	11	3	30
Obesidad III	1	1	4	2	14
Obesidad IV	0	3	0	0	4
	14	41	43	36	

**V-233**  
**ENFERMEDAD DE CREUTZFELDT-JAKOB. CASUÍSTICA DESDE 1996**

**V. Galindo Vázquez<sup>1</sup>, M. Patiño Rodríguez<sup>1</sup>, C. Gutierrez Márquez<sup>2</sup>, E. Martín González<sup>3</sup>, G. Martínez Quesada<sup>1</sup>, J. García Álvarez<sup>1</sup> y J. Ruiz Galiana<sup>1</sup>**

<sup>1</sup>Medicina Interna. Hospital de Móstoles. Móstoles, Madrid. <sup>2</sup>Unidad de Neuropatología. Fundación-Hospital de Alcorcón. Alcorcón, Madrid. <sup>3</sup>Neurología. Hospital de Móstoles. Móstoles, Madrid.

**Objetivos.** La Enfermedad de Creutzfeldt-Jacob (ECJ) es la más frecuente de las enfermedades neurodegenerativas causadas por priones del ser humano. Presentamos las formas clínicas y los elementos diagnósticos en nuestra casuística.

**Material y métodos.** Hemos revisado los cuatro casos clínicos diagnosticados de ECJ en los últimos 10 años.

**Resultados.** De los cuatro casos revisados, dos de ellos tienen confirmación histológica con evidencia de la proteína priónica en el sistema nervioso central. En otro de ellos se documentó una mutación del gen PRNP tras el debut clínico y una historia familiar compatible. El último caso se catalogó como probable en base a los datos clínicos, la exclusión de otros diagnósticos y la presencia de proteína 14-3-3 en el líquido cefalorraquídeo (LCR), hallazgo analítico presente por otra parte, en el resto de los casos.

**Discusión.** La ECJ tiene una incidencia de 1 caso/1.000.000 habitantes/año. El 85%-95% de éstas corresponden a casos esporádicos y el resto a casos familiares. En nuestra casuística se mantiene la proporción. La ECJ se produce por la acumulación en el sistema nervioso central (SNC) de una proteína priónica en su forma patógena (PrPsc). Todos nuestros casos se dan en varones de edades comprendidas entre la 5ª y 8ª décadas de la vida y debutaron con un cuadro de demencia subaguda rápidamente progresiva, salvo el caso familiar en el que la clínica fue más larvada y de focalidad predominantemente motora. El LCR no presentaba alteraciones significativas salvo proteinorraquia menor de dos veces el valor superior de la normalidad. En todos ellos la proteína 14-3-3 fue positiva. La detección de esta proteína es muy sensible pero poco específica, y puede aparecer en otras patologías del SNC como las encefalitis, demencia multiinfarto y ocasionalmente en la enfermedad de Alzheimer. La confirmación diagnóstica fue posible mediante necropsia en dos de los cuatro casos y genética en uno. Llama la atención la elevada incidencia en nuestro medio respecto a la literatura. Una posible explicación es la mejora de las técnicas diagnósticas (proteína 14-3-3 y el estudio genético) y la posibilidad de realizar necropsias con seguridad. Al igual de lo descrito en otras series el 100% de los pacientes fallecieron antes del año del diagnóstico.

**Conclusiones.** El perfil de la población que presentamos se asemeja al descrito en la literatura salvo en una mayor incidencia de la esperada. La ECJ es una causa poco frecuente de demencia pero de evolución fatal. Para el diagnóstico clínico es necesario un alto índice de sospecha. La confirmación diagnóstica requiere la muestra de tejido cerebral y el estudio genético. De esta forma se puede diagnosticar no sólo la presencia de la enfermedad sino también sus variantes: genética y esporádica.

## V-234

**BUDESONIDA COMBINADA CON ÁCIDO URSODEOXICÓLICO EN EL TRATAMIENTO DE LA CIRROSIS BILIAR PRIMARIA CON DAÑO HEPÁTICO AVANZADO**

**B. Pagán Muñoz<sup>1</sup>, J. Gómez Cerezo<sup>1</sup>, J. Erdozain Sosa<sup>2</sup>, M. Estébanez Muñoz<sup>1</sup>, M. López-Rodríguez<sup>1</sup>, F. Barbado Hernández<sup>1</sup> y J. Vázquez Rodríguez<sup>1</sup>**

<sup>1</sup>Medicina Interna, <sup>2</sup>Digestivo. Hospital Universitario La Paz. Madrid.

**Objetivos.** La Cirrosis Biliar Primaria (CBP) es una enfermedad de curso crónico e indolente, que en el plazo de 10-20 años conduce a la insuficiencia hepática. Hasta el momento el único fármaco que ha demostrado retrasar la necesidad de trasplante hepático ha sido el ácido ursodeoxicólico (UDCA). Recientes estudios sugieren que el uso de corticoides poco potentes como la budesonida, retrasan la progresión bioquímica y, lo que es más importante, histológica, de la enfermedad, sin un incremento significativo de la morbilidad por efectos secundarios derivados del tratamiento.

**Material y métodos.** Presentamos los casos de dos mujeres diagnosticadas de CBP mediante estudio bioquímico, inmunológico e histológico, que desarrollaron ictericia e insuficiencia hepática en los 5-7 años siguientes al diagnóstico, a pesar de haberse instaurado tratamiento con UDCA. Una vez descartadas causas secundarias de fallo hepático (véricas, farmacológicas, endocrinológicas, obstructivas), se reforzó el tratamiento añadiendo corticoides, budesonida (9 mg/día) durante seis meses al UDCA (15 mg/kg/d). El seguimiento bioquímico se realizó cada dos semanas, durante los primeros dos meses, luego mensualmente. Una vez completados los seis meses de terapia combinada, la budesonida fue suspendida, y las pacientes continuaron con UDCA.

**Resultados.** Caso 1: mujer de 51 años diagnosticada de CPB de acuerdo a parámetros bioquímicos, inmunológicos e histológicos, 4 años antes, cuando se instauró tratamiento con UDCA. En junio de 2004 acude por astenia, artralgias, prurito. La analítica de control reveló AST 48 UI/L, ALT 35 UI/L, GGT 255 UI/L, FA 167 UI/L y bilirrubina 10,3 mg/dl, con coagulación normal. Ante el fracaso del tratamiento con UDCA se asoció budesonida durante seis meses. La evolución clínica fue satisfactoria un mes después de iniciado el tratamiento combinado. Caso 2: mujer de 40 años que acude al hospital por astenia, pérdida de peso, dolor abdominal. Diagnosticada 5 años antes de CBP mediante biopsia hepática, y en tratamiento desde entonces con UDCA. Los análisis realizados en eeste momento revelaron GGT 19 UI/L y FA 123 UI/L. Bilirrubina total: 13.1 mg/dl. Se inició tratamiento combinado así como los trámites para la realización de trasplante hepático, que fueron interrumpidos al mes del tratamiento dada la favorable evolución tanto clínica, como bioquímica experimentada por la paciente. En ambos casos la mejoría se mantuvo tras la suspensión del corticoide. No se apreciaron efectos secundarios por el tratamiento esteroideo.

**Discusión.** Aunque la CBP suele ser una enfermedad lentamente progresiva, ocasionalmente puede tener un curso más agresivo como ha sido en los casos que presentamos. Cuando esto ocurre una vez instaurado el tratamiento estándar, la única alternativa posible hasta el momento era el trasplante hepático. Sin embargo, recientemente se ha demostrado que el tratamiento con budesonida, corticoide que sufre un importante primer paso hepático y por tanto tiene menor efecto sistémico, mejora no sólo los parámetros bioquímicos sino también la histología, en comparación con los pacientes que reciben UDCA como único tratamiento, sin aumentar los efectos adversos durante tres años de tratamiento. Nosotros postulamos que el fallo hepático en estas pacientes fue debido a un brote de actividad inmunológica similar al que ocurre en las hepatitis autoinmunes, razón por la cual los corticoides se han mostrado eficaces.

**Conclusiones.** 1) La CBP puede presentarse de forma más agresiva en probable relación con aumentos en la actividad autoinmune contra los conductillos biliares. 2) El tratamiento combinado de budesonida con UDCA puede ser una alternativa válida al trasplante en aquellos pacientes en los que fracasa la monoterapia. 3) La budesonida ha demostrado una relación riesgo-beneficio adecuada en pacientes con CBP grado II-III

## V-235

**PERFIL DE LOS PACIENTES VALORADOS POR CEFALEA EN UN CONSULTA DE MEDICINA INTERNA**

**J. Aguilar García<sup>1</sup>, S. Domingo González<sup>1</sup>, I. Escot Cabeza<sup>1</sup>, F. Martos Pérez<sup>1</sup>, L. Hidalgo Rojas<sup>1</sup>, J.de la Torre Lima<sup>1</sup>, B. Maturana Ramos<sup>2</sup> y J. García Alegría<sup>1</sup>**

<sup>1</sup>Medicina Interna, <sup>2</sup>Informática. Hospital Costa del Sol. Marbella, Málaga.

**Objetivos.** Analizar las características epidemiológicas de los pacientes con cefalea valorados en la consulta externa de Medicina Interna (MI) de un hospital general.

**Material y métodos.** Estudio prospectivo de visitas consecutivas a la consulta de MI del Hospital Costa del Sol de Marbella (Málaga), durante un período de 4 meses, entre el 1 de marzo y el 30 de junio de 2006. Se recogieron los datos de forma prospectiva a través de un formulario electrónico generador de una historia clínica informatizada, cuyo motivo de consulta fue la cefalea. Se analizó la procedencia de los pacientes (atención primaria, urgencias, interconsultas y revisiones de la consulta de MI), sexo, edad, comorbilidad asociada, expresada como porcentaje de pacientes con hipertensión (HTA), diabetes mellitus (DM), hiperlipemia, ictus previo (AVC), cardiopatía, síndrome ansioso-depresivo y hábitos tóxicos. Se registraron los tipos de cefalea, los antecedentes familiares de migraña, las peticiones de pruebas complementarias, el uso de tratamiento profiláctico con los distintos grupos farmacológicos empleados, la utilización de triptanes y el destino de los pacientes.

**Resultados.** Durante el período de estudio fueron incluidas 117 visitas, el 58,1% procedían de atención primaria, el 19,7% eran revisiones de la propia consulta de MI, el 12% procedían de otras especialidades y sólo el 9,4% fueron remitidas desde urgencias. El 73,5% de los pacientes eran mujeres y la edad media fue de 41.6 años (42 años en mujeres y 39 años en varones). Las comorbilidades registradas fueron: 17,1% HTA, 5,1% DM, 6,8% hiperlipemia, 1,7% ACV previo y 1,7% cardiopatía previa. El 6% presentaban un síndrome ansioso-depresivo y el 3,4% tenían patología cervical. El 27,4% eran fumadores. El tipo de cefalea valorada fue: 36,8% migraña, 31,6% tensional, 7% mixta, 7% transformada por abuso de analgésicos, 5,3% neuralgias, 3,5% de origen rinosinusal, 1,8% en racimos y el 9,4% otras. El 17,9% de los pacientes tenían antecedentes familiares de migraña. Las pruebas complementarias solicitadas fueron: Analítica (35,9%), TAC craneal (68,4%), RMN craneal (29,1%), Radiografía simple de senos paranasales y cervical (3%). En el 10,3% de los pacientes se solicitó valoración por otras especialidades. Con respecto a los resultados obtenidos en las pruebas de imagen, el 5,5% fueron patológicas. No hubo ninguna lesión tumoral. Se prescribió tratamiento profiláctico en el 59,8% de los pacientes (27,4% antidepresivos triclicos como la amitriptilina, 17,1% calcioantagonistas, 16,2% betabloqueantes, y 3,4% otros). Para el tratamiento agudo se emplearon antiinflamatorios no esteroideos en el 63,2% y triptanes para las migrañas en el 38,1%. El 29,1% de los pacientes fueron dados de alta en la visita, con un porcentaje ligeramente mayor en las cefaleas tensionales (33,3% de altas) frente a las cefaleas migrañosas (28,6%).

**Discusión.** La mayoría de los pacientes con cefalea fueron remitidos desde atención primaria probablemente por el aumento de demanda en la población general, de la realización de pruebas de imagen y la inaccesibilidad de las mismas para atención primaria. La introducción en la consulta de MI del acto único podría beneficiarse en este tipo de patología de un incremento en el porcentaje de altas en la primera visita.

**Conclusiones.** La mayoría de los pacientes con cefalea valorados en la consulta proceden de Atención Primaria. Los tipos de cefalea más frecuentes evaluadas fueron la migraña y la tensional. El tratamiento profiláctico se prescribió en un porcentaje elevado. La solicitud de pruebas de imagen fue elevada, por lo que la incorporación de una consulta de acto único podría incrementar el porcentaje de altas.

## V-236

**MEN I EN 2 MIEMBROS DE UNA FAMILIA CON UNA MUTACIÓN DEL GEN NO DESCRITA**

**R. García Carretero, O. Caamaño Selma, M. Calvo Sánchez, E. Luna Heredia, M. González Moreno, N. Torres Pacho, E. Pérez Moro y J. Ruiz Galiana**

Medicina Interna. Hospital de Móstoles. Móstoles, Madrid.

**Objetivos.** El MEN-I se caracteriza por una predisposición para desarrollar tumores endocrinos: adenomas paratiroides, gastrinomas,

carcinoides, etc. Revisamos 2 casos de una misma familia, en los que la enfermedad se desarrolló como consecuencia de una mutación del exón 9 del gen 11q 13.

**Material y métodos.** Hemos seguido a 3 miembros de una misma familia, 2 probandos y uno no afecto desde 1983 (20, 17 y 15 años respectivamente); uno desde el diagnóstico y los otros dos desde el nacimiento. El caso 1 debutó con un insulinooma sintomático a los 24 años. El segundo caso es hijo del anterior, controlado desde el nacimiento en consulta, debutó con hiperparatiroidismo a los 12 años. El caso 3 es hija del 1º y está asintomática. El estudio genético fue realizado a los tres miembros de la familia en el C.N.I.O.

**Resultados.** De los tres pacientes estudiados los dos primeros mostraron hallazgos clínicos y analíticos compatibles con MEN I. El 1º ha sido intervenido de insulinooma e hiperparatiroidismo (resecaadas 3 de 4 paratiroides), y en el momento actual está pendiente del estudio de un posible gastrinoma (gastrina elevada y lesión pancreática sin clínica de Zollinger-Ellison); el material histológico ha correspondido a adenomas en todos los casos. El 2º ha sido intervenido de un hiperparatiroidismo (resecaadas 3 de 4 paratiroides) y está pendiente de la evaluación de la hiperplasia nodular focal hepática conocida desde hace más de 10 años. El tercer caso permanece asintomático. Se realizó el estudio genético con el resultado de: mutación puntual del exón 9 del gen 11q13 (MEN-I): cambio de Timina por Citosina en el codón 423.

**Discusión.** Las adenomatosis endocrinas múltiples, tanto tipo I como II, son patologías infrecuentes (prevalencia de 2 entre 100.000 habitantes), pero el diagnóstico de las mismas es importante, no sólo para el tratamiento del paciente, sino también para la evaluación de los miembros de la familia, diagnóstico precoz y detección de aquellas variantes potencialmente malignas. Desde el año 1988 se conoce la asociación genética localizada en el exón 9 del gen 11q13. En nuestro caso además de la rareza de la patología, llama la atención la descripción de una mutación no conocida previamente y cuya incidencia real desconocemos. Tras un estudio poblacional de 120 individuos no relacionados, de la población general, y no habiéndose detectado en ninguno que la mutación TGG (423) CGC/Trg423Arg estuviera presente, consideramos que ésta representa una variante del gen MEN-I relacionado con la enfermedad, que se transmite mediante herencia autosómica dominante, con alta penetrancia, ya que los dos casos debutaron antes de finalizar la tercera década de la vida (20 y 10 años respectivamente).

**Conclusiones.** El MEN tipo I es una enfermedad escasamente prevalente pero que condiciona una clínica proteiforme con efectos potencialmente deletéreos. La variedad de sus manifestaciones obliga a una alta sospecha diagnóstica. El estudio genético se debe convertir en rutina en todos aquellos pacientes diagnosticados de la enfermedad y sus consanguíneos. De este modo se podría saber la incidencia real del MEN tipo I con la mutación que se ha detectado en nuestro caso y otras que puedan no conocerse todavía. El tratamiento precoz de los adenomas y otras manifestaciones evita el desarrollo de secuelas mantenidas.

### V-237 ENFERMEDAD DE CROHN: ¿AÚN HOY COMO CAUSA DE FIEBRE DE ORIGEN DESCONOCIDO?

**M. Estébanez Muñoz, F. Barbado Hernández, J. Gómez Cerezo, M. López Rodríguez, B. Pagán Muñoz, M. Díaz Menéndez y J. Vázquez Rodríguez**  
Medicina Interna. La Paz. Madrid.

**Objetivos.** Evaluar la enfermedad de Crohn como causa de FOD. **Material y métodos.** Se realizaron las historias clínicas de los enfermos ingresados en Medicina Interna del Hospital Universitario La Paz entre 1995 y 2005 y se seleccionaron aquellas que cumplieran los criterios de Petersdorf y Beeson. En este grupo se recogieron 30 enfermos, de los cuales 7 pertenecían al grupo de miscelánea (23%), con 2 casos de enfermedad de Crohn.

**Resultados.** Caso 1. Varón de 23 años sin antecedentes personales de interés que consulta por fiebre y poliartritis. Dos meses antes del ingreso comienza a tener artralgias con tumefacción en ambos tobillos, rodillas, codos y muñecas. Fiebre de 39 °C intermitente. Exploración física: palidez de piel y mucosas, discreto dolor a la palpación profunda en abdomen de forma difusa. Datos analíticos: Hb

9.6, VCM 65, plaquetas 660.000, albúmina 3.4, fibrinógeno 644, PCR 65. Inmunoglobulinas, complemento, FR, ANA, ANCA, ASCA y serologías de VHB y VIH negativas. Eco abdominal sin alteraciones. Enema opaco, colonoscopia y biopsia compatible con enfermedad de Crohn. Caso 2: mujer de 24 años sin antecedentes personales de interés que consulta por fiebre y dolor abdominal cólico. Tres meses antes del ingreso comienza con fiebre diaria de predominio vespertino que responde al paracetamol, astenia y dolor que cede tras la defecación. A la exploración física destaca adenopatías submandibulares bilaterales de 1 cm. rodaderas y hepatomegalia homogénea de un través de dedo. Datos analíticos: Hb 11,6, leucocitos 8010 con monocitosis (19%), VSG 47, PCR 58, IgA < 6,34. Las serologías por CMV, IgM VCA y VIH fueron negativas. En la eco abdominal aparece ligera hepatoesplenomegalia homogénea. En el tránsito gastrointestinal, en íleon mucosa en empedrado, úlceras transversales y separación de asas. En la colonoscopia, en colon descendente aparecen úlceras aftosas. Los hallazgos histológicos son compatibles con la enfermedad de Crohn.

**Discusión.** La frecuencia de la enfermedad de Crohn como causa de FOD ha permanecido estable a pesar de los avances tanto en las técnicas de imagen como de laboratorio. La escasa o ninguna clínica digestiva acompañando a la fiebre es la principal causa de retraso en el diagnóstico.

**Conclusiones.** La enfermedad de Crohn aun en la actualidad puede presentarse como fiebre prolongada y síntomas generales o extraintestinales. Es necesario considerar este diagnóstico y aun sin clínica solicitar las pruebas de imagen, tránsito y colonoscopia en la primera etapa del estudio diagnóstico.

### V-238 ¿VALORAMOS LOS ESPECIALISTAS MEDICOS HOSPITALARIOS ADECUADAMENTE LA OBESIDAD?

**A. Riega Martín, A. Michán Doña, J. Anglada Pintado, C. Jimeno Griño y A. Reguera García**  
Medicina Interna. Hospital del S.A.S. de Jerez. Jerez de la Frontera, Cádiz.

**Objetivos.** La obesidad constituye un problema sanitario creciente en nuestro país siendo su prevalencia en los enfermos ingresados en los departamentos médicos del orden del 30 al 60%. Evaluamos el conocimiento del estado nutricional de los pacientes, más específicamente de la obesidad, por los facultativos de las distintas especialidades médicas en un hospital de segundo nivel.

**Material y métodos.** Se han revisado los 1.897 informes de alta del tercer trimestre del 2004 de las distintas unidades médicas de nuestro hospital. Tras excluir 121 (6,38%) por carecer de un mínimo de datos, estudiamos 1.776 distribuidos por especialidades del siguiente modo (evaluados/excluidos): Cardiología (342/44), Digestivo (254/25), Infecciones (166/2), Medicina Interna (411/33), Nefrología (47/4), Neumología (279/5), Neurología (247/6) y Reumatología (30/2). Además de la edad, sexo, duración del ingreso, antecedentes personales, número y tipo de diagnósticos y número de fármacos al alta, se evaluó específicamente la presencia del término obesidad en los antecedentes personales, exploración y diagnósticos, así como el peso, talla, índice de masa corporal y perímetro abdominal.

**Resultados.** La descripción de obesidad fue del 4,11% en los antecedentes personales, del 7,03% en la exploración física y del 4,78% en los diagnósticos al alta. Constaba el peso en 162 pacientes (9,12%), la talla en 69 (3,88%) y el índice de masa corporal en 129 (7,26%). Por especialidades destacaba la presencia en los antecedentes personales en Cardiología (7%), Medicina Interna y Neumología (5%) e Infecciones y Reumatología (3%); en la exploración física en Medicina Interna (11%), Neumología y Nefrología (9%) y Cardiología (6,7%). Por contra en los diagnósticos estaba expresada en el 47% de los informes de Reumatología, el 9% de Neumología, el 8% de Medicina Interna y el 3% de Infecciones.

**Discusión.** A pesar de que la prevalencia de hipertensión arterial (41%), diabetes mellitus (27%), cardiopatía isquémica (24), insuficiencia cardíaca (13,5%), entre otras condiciones asociadas a la obesidad, fue muy elevada en nuestra serie, la descripción de la misma y no digamos de su grado fue muy baja en los informes de alta, muy inferior a la prevalencia estimada en nuestra población. En algunas

especialidades (Reumatología, Neumología,...) se hizo asociada a determinadas patologías (artrosis, síndrome de apnea del sueño,...) pero siempre en un porcentaje muy pobre. Las razones que pueden explicar esta baja comunicación son múltiples: falta de tiempo, disponibilidad de peso, tallímetro, consideración de su importancia por el personal sanitario,... aunque no disculpan de su correcta evaluación, imprescindible para poder llevar a cabo su terapia.

**Conclusiones.** 1). La valoración de la obesidad por parte de los médicos especialistas hospitalarios es muy deficiente, existiendo una mínima descripción de las mismas en los informes de alta, siendo relevante en los casos de los reumatólogos (47%), los internistas y los neumólogos (10%).

#### V-239

##### PURPURA TROMBOTICA TROMBOCITOPENICA: ANÁLISIS DE NUESTRA EXPERIENCIA

**J. Churruga Sarasqueta<sup>1</sup>, K. Lundelin<sup>1</sup>, R. Pinuaga Orrasco<sup>1</sup>, M. Gómez Vázquez<sup>2</sup>, J. Amérigo-Cuervo Arango<sup>1</sup>, M. Carnicero Bujarrabal<sup>1</sup> y J. Ruiz Galiana<sup>1</sup>**

<sup>1</sup>Medicina Interna, <sup>2</sup>Hematología. Hospital de Móstoles. Madrid.

**Objetivos.** Revisar la casuística de púrpura trombótica trombocitopénica (PTT) en nuestro centro, enfatizando las condiciones asociadas si las hubo y la evolución con el tratamiento instaurado.

**Material y métodos.** Hemos analizado las historias clínicas de los 7 pacientes diagnosticados de PTT que figuran en la base de datos del centro del año 2000 al 2006. Describimos las características epidemiológicas, las condiciones clínicas asociadas, los hallazgos clínicos y analíticos fundamentales y la evolución tras 1 a 4 años de seguimiento.

**Resultados.** De los 7, 6 fueron mujeres de edades comprendidas entre los 23 y 42 años, y uno fue un varón de 79 años. Ninguna de las mujeres tenía antecedentes familiares o personales compatibles con enfermedad hematológica o autoinmunitaria; el varón estaba diagnosticado de hepatopatía crónica enólica. Como causas predisponentes se recoge patología obstétrica en 3 (preeclampsia en 1 y preeclampsia puerperal en 2). En un caso existe el antecedente de diarrea enteroinvasiva y en otro, toma reciente de AINEs. Los otros 2 pacientes carecen de desencadenante conocido. Dos debutaron con síndrome confusional, tres con púrpura no palpable de predominio en miembros inferiores y dos de ellos presentaron solo alteraciones analíticas en el contexto de otra patología concomitante. Las alteraciones analíticas definitorias de PTT se dieron en todos los casos, con anemia hemolítica microangiopática y trombopenia severa. Hubo deterioro de la función renal en 2 de los casos. Seis de los siete casos recibieron tratamiento con corticoides intravenosos y plasmaféresis con reposición (uno falleció antes de iniciar tratamiento). El número de sesiones de plasmaféresis necesarias osciló entre 6 y 20. En un enfermo de evolución tórpida se asoció rituximab sin éxito. Dos de los pacientes fallecieron en el contexto de la enfermedad (uno por ictus masivo y otro por fracaso multiorgánico); el tercero por causa ajena a la misma. En un solo caso hubo recidiva de la patología.

**Discusión.** La PTT es una de las mayores emergencias hematológicas y se define como una microangiopatía oclusiva potencialmente mortal caracterizada por la pentada clásica de trombocitopenia, anemia hemolítica, fracaso renal, sintomatología neurológica y fiebre. No es necesaria la presencia de todos los criterios para iniciar tratamiento, siendo suficiente la anemia microangiopática y la trombopenia. En nuestra serie, los factores precipitantes siguen el mismo patrón que en la literatura, con una alta incidencia de patología obstétrica. El tratamiento precoz se instauró en 6 de los 7 casos (menos de 24 horas desde el diagnóstico de sospecha) con buena respuesta (un solo fallecimiento por la enfermedad). La corticoterapia a dosis altas y el recambio plasmático continúan siendo el tratamiento de elección, además de corregir el factor desencadenante. Actualmente podemos recurrir a anticuerpos monoclonales o fármacos inmunosupresores en caso de evolución desfavorable. No existen en la actualidad métodos diagnósticos que permitan predecir el desarrollo de la PTT en la población susceptible. La determinación de la actividad de la proteasa ADAMTS13 carece de utilidad clínica o pronóstica.

**Conclusiones.** Actualmente la PTT sigue siendo una enfermedad potencialmente mortal que requiere alto nivel de sospecha para instaurar tratamiento empírico lo más precozmente posible, incluso sin la aparición de sintomatología, ya que las complicaciones del mismo son menores que el riesgo de no tratar.

#### V-240

##### ESTUDIO DE ANEMIAS EN UN SERVICIO DE MEDICINA INTERNA

**E. Arroyo Masa, M. Martínez Giles, G. Morales Gómez, J. Buenavida Villar, J. Vázquez Labrador, J. Arrébola García y D. Magro Ledesma**

Medicina Interna. Complejo Hospitalario Universitario Infanta Cristina. Badajoz.

**Objetivos.** Determinar la prevalencia de la anemia y las causas de la misma en los pacientes ingresados en nuestro servicio.

**Material y métodos.** Estudio retrospectivo de 140 pacientes ingresados con anemia en un servicio de medicina interna entre 2005 y 2006. El diagnóstico de anemia se estableció en base a la presencia de valores de hemoglobina menores de 13 gr/dl en el varón y 12 mg/dl en la mujer. Se definió la anemia ferropénica como la anemia microcítica con sideremia menor 30 mcg/dl, índice de saturación de transferrina inferior al 15% y/o ferritina menor de 15 ngr/ml. Anemia megaloblástica como la anemia macrocítica con niveles de vitamina B12 menores de 250 pg/ml y/o ácido fólico menor de 3 ngr/ml y/o frotis compatible. Anemia de trastornos crónicos como la anemia micro-normocítica con enfermedades asociadas que lo justifiquen, sin evidencia de déficit de hierro asociada. Anemia hemolítica como la anemia normo-macroscítica con hiperbilirrubinemia indirecta, LDH elevada, haptoglobina disminuida y frotis compatible con hemólisis. Los pacientes con anemia que no puede ser clasificados en ninguna de las categorías anteriores fueron englobados el grupo de anemia inexplicada o no filiada.

**Resultados.** La edad media de nuestros pacientes fue de 71,9 años (DS: 13,39). El 50% eran varones y el 50% mujeres. El 21,68% tenía antecedentes previos de anemia. Entre el tratamiento habitual realizado, 19 pacientes (15,3%) tomaba antiagregantes. En cuanto al motivo de consulta el síndrome anémico representó el 47,9%, seguido del síndrome constitucional y la insuficiencia cardiaca, ambos con un 24%. Las hormonas tiroideas se determinaron en el 33,1% de los casos, resultando la TSH disminuida en el 5%, elevada en el 2,5% y normal en el resto. La etiología más frecuente fue la anemia ferropénica en 61 pacientes (50,4%), seguido de la anemia de trastornos crónicos en 34 pacientes (28,3%), anemia megaloblástica en 9 pacientes (7,4%), anemia no filiada en 5 pacientes (4%) y anemia hemolítica en 4 pacientes (3,3%). En relación a la anemia ferropénica el parámetro que mejor se correlaciona con el grado de anemia fue la ferritina ( $r = 0,439$ ) y la transferrina ( $r = -0,350$ ), y el de peor correlación la sideremia ( $r = 0,042$ ), no encontrando diferencias estadísticamente significativas en los niveles de hemoglobina y hematocrito entre este tipo de anemia y el resto de anemias estudiadas. Todas las determinaciones (10,7%) de anticuerpos anti-celiquía fueron negativos. Para la filiación de la anemia ferropénica se realizó endoscopia oral en el 33,9%, colonoscopia en el 24,9% y enema opaco en el 5,8% de los casos.

**Discusión.** No hemos encontrado diferencias significativas en relación con la edad y sexo, aunque no fue estadísticamente significativo probablemente por el pequeño tamaño de la muestra. Entre los antecedentes personales el consumo de alcohol era superior en varones que en mujeres, sin diferencias estadísticamente significativas en el resto de los antecedentes personales analizados. La severidad de la anemia no se vio influenciada por la toma de fármacos como warfarina, ácido acetilsalicílico, corticoides o antiinflamatorios ni por la edad del paciente. El diagnóstico más frecuente fue la anemia ferropénica aunque en más de la mitad de los casos (50,8%) no se descubrió el origen. En el caso de anemia ferropénica la sideremia no se correlaciona con la severidad de la misma, a diferencia de la determinación de la ferritina y transferrina.

**Conclusiones.** El tipo de anemia más frecuente es la ferropénica. No existen diferencias en relación con el sexo y la edad.

## V-241

**PREVALENCIA DE NEOPLASIAS EN UNA SERIE DE 217 PACIENTES CON CRIOGLOBULINAS PERSISTENTEMENTE POSITIVAS**

**M. Belhassen<sup>1</sup>, A. Vargas<sup>2</sup>, D. Galiana<sup>3</sup>, M. Ramos-Casals<sup>2</sup>, M. Tasia<sup>1</sup>, S. Aguilo<sup>2</sup>, M. Butjosa<sup>3</sup> y J. Font<sup>2</sup>**

<sup>1</sup>Medicina Interna III. Universitario Salamanca. Salamanca, <sup>2</sup>Enfermedades Autoinmunes y Sistémicas, <sup>3</sup>Medicina Interna. Hospital Clinic. Barcelona, <sup>4</sup>Medicina Interna. Hospital de Cabueñes. Gijón, <sup>5</sup>Medicina Interna. La Fe. Valencia.

**Objetivos.** Describir las diferentes neoplasias que acontecen en una serie de 217 pacientes con crioglobulinas positivas en al menos dos ocasiones diagnosticadas en un centro hospitalario de tercer nivel español durante un período de 15 años.

**Material y métodos.** Estudio retrospectivo realizando una búsqueda a través del Servicio Informático de los pacientes con crioglobulinas positivas en al menos en dos ocasiones del Hospital Clinic de Barcelona entre los años 1991-2005, con posterior revisión de las historias clínicas. Realizando el estudio estadístico con el paquete SPSS 12.0.

**Resultados.** Se han revisados 217 pacientes con historia de crioglobulinas positivas en dos o más ocasiones. Encontrado 48 pacientes con neoplasias (22%) y 56 neoplasias (38,75%). Siendo en 16 casos (29%) previas a la constatación de crioglobulinas positivas. 10 Mujeres y 6 hombres, con una edad media al diagnóstico de la neoplasia de 58,4 años y del diagnóstico de crioglobulinas de 61,6 años. Siendo 4 casos de Hepatocarcinoma, 2 Linfoma no Hodgkin (LNH), 2 cáncer de mama y un caso de Leucemia mieloide crónica, endometrio, tiroides, próstata, lengua, mieloma, boca y uréter. Posterior al diagnóstico de crioglobulinas hallamos 40 neoplasias (71%). 17 hombres y 15 mujeres. Con una edad media de 63 años al diagnóstico del cáncer y 60 años al diagnóstico de crioglobulinas. Dentro de los 40 cánceres con diagnóstico posterior al de crioglobulinas positivas tenemos 14 cánceres de hígado, 7 LNH, 5 pulmón, 2 cáncer de mama, 2 Leucemia linfática de células grandes, 2 neoplasias de páncreas, 1 mielodisplasia hematológica, 1 mieloma, boca, basocelular, tiroides, hueso, labio y macroglobulinemia de Waldenström. Con el diagnóstico de neoplasia + VHC + Enfermedad autoinmune sistémica se observó 14 casos (24%).

**Discusión.** Dentro de la serie 217 pacientes con crioglobulinas persistentemente positivas observamos una importante incidencia de cáncer con 56 casos (38,75%). Encontrando una localización muy variada en las neoplasias estudiadas. Siendo el cáncer hepático el más frecuente y en segundo lugar los de estirpe hematológica. Teniendo una incidencia mayor una vez realizado el diagnóstico de crioglobulinas. Siendo difícil valorar la influencia real de las crioglobulinas en el contexto del aumento de la incidencia. Es destacable la triada de enfermedad autoinmune+ VHC+Neoplasia con 14 casos.

## V-242

**ESTUDIO DESCRIPTIVO DE MORBILIDAD Y MORTALIDAD EN PACIENTES CON CRIOGLOBULINEMIA**

**A. Vargas<sup>1</sup>, M. Belhassen<sup>2</sup>, M. Butjosa<sup>3</sup>, J. Plaza<sup>1</sup>, M. Ramos-Casals<sup>1</sup>, S. Agilo<sup>1</sup>, M. Tasia<sup>4</sup> y J. Font<sup>1</sup>**

<sup>1</sup>Enfermedades autoinmunes y sistémicas, <sup>2</sup>Medicina Interna. Hospital Clinic. Barcelona, <sup>3</sup>Medicina Interna III. Universitario. Salamanca, <sup>4</sup>Medicina Interna. La Fe. Valencia.

**Objetivos.** Las crioglobulinas (CG) son inmunoglobulinas circulantes que se precipitan cuando son expuestas a temperaturas menores de 37 °C. Se relacionan con infecciones crónicas, principalmente infección por virus de hepatitis C (VHC), enfermedades autoinmunes, neoplasias hematológicas y en un porcentaje mínimo de pacientes no se identifica la enfermedad causal (criptogénica). Las CG son responsables de diversas entidades clínicas como vasculitis leucocitoclástica de mediano y pequeño vaso, glomerulonefritis, neuropatías principalmente periféricas y en casos graves pueden poner en riesgo la vida de los pacientes. **Objetivo:** describir la morbilidad y mortalidad de una cohorte de pacientes con crioglobulinemia persistentemente positiva.

**Material y métodos.** Se revisaron los casos de pacientes con CG positivas detectadas en el laboratorio de Inmunología del Hospital Clinic de Barcelona entre los años 1992 y 2005. Se formaron dos grupos de estudio, uno constituido por pacientes finados y cuya

defunción haya sucedido en nuestro centro hospitalario. El segundo grupo se compone de pacientes con por lo menos dos determinaciones positivas de CG y con una última visita en los dos últimos tres años. En ambos grupos se analizaron variables epidemiológicas, de analítica, inmunológicas y especialmente se recogieron los datos relacionados a los ingresos hospitalarios analizando las causas para determinar la morbilidad y en el caso de las defunciones se documentó el motivo de esta.

**Resultados.** Entre los años 1992 y 2005 se identificaron 1.143 pacientes con CG positivas en el Hospital Clinic de Barcelona. Un total de 88 pacientes (8%) fallecieron en nuestro medio hospitalario. Se identificaron 129 pacientes con al menos dos determinaciones positivas de CG. La edad al momento del diagnóstico de CG fue mayor en el grupo éxitos (62 vs. 53,  $p < 0,001$ ), y en ambos grupos la mayoría de casos fueron mujeres (53% vs. 65%,  $p = ns$ ). En cuanto a los parámetros analíticos la mayoría de los pacientes éxitos tuvieron elevación de creatinina (83% vs. 22%,  $p < 0,05$ ), e hipocomplementemia a expensas de C3 (41% vs. 31%,  $p < 0,05$ ). No hubo diferencia en cuanto al nivel de criocrito entre ambos grupos. Un porcentaje mayor de pacientes vivos tuvieron serología positiva de VHC (90% vs. 69%,  $p < 0,05$ ), siendo el genotipo 1b el predominante en ambos grupos. El 56% de nuestra cohorte tuvo alguna enfermedad autoinmune (EA) asociada, destacando el síndrome de Sjögren, lupus eritematoso sistémico y la artritis reumatoide. La coexistencia de CG, VHC y EA se encontró en 40 pacientes (60%). El número de ingresos hospitalarios fue semejante en ambos grupos (776 vs. 704,  $p = ns$ ) y en ambos grupos las causas principales de estos fueron hepáticos, infecciosos y renales. Las principales causas de mortalidad fueron de origen hepático, infeccioso y neoplásico.

**Conclusiones.** La edad al momento del diagnóstico de CG, así como el nivel de creatinina y de la fracción C3 del complemento, sugieren ser factores de mal pronóstico en paciente con crioglobulinas. En esta cohorte se describe una importante asociación entre crioglobulinas, virus de hepatitis C y enfermedad autoinmune sistémica. Las principales causas de morbilidad son de origen hepático, infeccioso y renal. Como causa de mortalidad las dos primeras se mantienen, agregándose la enfermedad neoplásica como la tercera causa de muerte.

## V-243

**COMORBILIDAD MÉDICA EN PACIENTES CON FRACTURA DE CADERA ¿ES NECESARIO UN INTERNISTA EN LA PLANTE DE TRAUMATOLOGÍA?**

**M. Peña Zemsch, F. Paz Fuentes, A. Gómez Gigirey, M. López Díaz, R. Rabuñal Rey, M. Bal Alvarado y R. Monte Secades**

Medicina Interna. Xeral Calde. Lugo.

**Objetivos.** Registrar la situación clínica y funcional basal a su ingreso de los enfermos con fractura de cadera. Valorar, en función de esas características, la idoneidad de la presencia continuada de un internista en la planta de Traumatología.

**Material y métodos.** Análisis prospectivo de todos los enfermos ingresados por fractura de cadera en el C. H. Xeral-Calde de marzo a diciembre de 2005 Variables: Sexo y edad Procedencia Tipo de fractura y cirugía Antecedentes médicos Índices de Barthel y de Charlson Fármacos Analítica de ingreso Análisis estadístico: programa G-Stat 2.0

**Resultados.** Se incluyeron 173 pacientes, la mayoría mujeres con una edad media de 83,3 a. la mayoría procedían de su domicilio y solo un 12% vivían solos. El 97% de las fracturas fueron osteoporóticas. Los Antecedentes médicos registrados por orden de frecuencia (%) fueron: HTA 26,6 Demencia 24,5 Diabetes 18 ACV 17 Fibrilación auricular 15 EPOC 14,5 Insuficiencia cardiaca 10,4 Cardiopatía isquémica 9,8 Parkinson 6,9 Un 40% de los pacientes tomaban anticoagulantes o antiagregantes suponiendo una demora en la cirugía y un aumento de la estancia hospitalaria, y solo un 6,4% recibían tratamiento para la osteoporosis. Un 60% toman neurolepticos, antidepresivos o benzodiacepinas. Casi un 25% presentan, medido por la escala de Barthel un grado de incapacidad severo-grave, y un 35% un grado de comorbilidad alto o muy alto (índice de comorbilidad de Carlson). En cuanto a los parámetros analíticos la mayoría de los pacientes presentan datos de desnutrición convirtiéndolos en enfermos "frágiles".



**Discusión.** Los pacientes que ingresan por fractura de cadera en nuestro hospital son: Pacientes ancianos, con alta prevalencia de enfermedades crónicas, mortalidad elevada y deterioro funcional. Cada vez más los aspectos legales implican a los clínicos en la atención. El Internista en Traumatología: Es uno de los clínicos más requeridos en las plantas de hospitalización quirúrgica. Aporta un abordaje multidisciplinar y coordinado de recursos Evitar confusión entre diferentes especialistas "a la cabecera del enfermo"

**Conclusiones.** Los enfermos con fractura de cadera en nuestro medio presentan: Edad muy avanzada, Incapacidad funcional moderada, están polimedicados, presentan comorbilidad médica significativa y datos analíticos de desnutrición. El internista debería ser, en base a sus características, el clínico de referencia durante su ingreso

#### V-244

### APROXIMACIÓN A LA PÉRDIDA DE PESO INVOLUNTARIA EN NUESTRO MEDIO

**G. García Gutiérrez, M. Chimeno Viñas, L. Palomar Rodríguez, L. Arribas Pérez, P. García Carbó, V. López Mouriño y V. Vela García**

*Medicina Interna. H. C. Virgen de la Concha. Zamora.*

**Objetivos.** Comprobar la validez en nuestro medio de la aproximación diagnóstica sistemática propuesta por J.L. Hernández y cols a partir del análisis por regresión logística univariante realizado en su estudio "Involuntary weight loss without specific symptoms: a clinical prediction score for malignant neoplasm. QJM. 2003 Sep; 96 (9): 649-55.", con objeto de establecer las probabilidades de padecer un proceso neoplásico maligno.

**Material y métodos.** Analizamos las historias clínicas de 45 pacientes ingresados en nuestro Servicio de Medicina Interna por pérdida de peso involuntaria durante el período junio-diciembre de 2005. Los datos analizados fueron: Edad, albúmina sérica, recuento leucocitario, fosfatasa alcalina y LDH

**Resultados.** Nuestra muestra fue de 45 pacientes. Las neoplasias malignas fueron la causa más frecuente (62,22%), seguida de procesos infecciosos (11,11%), debut diabético (8,89%) e hipertiroidismo (4,44%). Se seleccionó un punto de corte con valor menor de 0 en el score propuesto por J.L. Hernández y cols. para tratar de discriminar a los pacientes con riesgo de neoplasia frente a aquellos de bajo riesgo. Fue elegido este punto por ser el que mostró un riesgo relativo menor de 1 en su serie. Los resultados fueron los siguientes: sensibilidad: 89%, especificidad: 31%, VPP: 66%, VPN: 57%.

**Conclusiones.** El score no resultó aplicable en nuestra muestra dadas la baja especificidad y valor predictivo negativo mostrados. Consideramos que existen una serie de sesgos que pueden invalidar su aplicación en nuestro medio: las dificultades de codificación, el sesgo derivado de utilizar una muestra exclusivamente hospitalaria y las limitaciones en el diagnóstico de pérdida de peso involuntaria aislada, dado que, al hacer anamnesis detallada, frecuentemente existen otros síntomas que el paciente no considera relevantes. Consideramos necesario, no obstante, la realización de nuevos estudios menos sesgados que valoren objetivamente el propósito del estudio.

#### V-245

### ESTUDIO DE LOS PACIENTES CON BRONQUIECTASIAS

**L. Elosegui Arrigain<sup>3</sup>, O. Araújo Loperena<sup>1</sup>, I. Gumí Caballero<sup>3</sup>, I. Biedma<sup>3</sup>, D. Abelló Bottomley<sup>3</sup>, E. Vladasec<sup>3</sup>, J. Cegoñino de Sus<sup>2</sup> y M. Vidal Cambra<sup>3</sup>**

<sup>1</sup>Medicina Interna, <sup>2</sup>Unidad de Neumología. Hospital de Sant Pau i Santa Tecla. Xarxa Sanitària i Social de Santa Tecla. Tarragona, <sup>3</sup>Médico Residente. Unidad Docente de Santa Tecla. Xarxa Sanitària i Social de Santa Tecla. Tarragona.

**Objetivos.** Primario: conocer la epidemiología de las bronquiectasias (BQ) en los pacientes de nuestro centro. Secundarios: analizar la etiología y la presentación clínica de esta enfermedad. Conocer la alteración funcional respiratoria y su reversibilidad en los pacientes con BQ así como la frecuencia del uso y la rentabilidad del cultivo de esputo en estos pacientes. Analizar el tratamiento de base de los pacientes diagnosticados de BQ.

**Material y métodos.** Estudio descriptivo y retrospectivo de los pacientes incluidos en el Registro de Bronquiectasias de la Unidad de Neumología de nuestro centro. Recogida de datos epidemiológicos, clínicos y funcionales. Análisis de las agudizaciones respiratorias, del consumo de antibióticos y de recursos sanitarios durante las mismas en el año 2004. Estudio de la frecuencia en la utilización del cultivo de esputo y de la rentabilidad del mismo. Análisis estadístico mediante el programa SPSS 12 para Windows.

**Resultados.** Se han estudiado 41 casos con una edad media de 66,33 años (DE 13,7). En la mayoría de los pacientes (73,2%) la causa de las BQ es conocida o sospechada, y son las infecciones respiratorias (56,1%) la principal causa de las mismas: en un 39% son infecciones inespecíficas y en un 17,1% tuberculosis pulmonar. Todos los casos estudiados presentaban sintomatología, y la clínica más frecuente era la disnea (78%), la tos (78%) y la expectoración (58,5%). La mayoría de los pacientes con BQ presentan alteraciones funcionales (73,2%), y predomina el patrón espirométrico obstructivo (53,7%) frente al restrictivo (19,5%). El 29,3% de los pacientes presentaban una prueba broncodilatadora positiva. Un 63,4% de los pacientes presentó por lo menos, en una ocasión, exacerbación de causa infecciosa durante el año de seguimiento. Pero únicamente se recogió muestra para el cultivo de esputo en el 26,8%, que fue positivo en el 17,1% de los casos. Durante el año de seguimiento el 61% de los pacientes han precisado, en al menos una ocasión tratamiento antibiótico. El 41,5% precisó entre 1 y 2 ciclos de antibiótico, un 14,6% entre 3 y 4 ciclos y un 4,9% más de 4 ciclos. El antibiótico más utilizado fue amoxicilina-clavulánico. El 34,1% necesitó acudir a urgencias durante el año 2004: un 19,5% en 1 o 2 ocasiones; un 9,8% en 3 o 4 ocasiones; y un 2,4% en más de 4 ocasiones. El 17,1% de los pacientes requirió ingreso hospitalario durante ese año: el 9,8% lo hizo en 1 o 2 ocasiones y el 7,3% en 3 o 4 ocasiones. Un 78% de los pacientes con BQ sigue tratamiento habitual con corticoides inhalados. El 65% lo hace con mucolíticos, el 61% con beta-adrenérgicos de corta duración, el 48,8% con beta-adrenérgicos de larga duración y el 29,3% con bromuro de ipatropio. Realiza fisioterapia respiratoria el 24,4% de los pacientes. Otros tratamientos habituales son: corticoides orales en un 19,5%, la asociación de fluticasona-salmeterol en un 14,6%, y precisa oxigenoterapia domiciliar el 12,2%. Alguno de nuestros pacientes necesitó embolización de la arteria pulmonar (7,3%).

**Conclusiones.** 1) Las BQ es una enfermedad que conlleva frecuentes agudizaciones con un importante consumo de antibióticos y de frecuentación de los servicios hospitalarios. 2) El enfermo con BQ tiene sintomatología clínica de forma permanente, lo que repercute en su calidad de vida, por lo que se debe de realizar un tratamiento adecuado para mejorarla. 3) Como la causa principal de las BQ son las infecciones respiratorias, éstas deben ser tratadas precozmente para prevenir lesiones irreversibles. 4) Los pacientes con BQ tienen alteraciones funcionales respiratorias con frecuencia, con escasa reversibilidad. 5) Se constata una parca utilización del cultivo de esputo a pesar de la frecuencia con la que se producen exacerbaciones de causa infecciosa. 6) Se constata un importante consumo de fármacos en los pacientes diagnosticados de BQ. 7) Documentamos una escasa utilización de la fisioterapia respiratoria.

#### V-246

### PERFIL EVOLUTIVO DE LAS INTERCONSULTAS REALIZADAS AL SERVICIO DE MEDICINA INTERNA DE UN HOSPITAL GENERAL

**I. Escot Cabeza, S. Domingo Gonzalez, J. Aguilar García, J. Gonzalo Blanquer, R. Quiros López, L.Mérida Rodrigo, M. Martín Escalante y J. García Alegria**

*Medicina Interna. Costa del Sol. Marbella, Málaga.*

**Objetivos.** Valorar el incremento del número de interconsultas realizadas por los servicios quirúrgicos y médicos al servicio de Medicina Interna (MI) en los últimos cinco años de funcionamiento del Hospital Costa del Sol.

**Material y métodos.** Estudio retrospectivo, observacional, descriptivo de las interconsultas realizadas al servicio de MI del Hospital Costa del Sol, Marbella (Málaga) desde el año 2001 al 2005. Los datos se obtuvieron de la base de datos de la secretaría de Medicina Interna y de la información corporativa de la intranet del hospital Costa del Sol. Se analizaron las variables siguientes: servicio de procedencia,

número de interconsultas y número de ingresos años en cada servicio.

**Resultados.** En los cinco años de estudio, desde 2001 a 2005, se observó un aumento progresivo en el número de interconsultas realizadas al servicio de MI hasta casi su duplicación, siendo en 2001 de 382, en 2002 de 491, en 2003 de 557, en 2004 de 575 y en 2005 de 722. El aumento fue mayor en los servicios quirúrgicos como Traumatología (COT) de 129 a 273, Ginecología de 31 a 63 y Cirugía General de 78 a 132, y en los servicios médicos como Cardiología de 34 a 82 y Digestivo de 17 a 45. El número de pacientes ingresados durante el período estudiado en las diferentes especialidades fue: COT de 1384 en 2001 a 1711 en 2005, Cirugía de 1985 a 2171, Ginecología y Obstetricia de 3906 a 4865, Digestivo de 1190 a 1334 y Cardiología de 1293 a 1821.

**Discusión.** El perfeccionamiento de las técnicas quirúrgicas y la mejora en el control de los factores de riesgo cardiovascular ha producido un envejecimiento de la población, y ha hecho posible que se apliquen tratamientos a pacientes de edad avanzada que hasta hace poco tiempo eran impensables. Por ello, la población que ingresa en nuestros hospitales presenta con mayor frecuencia pluripatología y edad avanzada. En los servicios quirúrgicos y en ocasiones en servicios médicos les resulta complejo la atención integral de estos pacientes. Para la valoración y seguimiento durante el ingreso es requerido con mucha frecuencia, el médico internista. Las interconsultas suponen un trabajo adicional generalmente no cuantificado, que en nuestro caso supone 2,2 pacientes/día. En publicaciones anteriores, las cifras son algo menores y las características de las pacientes también difieren, posiblemente atribuible a que los estudios que recoge la literatura están realizados en hospitales de distintas características.

**Conclusiones.** 1). El número de interconsultas a Medicina Interna ha aumentado de forma progresiva en los últimos cinco años de funcionamiento de nuestro centro, hasta casi su duplicación. 2). El incremento de interconsultas se ha producido tanto en servicios quirúrgicos (COT, Cirugía General, Ginecología y Obstetricia) como en servicios médicos (Digestivo y Cardiología). 3). La diversidad de patologías atendidas mantiene a la especialidad como referente e interconsultor de muchos facultativos de especialidades tanto médicas como quirúrgicas.

#### V-247

##### **BODY-PACKERS: CARACTERÍSTICAS EPIDEMIOLÓGICAS Y CLÍNICAS DE UNA NUEVA PATOLOGÍA**

**S. Diz, S. Fernandez, J. Moya, O. Ordoñez, L. Aranzabal, M. Aguado, C. Larena y C. Concejo**

*Servicio de Urgencias. Ramón y Cajal. Madrid.*

**Objetivos.** Un número creciente de *body-packers* (personas que transportan en el interior de su organismo sustancias estupefacientes en pequeños paquetes) son arrestados en los aeropuertos y derivados a los servicios de Urgencia hospitalaria. Existe poca experiencia en el manejo de la patología relacionada con este tipo de pacientes y sus complicaciones más frecuentes.

**Material y métodos.** Estudio retrospectivo y descriptivo, realizado durante un período de 15 meses comprendido entre abril-2005 y junio-2006, de todos los casos de *body-packers* atendidos en el servicio de Urgencias de un hospital terciario de Madrid, referente del aeropuerto de Barajas.

**Resultados.** 67 casos de *body-packers* fueron atendidos durante el período analizado, lo que supuso el 0,001% del total de visitas atendidas en el área médica de urgencias. 81% fueron varones, la edad media fue de 32 años. El 80% eran nativos de Centro-Sudamérica (siendo Bolivia el país más frecuente) y el 13% eran de nacionalidad española. Argentina, Venezuela y Bolivia fueron los lugares más frecuentes de procedencia del viaje en avión. Tan sólo el 15% de los pacientes tenían antecedentes de toxicomanía activa. La vía de administración del paquete conteniendo sustancia estupefaciente fue la oral en el 91% de los casos, vía rectal en el 1%, ambas en el 5% y por vía vaginal en el 3%. La media de número de paquetes por paciente fue de 74. Todos los paquetes contenían cocaína excepto en un paciente, que contenían heroína. Al ingreso la mayoría de pacientes se encontraban asintomáticos (78%), siendo el dolor abdominal (15%) y las náuseas/vómitos (3%) las quejas más frecuentes entre los pacientes sintomáticos. El estudio analítico inicial fue nor-

mal en el 63% de los casos, siendo la leucocitosis (30%) el hallazgo analítico patológico más frecuentemente encontrado. Se realizó radiografía simple de abdomen en todos los casos, que permitió la confirmación diagnóstica por la presencia de cuerpos extraños endoluminales. Todos los pacientes recibieron inicialmente tratamiento conservador con dieta absoluta, sueroterapia y administración de solución evacuante. La evolución fue favorable con expulsión de todos los paquetes en el 96% de los pacientes, con una necesidad media de 3 días de ingreso. Tres pacientes (4%) presentaron complicaciones durante la evolución: 2 de ellos en forma de rotura intraluminal de algún paquete desarrollando clínica de intoxicación grave por cocaína con cuadro adrenérgico florido, convulsiones y bradi-taquiarritmias, siendo preciso en los dos casos la intervención quirúrgica urgente previa estabilización médica para extracción de cuerpos extraños. Un paciente presentó impactación de un paquete en estómago que se resolvió con manejo conservador precisando 11 días para evacuación del mismo. No hubo ningún caso de muerte.

**Conclusiones.** La patología relacionada con los *body-packers* es poco frecuente en nuestro medio. La mayoría son pacientes jóvenes, procedentes de Latinoamérica, portadores de paquetes intestinales de cocaína y que se encuentran asintomáticos a su ingreso. Las complicaciones son poco frecuentes pero potencialmente muy graves.

#### V-248

##### **POLINEUROPATÍA AMILOIDÓTICA FAMILIAR TIPO 1: ANÁLISIS DESCRIPTIVO DE UNA SERIE DE 20 PACIENTES**

**S. Benito Conejero<sup>1</sup>, E. Molano Tejada<sup>1</sup>, J. López Domínguez<sup>2</sup>, I. Martín Suárez<sup>1</sup>, A. Escalera Zalvide<sup>1</sup> y E. Pujol de La Llave<sup>1</sup>**

<sup>1</sup>Medicina Interna. Hospital Juan Ramón Jiménez. Huelva.

<sup>2</sup>Neurología. Hospital Juan Ramón Jiménez. Huelva.

**Objetivos.** La polineuropatía amiloidótica familiar tipo 1 (PAF 1) es una amiloidosis hereditaria autonómica dominante, que se produce por una mutación puntual en el gen que codifica la transtirretina. El depósito progresivo de la transtirretina anómala en los tejidos origina las manifestaciones clínicas de la enfermedad, con afectación predominante del sistema nervioso periférico. El diagnóstico de PAF 1 se puede confirmar mediante la detección sérica de la transtirretina anómala o con análisis del ADN. Actualmente el único tratamiento que permite detener la evolución clínica es el trasplante hepático. El propósito de la comunicación es describir el perfil clínico de nuestra casuística.

**Material y métodos.** Revisamos las historias clínicas de los pacientes diagnosticados de PAF tipo 1 en nuestro Servicio desde 1988 hasta marzo de 2006. Mediante un cuestionario estructurado elaborado previamente, se obtuvo información de las manifestaciones clínicas, los métodos diagnósticos, la evolución y, en su caso, los resultados del trasplante hepático.

**Resultados.** Nuestra serie de PAF 1 incluye 20 pacientes (18 varones). La edad media de inicio fue de 53,6 años, y en el 65% la clínica comenzó después de los 50 años. Sólo el 55% tenían antecedentes familiares conocidos. En todos los casos la polineuropatía constituyó la manifestación inicial y fundamental en su evolución. Durante el seguimiento un 95% presentó manifestaciones autonómicas (dificultad miccional, estreñimiento/diarrea, impotencia, eyaculación retrógrada, hipotensión ortostática), un 45% mal perforante plantar o quemaduras, un 20% afectación ocular, el 20% cardiopatía y otro 20% afectación renal. En todos los casos el diagnóstico se confirmó mediante estudio sérico de la transtirretina anómala con el anticuerpo monoclonal FD6 que detecta la mutación TTRMet30; el análisis genético evidenció que 18 pacientes eran heterocigotos y 2 homocigotos. Se realizó biopsia a 17 pacientes (13 de nervio sural, 2 de mucosa rectal, 2 de grasa abdominal, 1 gástrica y 1 renal), sólo fue negativa una de las biopsias de nervio sural. En 6 pacientes se realizó trasplante hepático dominó, a una edad media de 44 años. En todos se produjo una mejoría o estabilización de los síntomas, aunque 4 sufrieron diversas complicaciones postrasplante y 2 de ellos requirieron un retrasplante. Durante el seguimiento se produjeron 11 muertes (55%), a una edad media de 68,3 años.

**Conclusiones.** 1) Aunque la PAF 1 es una enfermedad infrecuente, la existencia de un foco endémico en nuestra área sanitaria nos

obliga a considerarla en el diagnóstico diferencial de los pacientes afectos de polineuropatía, incluso en ausencia de antecedentes familiares conocidos. 2) Es fundamental establecer un diagnóstico precoz para evaluar el momento idóneo de indicación del trasplante hepático que permitiría detener la progresión de los síntomas. 3) Las caracte-

terísticas clínicas de nuestra serie son similares a las descritas en la literatura, aunque hemos detectado un porcentaje superior de casos cuya clínica se inicia en edades tardías, lo que podría deberse a la coexistencia de factores genéticos y/o ambientales aún no conocidos.